



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**COMPRENSIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA ASOCIADA A
LA PATOLOGÍA DUAL, DURANTE EL SIGLO XXI EN VENEZUELA,
UN ESTUDIO DE CASO DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

AUTOR: Eutiquer Yuncosa
TUTOR: Alexander Albarrán

Caracas, septiembre de 2015



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**COMPRENSIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA ASOCIADA A
LA PATOLOGÍA DUAL, DURANTE EL SIGLO XXI EN VENEZUELA,
UN ESTUDIO DE CASO DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

**Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciado en Trabajo
Social**

AUTOR: Eutiquer Yuncosa
TUTOR: Alexander Albarran

Caracas, septiembre de 2015



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
COMISIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



VEREDICTO

Reunidos en: Sala de Usos Múltiples, el día 26-10-2015, los
Profesores: Yoheli Rivero, Arluis Ramírez, designados
por el Consejo de Escuela en su Sesión de fecha 9-10-2015, para examinar el
Trabajo Especial de Grado, titulado:

Comprensión de la Familia Dependencia
asociada a la patología renal, durante
el Siglo XXI en Venezuela, un estudio
de caso desde el Trabajo Social.

Presentado por los Bachilleres: Entiquel Turcosa,
titulares de la cédula de identidad números: _____,
hemos decidido evaluarlo con la calificación de:

Aprobado

Jurado Evaluador

Prof.

Alexander Placer
Tutor

Prof.

Yoheli Rivero
Jurado

Prof.

Arluis Ramírez
Jurado

G. T.
Prof. Gabriela Gallo

Agradecimientos

Primeramente doy gracias Dios, por darme la vida y darme una familia llena de amor y de respeto que me apoya en todos mis pasos, dándome la oportunidad de crecer, vivir y amar, gracias Ab-ba estoy en tus manos.

A mis padres por apoyarme en todo momento, por creer en mí, por enseñarme tantas cosas, a mis hermanas mari y desi, y mi sobrina yacze, por estar siempre allí, ¡Gracias familia, los amo!...

A los profesores y profesoras de la escuela de Trabajo Social, por contribuir en mi formación profesional, y en la formación de tantos otros jóvenes del país en esta hermosa y maravillosa profesión.

A mi tutor Alexander Albarrán por su paciencia, y dedicación a la comprensión de esta idea, hoy hecha realidad en este trabajo de grado.

A todo el equipo que labora en la unidad de atención al farmacodependiente U.D.A.F., por prestarme toda su colaboración y ser un libro abierto donde encontré respuestas a muchas interrogantes que surgieron en mi comprensión de la farmacodependencia.

A la familia involucrada en el caso de esta investigación, por brindarme con honestidad, confianza, y transparencia toda la información necesaria para entender su mundo de vida, muchas gracias, ¡ustedes pueden seguir adelante!.

A la familia Pagua, por toda la colaboración prestada durante el proceso de transcripción y análisis de gran parte de esta investigación, gracias a la señora Maritza, Nancy, a la pequeña sofí y a Sergio por brindarme un espacio en su casa, y en sus vidas.

A mí amada Yetzaly, por acompañarme e involucrarse desde el principio de esta investigación, por tantas noches de traspaso a mi lado, revisando y corrigiendo cada parte de este trabajo, por creer en mí y levantarme el ánimo cada vez que lo necesité, muchas gracias mi negrita ¡te amo!

Finalmente a todas aquellas personas que de alguna u otra manera contribuyeron no solo en la elaboración de este trabajo de grado, sino en toda mi experiencia universitaria y de vida, traducidas en tantos momentos gratos, que me es imposible nombrarlos a todos, a ustedes una sonrisa mientras escribo estas líneas.

Y como diría el músico argentino Gustavo Cerati: ¡GRACIAS TOTALES!

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Escuela de Trabajo Social

**COMPRESION DE LA FARMACODEPENDENCIA ASOCIADA A LA
PATOLOGÍA DUAL, DURANTE EL SIGLO XXI, EN VENEZUELA
UN ESTUDIO DE CASO DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

Autor:
Br. Eutiquer Yuncosa
Tutor
Dr. Alexander Albarrán
Septiembre 2015

Resumen

En la actualidad el consumo de drogas es un problema que afecta a la sociedad a nivel mundial. El consumo de drogas o farmacodependencia no es consecuencia de una causa única, sino el resultado de la exposición a un conjunto de factores de riesgo, estos factores pueden abarcar las esferas individuales, familiares y sociales, explicables a través de la teoría cognitiva social de Albert Bandura enfocada en el aprendizaje vicario y el concepto de autoeficacia tomando en cuenta los entornos inmediatos de la persona. El estudio de la farmacodependencia se torna más compleja si tomamos en cuenta los trastornos psiquiátricos que pueden coexistir al mismo tiempo con el consumo de drogas, y la dinámica de ambas en un entorno familiar que se ve afectado incluso generando conductas que acentúan la enfermedad.

La presente investigación se encuadra bajo un enfoque cualitativo y busca comprender un caso de farmacodependencia asociado a la patología dual, integrando varios elementos teóricos que permitan una comprensión real del problema y todas aquellas nuevas aristas derivadas de la concomitancia entre el consumo de sustancias y un trastorno psiquiátrico independiente.

Se realizaron entrevistas a un grupo familiar compuesto por tres personas, madre, padre, e hijo, tomando en cuenta que este último presenta farmacodependencia asociada a la patología dual que finalmente contribuyeron con la información para la interpretación del problema planteado.

Se identificaron características conductuales presentes en las personas con patología dual, así como la visión desde el trabajo social de la farmacodependencia.

Palabras Clave: Farmacodependencia, patología, dual, aprendizaje social, enfoque sistémico.

Índice

Agradecimientos	i
Resumen	iii
Introducción	1
Capítulo I: El Problema	
Planteamiento del problema.....	4-21
Objetivos	22
Justificación.....	23-24
Capítulo II: Marco Teórico	
Antecedentes	27-29
Bases teóricas	30-51
Visión desde el Trabajo Social.....	51-64
Capítulo III: Marco Metodológico	
Enfoque, paradigma, diseño, técnicas de abordaje, instrumento, técnicas para análisis de los resultados proceso de aplicación metodológica.....	66-79
Capítulo IV: Interpretación de la información recolectada	
Definición de categorías de análisis e interpretación final.....	81-101
Capítulo V: Reflexiones finales	
Reflexiones finales	103-107
Recomendaciones.....	108-109

Capítulo VI: Fuentes Consultadas

Fuentes Consultadas..... 111-117

Anexos

Presentación de la información recolectada..... 119-176

Introducción

Investigar sobre farmacodependencia implica, sumergirse en un problema que en definitiva abarca múltiples causas, sin embargo, es posible conocerla si se aborda desde una perspectiva integral. La presente investigación procuró conocer un caso de farmacodependencia asociado a la patología dual en la ciudad de Caracas.

La farmacodependencia es sin duda una problemática que puede ser estudiada desde diversas teorías, en esta investigación, la teoría cognitiva social del psiquiatra Albert Bandura (1986), fue indispensable, pues ofrece elementos teóricos para explicar de forma comprensiva e integral el problema de la investigación plantado, pues no solo aborda los elementos biológicos y psicológicos que intervienen en el proceso de aprendizaje de la conducta de consumo, sino que introduce igualmente el aprendizaje social denominado en su teoría vicario, o de modelos, como un elemento muy influyente en el aprendizaje.

En el primer capítulo de la presente investigación se aborda con el consumo de drogas o farmacodependencia como enfermedad que afecta a la sociedad a nivel mundial. Para tener una referencia lo más real posible, fue necesario recurrir a estadísticas de entes tanto nacionales como internacionales que manejan cifras actuales del problema con lo que se pudo conocer además los problemas asociados al consumo de drogas entre ellos uno de gran relevancia como lo es la patología dual y las condiciones que esa condición implica.

En el segundo capítulo se muestra el cuerpo teórico utilizado para la investigación, lo que contribuyó a entender la problemática del caso estudiado, por lo que fue necesario profundizar en la teoría que a juicio del investigador fue la más idónea para la comprensión de la farmacodependencia, patología dual, y sobre el trabajo social y la farmacodependencia y la relación de esta con la patología dual de como se atiende la necesidad de esta población desde lo social, desde una perspectiva sistémica de la familia pues desde esta investigación se entiende a la

farmacodependencia como una enfermedad que no afecta solo a quien la padece, sino a todo el núcleo familiar en el ámbito biopsicosocial.

El tercer capítulo hace referencia a la aplicación del método y conjunto de técnicas necesarias para la recopilación de información necesaria para cumplir con los objetivos de la investigación, a través de las entrevistas realizadas a las personas del grupo familiar inmersos en el caso, y así conocer si verdaderamente un caso de farmacodependencia asociado a la patología dual, un problema cuya frecuencia se encontró es recurrente, y es ahora en la actualidad que está siendo estudiada.

El cuarto capítulo presenta la interpretación de la información recolectada, utilizando la técnica de codificación abierta de Strauss y Corbin (2002), en la cual se identifican concepciones y se analizan sus “propiedades y dimensiones” y se extraen los significados contenidos en ellas.

En el quinto capítulo aborda las reflexiones finales a cerca de la interpretación de la información recolectada y el proceso del estudio del caso en la investigación, dando cuenta de los objetivos planteados en la misma.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El Consumo de drogas, es un problema que afecta a la sociedad a nivel mundial. Así lo demuestran cifras recientes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), expresadas en el Informe Mundial sobre Drogas (2014) de la Organización de Naciones Unidas (ONU). En este documento se calcula que en el año 2012 entre 162 y 324 millones de personas dentro de la población, entre 15 y 64 años, han manifestado haber consumido por lo menos alguna vez alguna sustancia ilícita. Sin embargo, el consumo problemático representado por las personas consumidoras habituales y personas que sufren de trastornos de consumo o dependencia, está situado entre 16 y los 39 millones en el mundo, lo que representa un problema global que afecta a todas las naciones, sin distinción de raza o posición social (ONU, 2014).

A pesar de existir esta proyección, desde los diferentes gobiernos e instituciones se vienen desarrollando programas que buscan la disminución de la producción y consumo de este tipo de sustancias, que van en detrimento de la salud del individuo y de la sociedad, lo que mayormente no han logrado impactar de manera definitiva dicho consumo. Continuando con esas proyecciones La Organización de Estados Americanos (OEA), en el Informe de Escenarios para las Américas (2012) analizan que aún persiste y persistirá una demanda significativa de sustancias incluyendo tanto alcohol y medicamentos como drogas producidas ilegalmente. Por ende, un porcentaje pequeño de los usuarios de drogas se convertirá en farmacodependientes y algunos morirán, y otros pueden desarrollar enfermedades o infecciones graves como el VIH y la hepatitis C. Igualmente, persistirán las actividades ilegales mientras que siga existiendo la posibilidad de hacer dinero con ellas, y por ello seguirán operando grupos delictivos organizados en toda la región, que se beneficiarán de estas actividades ilegales (OEA, 2012).

En tal sentido, en América, se encuentra que el problema asociado al consumo de drogas se ha extendido por toda la región, expresando variables en las sustancias

que se consumen, esta afirmación se obtuvo de autores como Arriagada y Hopenhayn (2000), quienes expresan que a pesar de de las confiscaciones de drogas, la detención de narcotraficantes, la destrucción de plantaciones y grandes redes ilegales de distribución y venta, sigue existiendo disponibilidad para la adquisición de estas sustancias, con lo que los problemas referentes al consumo de las mismas no han disminuido, afectando la calidad de vida de las personas, siendo una de las causas principales de esta situación la debilidad institucional, como expone Dammert (2009), que muchas veces se ve reflejada en la corrupción de las organismos internacionales y la poca capacidad que tienen los países de afrontar el poderío tecnológico, económico y hasta de armamento que poseen los grandes carteles de la droga, con lo cual resultados han sido limitados, y enfocados en la reducción de daños.

Para el año 2013, la Organización de Estados Americanos (OEA), en su informe anual enfatiza "...la necesidad de reducir los daños a la salud, la seguridad y el bienestar de los individuos y la sociedad..." (p.5), favoreciendo la óptica de tratar el consumo de drogas en Latinoamérica como un problema social, y de salud pública, en este enfoque la OEA coincide en reconocer que "...la dependencia a las drogas es una enfermedad crónica (o recurrente), que requiere la respuesta de un tratamiento..." (p.5), y de darle un sentido más humano al problema al no caracterizar al consumidor de drogas dentro del sistema judicial de forma exclusiva sino como persona enferma que requiere tratamiento especializado.

La Organización de Estados Americanos (OEA, 2013), explica que en muchos casos, las estructuras sociales tradicionales que fueron estables por largo tiempo en países de la región, como las familias, al enfrentarse con el mundo moderno que demanda nuevas y mayores exigencias experimentan fragilidad, y terminan en procesos de cambios fuertes e impredecibles. Este proceso puede derivarse en el rechazo de normas socioculturalmente establecidas, terminando en la erosión de la cohesión social.

El señalado informe de la OEA, destaca también las edades en las cuales se inicia el consumo de estas sustancias, así como también los tipos más usados. De esta manera, según las estadísticas manejadas por esta organización, por ejemplo, la marihuana es la droga más consumida en el mundo, y el 24% de los consumidores se encuentran en Latinoamérica, llegando el consumo a cifras similares a los de Europa y supera el promedio mundial, explicando que el 6,6% de la población del hemisferio con edades comprendidas entre 15 y 66 años admite haber consumido marihuana alguna vez.

La situación en Latinoamérica, de acuerdo a la Organización de Estados Americanos (OEA, 2013) es debido a que "...las personas que consumen marihuana se inician mayoritariamente a muy temprana edad..." (p.70), con lo que esta afirmación es respaldada por Secades y Fernández (2002), quienes aseveran que el consumo de drogas es de gran relevancia entre los jóvenes, continúan diciendo que las drogas ilegales como marihuana (cannabis) la consumen gran parte de los jóvenes en una "...primera etapa de prueba..." (p.118), pero que de esta parte solo un pequeño grupo llega a ser dependiente a las drogas.

Secades y Fernández (2002), hacen énfasis en que la prueba puede llevar o no, al abuso o dependencia, y que las razones por las cuales se pasa de una prueba experimental a la farmacodependencia no están del todo claras. Asimismo se encuentran otras drogas como la cocaína, cuyo consumo genera mayor problemática en América. Según sus estadísticas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2014), este planteamiento se respalda en la Organización de Estados Americanos (OEA, 2013), organismo que explica que el consumo en los países de América representa aproximadamente 45% del total de consumidores de cocaína a nivel mundial.

Becoña (2011), explica que con respecto a la cocaína se distinguen dos tipos de consumidores claramente diferenciados, "el episódico y el crónico (diario o cuasi-diario)" (p.23), y continúa exponiendo que en el primer tipo, el consumo se hace

únicamente los fines de semana o como refieren Secades y Fernández (2002), en las “...salidas de marcha de fin de semana...” (p.146), comúnmente en fiestas o sitios de celebración, y en el segundo tipo el crónico, se refleja el consumo recurrente o diario en dosis altas o moderadas, llevando con el transcurso del tiempo a desarrollar el fenómeno de la tolerancia, fase en la cual Becoña (2011) explica, se debe a que en un momento determinado la droga deja de surtir efecto, y el consumidor tiene la necesidad de incrementar la dosis para obtener la respuesta inicial del consumo de la sustancia.

Por otra parte, los opiáceos, y los opioides (derivados del opio asiático) encabezan la lista de las sustancias problemáticas, que según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2014), causan más enfermedades y muertes relacionadas con drogas en todo el mundo.

Sustancias como la heroína la cual explica Stoppard (2000), se obtiene a partir del procesamiento del opio, puede generar más dependencia física y psicológica que cualquier otra sustancia, sobre todo si se administra vía endovenosa. La autora explica que además de riesgo de sobredosis en cualquier momento, los consumidores de heroína tienen altas probabilidades de contraer enfermedades como el VIH-SIDA, Hepatitis C, o tener llagas y heridas dolorosas a causa de administrarse dosis con impurezas que pueden bloquear los vasos sanguíneos ocasionado abscesos e infecciones mortales.

En este contexto mundial y regional, Venezuela no escapa como espacio territorial donde se presenta este problema social. Así, según el Plan Nacional para la Atención y Tratamiento de las Adicciones en Venezuela (PNTA, 2012-2019), de acuerdo a la proyección de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 1.400.000 personas consumen sustancias ilícitas de forma continuada y compulsiva, lo que conlleva graves repercusiones en lo individual, familiar y social, con lo que el problema de las drogas se presenta en el país como complejo y cambiante, según lo

afirman Gómez y Millán (2002, p.26), es decir, funciona como un sistema dinámico y en constante transformación.

Al considerar la cifra de 1.400.000 personas como consumidoras de droga en el país, es posible inferir que el censo poblacional 2011 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el cual arrojó un número de, 27.150.095 habitantes más de un 5,15% de la población venezolana se encuentra inserta en el consumo de drogas de forma continua y compulsiva. Esta acción, según estadísticas de la fundación José Félix Ribas (Fundaribas), institución sin fines de lucro creada por el estado venezolano adscrita al ministerio del poder popular para la salud (MPPS), facilitadas en un documento para esta investigación, correspondientes al periodo 2005-2011, para el año 2011, un 57% de las personas, asistidas por dicho programa, refieren haber iniciado con consumo del alcohol, seguido del tabaco y cannabis (marihuana), a temprana edad (antes de los 15 años), asimismo, un 14% indicó haber iniciado consumiendo cocaína y un 4% con crack.

Es importante agregar, que la Oficina Nacional Antidrogas (ONA), por medio del Observatorio Venezolano de Drogas (OVD), como parte del proceso de documentación e información de drogas establecido en el Plan Nacional Antidrogas 2008-2013 en su informe del año 2009 caracterizó el consumo de drogas en pacientes atendidos en centros de tratamiento y rehabilitación a nivel nacional. De acuerdo con la información aportada por los propios pacientes, en cuanto a la primera droga consumida, el 47,1% de los pacientes declararon haberse iniciado con las bebidas alcohólicas y el 23,4% con tabaco, resultando que el 70,5% de los pacientes (3.949 personas) iniciaron su consumo con drogas lícitas. Complementariamente, el 29,5% de los pacientes (1.654 personas) se iniciaron con drogas ilícitas, siendo la marihuana la más consumida (20% de los pacientes), seguida de la cocaína (5,5%), crack (1,8%) y bazuco (1,1%).

Las estadísticas contrastadas de la Fundación José Félix Ribas (Fundaribas) y la Oficina Nacional Antidrogas (ONA), en conjunto con el Observatorio Venezolano

de Drogas (OVD), dan cuenta de que en Venezuela claramente existe la tendencia del inicio de consumo de drogas legales en primer lugar, y como reflejan las estadísticas mencionadas, fungen como puerta de entrada a drogas ilegales como la marihuana y la cocaína, no en vano consideradas estas sustancias por la Organización de Estados Americanos (OEA), y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), como las drogas de mayor consumo.

En este sentido, Larriba, Duran y Suelves (2006), destacan que “...el abuso y la dependencia de las drogas no son consecuencia de una causa única, sino el resultado de la exposición a un conjunto de factores de riesgo...” (p.4), estos factores pueden abarcar las esferas individuales, familiares y sociales, aunque algunos de los principales elementos que interactúan, según estos autores, se relacionan con vivir en un entorno social muy permisivo o favorable al uso de drogas, el tener unos padres con pocas habilidades para gestionar su función educativa, o tener vinculación con personas que consuman drogas.

Ya en el año 2002, Gómez y Millán, expusieron que las dimensiones del problema se evidencian cuando se observa que existe una tendencia hacia el incremento del consumo de drogas sin distinción de clase social o edad, y puntualizan que solo cuando se toman en cuenta las diferentes causas que intervienen en la aparición y desarrollo del consumo de drogas y su interrelación dinámica, se puede tener una visión integral y realista del problema.

Por su parte, Salazar Morales (2006), realizó un estudio para focalizar el problema del consumo de drogas en Venezuela, afirmando que los venezolanos son producto de la cultura y de “...una historia en particular sustentada en el lenguaje...” (p.174), se presenta que el consumo de drogas no es una situación nueva para la humanidad y que todas las culturas han recurrido al uso de sustancias que alteran la conciencia, pero no obstante, continúa la autora, “...el consumo de drogas en esas épocas difiere de la situación actual...” (p.174), a diferencia del presente en el que el consumo de drogas se entiende como una enfermedad.

Por su parte Gómez y Millán (2002), concuerdan con lo expuesto por Salazar Morales (2006) al expresar que en la evolución de la humanidad, el consumo de drogas estaba, a grandes rasgos, fuertemente “ritualizado”, con lo que solo eran consumidas por determinadas personas bajo contextos específicos, ejemplo de ello es que según Gómez y Millán (2002) existían rituales como el consumo de “yopo” por parte del “chamá” o “el uso de la hoja de coca por parte del Inca, durante ceremonias mágico religiosas.” (p.20). Por tanto, estas autoras concluyen que el consumo de drogas en Venezuela es una problemática que se hizo visible ante la sociedad a través de instituciones foráneas, debido al proceso de globalización, situado en un momento específico del siglo XX, el hacer mención del inicio del consumo de drogas en esta sección de la investigación tiene como objeto ubicar al lector el contexto en el cual se hizo visible tal problema, como se señala a continuación:

A partir de 1970 es cuando se acentúa en Venezuela el tráfico y consumo de drogas. Coincide con cambios políticos, y económicos en la región, originados por la revolución cubana, movimientos estudiantiles y sindicales. Hasta 1960, en Venezuela, la marihuana (Cannabis) no era considerada como un problema grave, la consumían algunos adictos de los “barrios” (pobres) y eran considerados delincuentes (Salazar, 2006:180).

Es entonces en la segunda mitad del siglo XX, cuando realmente se aprecia el problema del consumo de drogas en Venezuela, visibilizado desde mediado de los años 70, por diversos cambios que se suscitaban en el continente Americano, tales como: los movimientos sindicales y el llamado movimiento “hippie” de los Estados Unidos concretamente en las décadas de los 60 y 70, y como definen Armas y Madriz (1997), dando pie a que organizaciones como la UNESCO en el año 1972 se interesaran en preparar y sistematizar un modelo de abordaje de esta problemática aprobando un programa de acción, y para la prevención a través de los grandes medios de información (p.65).

Armas y Madriz (1997), relatan que en la época de los años 50 las drogas eran asociadas a grupos minoritarios, colocando su uso a intelectuales, músicos, bohemios

“...construyendo una sub-cultura de grupos sub-terráneos under Graund...” (p.34) posteriormente irrumpe en los años 60 como una contracultura, debido a los cambios sociales del momento histórico que generaron posturas conflictivas ante la cultura dominante uniéndose terminantemente a la cultura de la década de los años ochenta.

Continúa Salazar Morales (2006), con lo referente a los comienzos del consumo de drogas en Venezuela que:

El mercado ilícito de las drogas tardó varios años en prepararse y establecerse. El joven de clase media comenzó el consumo, y los medios de comunicación y organismos de seguridad del Estado venezolano iniciaron su campaña de «información y orientación»... (p.181)

Con esta cita Salazar Morales (2006), explica que los organismos de control social para la época, comenzaron a montar una maquinaria publicitaria para luchar contra del problema del consumo de drogas dando lugar a la creación de organismos en Venezuela como la Dirección de Prevención del Delito, en el año de 1970, cuya finalidad era “...prevenir, mediante un despliegue publicitario de información...” (p.181).

Por su parte Armas y Madriz (1997) complementan que a partir de que el Estado venezolano asume el tráfico y consumo de drogas como problema que ameritaba atención, se aprueba la Ley Orgánica de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicos (L.O.S.E.P.) (1984) donde se considera al consumidor como enfermo, y al traficante como delincuente, las autoras acotan que dicha Ley fue promulgada el 17 de julio de 1984, y posteriormente fue reformada en septiembre de 1993.

En aquella oportunidad la problemática de las drogas fue abordada desde 5 aspectos considerados prioritarios, como refieren Armas y Madriz (1997), a saber, fiscalización, represión, tratamiento, rehabilitación, prevención y reincorporación social. Ambas autoras explican, que el abordaje que se hizo para la época no fue muy efectivo debido a que el consumidor era estigmatizado moral y éticamente, y el binomio drogas ilegales-delincuencia representaba el medio de la represión, Salazar

Morales (2006), finiquita argumentando que la filosofía peligrosista de la época, donde predominaba la prohibición y el control no ofrecieron nada a cambio, el país no estaba preparado para una atención integral y eficaz al consumidor, y que la dinámica social que genera la necesidad de consumo, la producción y tráfico de drogas no puede superarse con la prohibición y el control, había que ofrecer alternativas más posibles, mas reales y liberadoras que la situación del momento.

Detalla Salazar Morales (2006), que luego fue establecida en Venezuela la División de Estupefacientes de la Policía Técnica Judicial (PTJ), primer organismo encargado del problema de las drogas inició una estadística en donde se diferenciaba al consumidor del traficante. Fue entonces donde se dio paso a los Centros de Rehabilitación, los cuales hacen frente al problema del consumo de drogas hasta el día de hoy, pues según la precitada investigadora, "...al ser considerado el consumidor como un enfermo, el psiquiatra sustituyó al policía, se inauguraron, numerosos centros de tratamiento y rehabilitación que hasta ahora no han resuelto el problema..." (p.181)

Se puede apreciar que es en ese momento, es decir en la década justo cuando la antigua Policía Técnica Judicial (PTJ) realiza estadísticas diferenciando al consumidor del traficante en Venezuela, a partir de allí, comienzan a especificarse dos esferas muy complejas, por un lado la parte legal y penal referentes a el tráfico de drogas y, por otro lado, el consumo de drogas como consecuencia de una enfermedad, la enfermedad adictiva o farmacodependencia. Consecutivamente, luego de la implantación del modelo jurídico de represión y control, como primer intento de hacerle frente al problema, se desarrolla el modelo sanitario tal como explica Salazar Morales (2006), el cual "...prioriza los riesgos individuales del consumo por sus efectos en el organismo y soslaya el aspecto social del individuo..." (p.187).

Con este contexto del consumo de droga como problema de salud, la atención al adicto como enfermo, y la conjugación de diferentes factores sociales y psicológicos en el desarrollo de esta enfermedad, emergen nuevos esquemas de

atención desde los centros de rehabilitación. En este sentido surge el modelo Psicosocial, el cual “...destaca al consumidor como enfermo, con problemas conductuales y problematizados socialmente, sin embargo sigue siendo un enfoque parcial e individualizado...” (Armas y Madriz, 1997:66); posteriormente emerge el enfoque socio-cultural en el cual las presiones sociales, la estructura económica y el entorno son vitales, y más recientemente el modelo geopolítico-estructural, en el cual Salazar Morales (2006), manifiesta que se toman en cuenta los aspectos políticos, económicos estructurales y sociales.

En la actualidad, con la promulgación de la Ley Orgánica de Drogas (L.O.D), el 15 de septiembre de 2010, es de mandato nacional la creación del Sistema Nacional de Tratamiento a las Adicciones (SNTA), donde se contempló el primer Plan Nacional para la Atención y el Tratamiento de Venezuela (PNTA) 2009-2013 y luego el segundo Plan Nacional para la Atención y el Tratamiento de Venezuela (PNTA) 2012-2019, en estos se propone “...un modelo de atención único, integral, accesible, solidario, gratuito, participativo, bio-psico-social...” (p.7) y en el cual se explica este abordaje como:

El abordaje biopsicosocial de las adicciones se efectúa desde una perspectiva de prevención y mantenimiento de la salud, mediante la promoción de hábitos de vida saludables, en los cuales la atención y el tratamiento están vinculados a varios ejes transversales que incluyen al individuo, la familia y la sociedad (PNTA, 2012-2019:9).

Dicho enfoque, tiene como objetivo mejorar el estado de salud y las condiciones de integración social para superar las razones sociales, familiares, e individuales que llevan a la persona al consumo de drogas, tomando en cuenta los factores biológicos, psicológicos, y sociales.

Como señalan Pastor y López-Latorre (1993), tradicionalmente las diferentes perspectivas teóricas adoptadas en el ámbito de la farmacodependencia, han sido formuladas como modelos genéricos explicativos en un sentido amplio del problema

del consumo de drogas, analizando el tema como un problema social y de salud pública.

Es preciso aclarar, que durante el transcurso de esta investigación, se utilizó el término “farmacodependiente” para hacer referencia a la persona dependiente a las drogas, con cierto grado de intoxicación periódica o crónica que resulte perjudicial para la salud, tal y como lo explica Materazzi (1985), pudiendo ser este fármaco natural o sintético. La etiología de la palabra fármaco procede del término “Phármakon” el cual según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2001) tiene varios significados, como “medicamento”, “veneno”, “droga”, con lo cual se puede acuñar este término las sustancias químicas que son procesadas industrialmente, y como lo pronuncia la Organización Mundial de la Salud OMS (1973), también es aplicable a aquellas sustancias naturales que al ser administradas a un organismo vivo pueda causar alteraciones al sistema nervioso central.

Para llegar a conocer lo complejo del problema, se hace necesario entender que el consumo de drogas o farmacodependencia, no se trata únicamente de una realidad que afecta a personas “marginadas”, como expresó en su momento Izquierdo (1992). Actualmente las drogas se encuentran al alcance de muchas personas, especialmente jóvenes tratándose entonces de un problema que atañe a toda la población en general, suponiendo un efecto directo e indirecto desde el farmacodependiente y todo lo que implica su condición hacia las demás personas que pertenecen al medio donde el mismo se desenvuelve, afirmación que se ve respaldada por lo expuesto por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en el año 2012 la cual resalta la concentración del consumo de drogas en la población joven:

Actualmente el consumo de drogas ilícitas se caracteriza por su concentración entre los jóvenes -en particular los hombres jóvenes de entornos urbanos- y por una creciente gama de sustancias psicoactivas. Aunque en muchos países desarrollados los mercados establecidos de drogas ilícitas han mostrado señales de estabilización, el aumento del consumo

de drogas parece seguir siendo una constante en muchos países en desarrollo. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC,2012:5)

Ahora bien, más allá de establecer la caracterización del farmacodependiente por su sexo, o edad es preciso aclarar, que para que una persona sea considerada dependiente a las drogas, debe cumplir con ciertos criterios, Materazzi (1985), denomina la dependencia como “...un estado de intoxicación periódica o crónica, nocivo para el individuo y la sociedad provocado por el consumo repetido de un fármaco natural o sintético...” (p.15); es así como se divisa el principal criterio para que una persona sea considerada farmacodependiente, como lo es el consumo repetido y compulsivo de una sustancia o fármaco. Esta caracterización, a pesar de corresponder a los años ochenta no ha perdido vigencia.

Materazzi (1985), complementa que son características de la dependencia: “...afán por la droga, tendencia a elevar la dosis, la dependencia psíquica y física del fármaco, y la aparición de síntomas al suprimir la droga...”(p.16), el autor aclara, que los criterios antes mencionados constituyen una forma de orientación para establecer límites frente a un problema que puede abarcar muchos aspectos como es el consumo de drogas.

Hasta ahora, se podría afirmar que el consumo de drogas es un problema social y de salud pública, como se planteado anteriormente como reflejan estadísticas de la Organización de Estados Americanos (OEA) (2013), y de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2014), debido a los factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos que influyen en su evolución. Si bien es cierto que numerosos autores como Izquierdo (1992), Secades Fernández Hermida, (2001), y Becoña y Cortéz (2011), han estudiado el consumo de drogas como un problema social, y la persona farmacodependiente es considerada por la legislación Venezolana en la Ley Orgánica de Droga (LOD), (2010) como enferma, desde una visión bio-psico-social, el panorama se torna aun más complicado cuando

se toman en cuenta las cifras de personas farmacodependientes y que a su vez presentan algún trastorno psiquiátrico.

En los últimos años, se le ha dado importancia a los trastornos mentales o también llamados trastornos psiquiátricos como un claro factor de riesgo, entendiendo como factores de riesgo “...un conjunto de variables y condiciones que facilitan o favorecen la probabilidad de ocurrencia o de mantención de la conducta de consumo de drogas...” (CONACE, 2008:15). Como señalan Becoña y Cortéz (2011), para el consumo de drogas especialmente la dependencia, puede existir una relación bidireccional entre la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos y, el consumo de drogas especialmente en la etapa de la adolescencia.

Igualmente Becoña y Cortéz (2011), especifican que los eventos traumáticos sufridos en la niñez, como el abuso físico, sexual, muerte o abandono por parte de los padres, se asocia con la aparición de trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión, y trastorno de estrés postraumático lo que puede llevar en más temprano que tarde en el abuso de sustancias, Becoña y Cortéz (2011), afirman que los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo, “...tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia...” (p.57).

Los precitados autores, exponen la posible relación entre las situaciones que pueden condicionar la aparición trastornos psiquiátricos, y el consumo de drogas, y autores como Torres Larrañaga (2006), mencionan que los síntomas de trastornos mentales y dependencia, interactúan y se condicionan mutuamente. Este último autor, va más allá al explicar que los trastornos mentales suelen presentarse antes que los trastornos inducidos por consumo de sustancias, lo cual indican que estos aumentan la posibilidad de la persona de consumir sustancias, y los trastornos mentales pueden verse agravados por el consumo.

Es necesario aclarar, que el termino trastorno mental o trastorno psiquiátrico, es utilizado para definir perturbaciones o desajustes a nivel mental y de

comportamiento, como refieren Becoña y Cortéz (2011), que pueden ser permanentes o transitorios. Igualmente Ander-Egg (2009) explica que la expresión trastornos mentales es utilizada para definir "...las enfermedades psiquiátricas cuyas manifestaciones están caracterizadas por un deterioro de conducta o psicológico..." (p.423), pero en un sentido social, Ander-Egg (2009) manifiesta que este concepto es anacrónico y reduccionista, debido a las concepciones que se tiene del cuerpo y mente en la actualidad y las repercusiones que pueden tener los trastornos en el ámbito social y familiar.

En este sentido la Organización Panamericana para la Salud (OPS, 2009), indica que los trastornos causados por el uso de drogas pueden ser una pesada carga para los individuos y las comunidades. Explican que el uso continuado de drogas puede causar dependencia y otros trastornos además de los ya evidentes problemas crónicos de salud. Las consecuencias del consumo de drogas llegan mucho más allá del usuario y afectan a sus familias y a otras relaciones personales, es decir, las esferas familiar y social. Por su parte, Rubio Arribas (2006), describe a la familia en la cual existe un miembro con trastorno psiquiátrico como un espacio angustiado, debido a que el grupo familiar se convierte en una pieza clave para cuidar y mucho más aún, estar atentos ante cualquier situación de vulnerabilidad, este autor comenta que los familiares al comienzo no saben distinguir los síntomas de la enfermedad de su familiar y su relación con el consumo de drogas, incluso alega que los miembros de la familia en muchas ocasiones no tiene conocimientos suficientes para evaluar si existe una relación directa entre el consumo de estas sustancias y la propia enfermedad debido a que pueden confundirse los síntomas de la enfermedad y el consumo de drogas, con lo cual se puede hablar de una patología dual.

Becoña y Cortéz (2011), indican que el término "Patología dual" hace referencia a "...la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas..." (p.97), infieren que es una realidad frecuente entre las personas farmacodependientes, y aunque se acepta ampliamente el termino "patología dual",

para referirse a lo antes expuesto, el término solo hace referencia dos patologías, cuando en la realidad continúan Becoña y Cortéz (2011), pueden darse más de una adicción a la droga o la existencia de más de dos trastornos con lo cual resulta más apropiado, en estos casos, el término “comorbilidad” que según estos autores se refiere a la existencia de más de dos trastornos en una persona, puede ser una característica presentada por algunas personas farmacodependientes.

Argia (2011), expone con respecto al tratamiento, que las personas que presentan conjuntamente una adicción y un trastorno psiquiátrico requieren de una intervención integral, que atienda de forma globalizada las problemáticas añadidas que muy a menudo se presentan, es en esta fase que la familia ejecuta un rol importante, entendiendo que el proceso de recuperación es un proceso de trabajo a largo plazo, de curso crónico, y con altas posibilidades de recaídas. (p.7)

Por su parte, Becoña y Cortéz (2011), explican que los farmacodependientes acuden a los centros en busca de ayuda exclusivamente para dejar de consumir drogas, no siendo conscientes de la relación de la farmacodependencia con los otros trastornos psiquiátricos. Es aquí donde el profesional debe realizar una evaluación adecuada a través de la cual se fijan las estrategias necesarias para abordar de forma efectiva la situación de la patología dual, esta afirmación contrasta por lo expuesto en por la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (2003), citada por Moreno Salas (2012):

Las personas con problemas de uso de sustancias y trastornos psiquiátricos tienden a mantener un contacto relativamente frecuente con los servicios médicos y generalmente necesitan un tratamiento intensivo. Esta población generalmente responde mal a los planes y métodos terapéuticos tradicionales, y la adherencia al tratamiento es mínima. (Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito en Moreno Salas, 2012:8)

Esta cita reafirma la dificultad en el área de atención y abordaje a las personas que han visto disminuida su calidad de vida y condiciones familiares a causa de la farmacodependencia y algún trastorno psiquiátrico.

Una estadística sobre la patología dual la presenta Torres citado por Moreno Salas (2012), quien plantea que el trastorno psiquiátrico más frecuente asociado a la farmacodependencia es el trastorno de la personalidad, el cual afecta a un porcentaje de la población situado entre 50% y 90%. Estos trastornos están asociados con la falta de control de los impulsos.

Moreno Salas (2012), puntualiza que “...los pacientes duales presentan más recaídas en el consumo de drogas, presentan más dificultades para establecer una adecuada adherencia al tratamiento y, como consecuencia de ello un peor pronóstico en ambos trastornos...” (p.58), esto implica una mayor vulnerabilidad por parte de las personas que presentan este problema, por lo que se hace necesario crear servicios que estén especialmente diseñados para tratar los pacientes que presenten comorbilidad y un acompañamiento eficiente a los familiares.

Argia (2011), expone que las familias presentan resistencia a integrarse, participar activamente y colaborar en el proceso del sujeto farmacodependiente con patología dual. Se manifiesta que, en patología dual, mientras más implicación familiar haya, se obtendrán mejores resultados terapéuticos; por lo que es importante conseguir trabajar con la familia, ya que dado el caso contrario, pueden llegar a ser un factor de riesgo, dificultando las intervenciones. Argia (2011), refiriendo sobre la familia, describe que por lo general toma un tiempo prolongado el acompañamiento al sujeto abordado, asumen que tienen conocimiento sobre todo lo que implica la condición de la persona con patología dual y que el equipo profesional no aportará nada nuevo. Agotados (los familiares), en ocasiones no se enfrentan al conflicto con el principal afectado (la persona farmacodependiente con la patología dual), delegando la puesta de límites en el equipo profesional, bajo esta circunstancia, el sujeto de atención utiliza esto para beneficios ajenos al tratamiento (p.16)

Diversos autores como Minuchin y Fishman (1984), Secades y Fernández (2002), Aristiguieta (2012), han tratado el rol de la familia frente a la farmacodependencia, entre ellos destaca Aristiguieta (2012), quien indica que la familia tiene un rol importante en todas las etapas en la que la persona va adquiriendo la farmacodependencia o enfermedad adictiva. El mencionado autor destaca que, cuando la farmacodependencia surge dentro de un grupo familiar “...en cada uno de sus miembros se generan trastornos que afectan globalmente toda la interacción grupal.” (p.473) generando incluso una dinámica familiar que acentúa la enfermedad.

Autoras como Madriz y Armas (1997), citando a Amaya (1991) coinciden con el planteamiento antes expuesto debido a que:

La problemática de la Farmacodependencia no sólo afecta a quien padece la enfermedad, sino también repercute en las personas que conviven o se relacionan directamente con el sujeto dependiente a las drogas, los cuales se ven afectados tanto en el aspecto físico como en el aspecto mental y emocional (p.21).

Continuando con lo antes señalado Armas y Madriz (1997), explican que en el área familiar, la farmacodependencia puede manifestarse de diversas maneras, ya sea por el consumo descontrolado o compulsivo de cierta sustancia, o pudiendo ser a través de la preocupación desmedida por parte de los familiares, por controlar la conducta del farmacodependiente. Asimismo, Baquero, Sanz, y Haro (2014), exponen que la escasa conciencia de enfermedad tiene consecuencias importantes, entre las cuales se encuentra el primer obstáculo que es la adherencia al tratamiento. Baquero et al. (2014), destacan que la escasa disciplina, característica principal de este tipo de pacientes y la desinformación por parte de sus familiares, hacen entender las razones por las que son de esperar discontinuidades, abandonos y renunciaciones en la toma de medicación necesaria para mantener a los pacientes compensados sintomáticamente (p.5)

Toda esta problemática exige la participación de equipos multidisciplinarios, entre los que destacan el trabajador social, sobre todo ante pacientes farmacodependientes con patología dual.

El rol de Trabajador Social, que en el campo de la farmacodependencia y de la salud mental en general implica ir mucho más allá de comprobar y completar historias clínicas como hace referencia Ander-Egg (2009), su accionar profesional se ha extendido hasta participar directamente en la atención de los problemas que están condicionados por el medio en el que vive la persona o por sus relaciones familiares e interpersonales (p.421).

Ahora bien, se entiende que la situación o condición del sujeto farmacodependiente con patología dual, posee características diferentes al farmacodependiente común, por lo que amerita una comprensión amplia e integral, sobre todo desde la disciplina del trabajo social, en este contexto donde la farmacodependencia es considerada como una enfermedad y como un problema de salud, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, donde la proyección a nivel mundial, regional y nacional resulta alarmante, asimismo, donde desde el estado se desarrollan abordajes para coadyuvar al mejoramiento de la calidad de vida de esta población y de sus familiares, quienes a su vez se convierten en un factor primordial para el desarrollo de tratamientos y abordajes efectivos. En este contexto donde se reconoce la coexistencia de patologías duales y hasta comórbidas en los pacientes farmacodependientes, vale la pena preguntar ¿cómo se comprende, en Venezuela, al paciente con farmacodependiente con patología dual, desde el trabajo social, durante el siglo XXI?

Objetivo General

Comprender, al sujeto farmacodependiente con patología dual, durante el siglo XXI, en Venezuela. Un estudio de caso desde el Trabajo Social

Objetivos Específicos

- Describir algunas de las características del sujeto farmacodependiente con patología dual.
- Entender la dinámica relacional de la familia del sujeto farmacodependiente con patología dual desde la Teoría cognitiva social.
- Conocer la expectativa familiar del tratamiento a partir de la experiencia propia de los involucrados en el caso estudiado.

Justificación

El consumo de drogas, por el desarrollo histórico que ha tenido en Venezuela, ha dejado de ser un problema individual, que solo afecta a la persona consumidora para ser un problema social y de salud pública, por el extenso daño que causa sin distinción de estrato socioeconómico, por tanto como problema social, el Estado y la sociedad organizada deben establecer esfuerzos para dar respuestas de intervención que capaciten formas de recobro de la salud e inserción a la sociedad de aquellos que la han perdido, mediante la ejecución conjunta y coordinada de programas de rehabilitación y reeducación del farmacodependiente y su familia.

Muchas de las personas consumidoras de drogas también reciben el diagnóstico de otros trastornos mentales y viceversa. Por ejemplo, en comparación con la población en general, los farmacodependientes tienen más probabilidad de padecer trastornos en sus estados de ánimo o niveles de ansiedad, así como los eventos traumáticos sufridos a edades tempranas pueden representar un riesgo “hasta tres veces mayor” como lo explican Becoña y Cortéz (2011), con lo cual los profesionales dedicados al área de la salud mental deben estar lo mejor preparados para detectar posibles casos de patología dual así como su oportuno tratamiento.

Por tratarse de un problema “complejo y cambiante” como lo afirman Gómez y Millán (2002), el consumo de drogas asociado a la patología dual debe ser abordado por equipos multidisciplinarios de profesionales, y desde lo social el profesional de Trabajo social debe realizar un esfuerzo teórico-práctico para obtener resultados óptimos desde su campo de acción.

Por tal motivo la presente investigación buscó actualizar ampliar los conocimientos en farmacodependencia sobretodo asociado a la patología dual, debido a la recurrencia de la misma en la actualidad como lo reflejan las investigaciones de Torres Larrañaga (2006), Becoña y Cortez (2011), las investigaciones sobre patología

dual son relativamente nuevas asociados a la farmacodependencia por tanto esta investigación resulta un aporte a un tema poco estudiado en el país.

Es necesario hacer un aporte a partir de esta investigación, favoreciendo la construcción de conocimiento a la hora de comprender la farmacodependencia asociada a la patología dual, desde el Trabajo Social tomando en cuenta que los consumidores de sustancias abarcan un variado espectro de personas, que los pueden llevar a ser muy diferentes entre sí, como también que hay diferentes tipos de familias y variadas formas de relaciones entre ellas, lo cual supone un reto para el profesional y por tanto es necesario hacer un esfuerzo comprensivo desde el trabajo social para lograr un abordaje integral adecuado.

Para la universidad la investigación representa un apoyo para próximas investigaciones referentes al tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Marco Teórico

En un trabajo de investigación, resulta indispensable presentar los aspectos teóricos que sustenten el problema planteado, esto con el fin de delimitar la manera de abordar la situación que se expone para ser estudiada. Es importante seleccionar un cuerpo teórico coherente con la finalidad de aquello que se investiga, ya que un mismo problema puede ser interpretado desde diferentes perspectivas o enfoques.

El marco teórico, como elemento que sustenta la interpretación de la problemática, se entiende como:

La selección de aquellos aspectos más relacionados del cuerpo teórico epistemológico que se asume, referidos al tema específico elegido para su estudio. De allí pues que su racionalidad, estructura lógica y consistencia interna, va a permitir el análisis de los hechos conocidos así como, orientar la búsqueda de datos relevantes (Ballestrini, 2006: 91).

Es así como los aspectos teóricos utilizados, permitieron visualizar donde se sitúa el planteamiento del problema presentado, y como explican Hernández, Fernández y Baptista (2006) los elementos teóricos, "...Describen el estado pasado y actual del conocimiento sobre el problema de estudio..." (p.103), lo que contribuye a contrastar las percepciones teóricas a fin de entender la realidad que parte del problema.

Ahora bien, en el presente capítulo, se muestran los elementos teóricos relacionados con el consumo de drogas; lo anterior, se entiende desde el paradigma biopsicosocial, ya que ante las múltiples variantes que se desprenden del problema mencionado, se consideró necesario analizar desde tres esferas principales (biológica, psicológica, y social,) evitando así la interpretación parcial del problema. La situación del consumo de drogas, como cualquier problema perteneciente a la esfera social, puede ser interpretado desde diversas teorías; debido a que trata de un problema social complejo y multifactorial, tanto por sus causas, como por sus consecuencias, es importante abordarlo desde una perspectiva integral.

Continuando con lo anterior, se entiende que todo consumo de drogas implica según varios de los pioneros de las teorías socio-conductuales, como Jessor y Jessor (1977), Bandura (1986), y Becoña (2002), la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero también supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química, así como unos escenarios sociales con variables condicionantes, por esa razón se habla de un problema que incluye, en definitiva, implicaciones múltiples.

Por otra parte, los elementos teóricos utilizados en la investigación, se presentan con un orden que permite introducir el problema desde el eje considerado fundamental: la farmacodependencia, de manera que se entienda su enlace con la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), denominada más adelante por su propio autor como teoría cognitiva social (1986), en la que se toma en cuenta la cognición de la persona, junto a los aspectos ambientales en los que se desenvuelve la misma, derivándose finalmente en determinada conducta.

Varios de los elementos implicados en este problema social, remiten a una complejidad de aspectos teóricos que deberán ser considerados para poder entenderlo y abordarlo de manera exhaustiva. Por tal razón se recurrió al paradigma explicativo biopsicosocial de las adicciones de Granero, Heras, Padilla, Pedrero, Sainero, Santos, Verdugo, (2015), pertenecientes a la “Asociación Hombre” debido a que el mismo engloba el problema desde tres esferas fundamentales, el aspecto biológico que pueda presentar una persona al igual que los aspectos psicológicos que puedan incidir en una tendencia hacia el consumo de sustancias, igualmente integra la parte social también fundamental en este paradigma, ya que considera que el entorno y las relaciones familiares, sociales, laborales entre otras, pueden condicionar a la persona hacia el consumo de drogas, tal afirmación fue explicada más adelante en la investigación.

Por otra parte se hará referencia a estudios que preceden a la investigación que en algunos aspectos concuerdan con la investigación y que fueron imprescindibles, puesto que las posiciones asumidas y los resultados en dichos trabajos fungieron como un aporte, y un antecedente investigativo. Resultó complicado encontrar investigaciones previas que trataran la comorbilidad y la

farmacodependencia, no siendo así con la parte referente al abordaje familiar desde el Trabajo Social, aunque fueron pocas las relacionadas al consumo de drogas, sin embargo, se logro encontrar información que correspondió con el tema de la investigación.

A continuación se presentan los antecedentes de la investigación así como las teorías explicativas a la problemática planteada.

Antecedentes de la Investigación

Como antecedentes de la investigación se tomó como referencia, en primer lugar el estudio realizado por Capote, Rodríguez, y Rodríguez (2013), titulada “La orientación familiar, estrategia desde el trabajo social para el fortalecimiento familiar” trabajo especial de grado realizado para optar al título de licenciado en Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela. En su investigación las autoras plantearon como objetivo general “Analizar la orientación familiar, como estrategia desde el trabajo social distinguiendo su importancia para el fortalecimiento familiar.” del cual se desglosaron cuatro (4) objetivos específicos de los cuales resaltan “Caracterizar los elementos centrales de la orientación familiar y sus vínculos con el Trabajo Social” y “Caracterizar a la familia Venezolana desde sus funciones y sus aspectos socioeconómicos.” El desarrollo de ambas especificaciones contribuye al desarrollo de esta investigación debido a que aborda la orientación familiar desde el Trabajo Social, tomando en cuenta la realidad y el entorno en el que la familia se encuentra inmersa, al igual que consideran la orientación familiar como una estrategia integrada que toma elementos de origen educativos, hasta sistematizarse como una ayuda profesional terapéutica en los sistemas humanos. (p.33) definiendo la orientación familiar de la siguiente manera:

Se constituye en un proceso de estimulación para el crecimiento favorable del grupo familiar y de sus miembros, estableciendo y cuidando los vínculos creados entre los mismos atendiendo y cuidando los vínculos entre los mismos, atendiendo las posibles problemáticas que surjan de esta interrelación y favoreciendo la optima vinculación del sistema familiar con el resto de los sistemas más amplios en los que se encuentra inmerso. (Capote, Rodríguez y Rodríguez, 2013: 88).

La investigación realizada por estas autoras resultó una contribución, pues recopila la actualidad de la orientación familiar desde el Trabajo Social, señalando que desde lo profesional que se deben atender todas las áreas de la familia, pues no es viable dividirlo para conducir el proceso de orientación.

La investigación realizada fue de tipo descriptivo, de diseño documental cuyos resultados mostraron que la orientación familiar es una herramienta esencial para los trabajadores sociales actualmente, y que su aplicación es indispensable como aporte profesional para el fortalecimiento de la familia, fundamentando esta última desde la diversidad y la pluralidad (p.93).

Seguidamente en el apartado referente a la patología dual o comorbilidad, se tomó como antecedente la tesis de postgrado titulada: “Consumo de sustancias psicotrópicas ilícitas; esquizofrenia y comorbilidad.”, tesis presentada por Graterol y Menéndez (2004), para optar por el título de especialista en psiquiatría de la Universidad Central de Venezuela.

En dicha investigación el objetivo general fue “Realizar un análisis epidemiológico de la esquizofrenia y su comorbilidad con el consumo de sustancias, en pacientes que consultaron por primera vez a los servicios de emergencia, triaje de adultos y triaje del servicio 3 (pacientes con consumo de sustancias) del hospital Centro de Salud Mental del Este “El Peñón” entre febrero y octubre del 2003.”

De tal objetivo se perfilaron cinco (5) específicos, de los cuales “identificar patrón de consumo.” y “señalar semejanzas y diferencias entre los tres grupos: a) pacientes esquizofrénicos, b) pacientes con consumo de sustancias y c) pacientes con ambos diagnósticos” , se tomaron como contribución, porque si bien se trató de una investigación de tipo estadístico descriptivo, fue de los escasos estudios que trataban el tema de la comorbilidad, y los resultados indicaron que las variables (trastorno psiquiátrico, consumo de sustancias) presentan una ligera pero significativa asociación, existiendo una relación entre la esquizofrenia y la posibilidad de consumir drogas; habiendo así, un primer estudio

referencial, en el cual se toma en consideración la existencia de una patología psiquiátrica y el consumo de sustancias.

Seguidamente se seleccionó la investigación hecha por Armas Yanira y Madriz Rosario (1998), la cual se titula: “Familias coadictas y el proceso de orientación familiar en la Unidad de Atención al Farmacodependiente del Hospital Psiquiátrico de Caracas durante el período 1997-1998”, trabajo de grado presentado para optar por el título de licenciadas en Trabajo Social, en dicho trabajo se evidenció que la problemática de la farmacodependencia, no solo afecta a quien padece la enfermedad sino que también repercute en las personas que conviven o se relacionan directamente con el sujeto dependiente a las drogas, deteriorando al núcleo familiar tanto en el aspecto físico, como en el aspecto mental y emocional.

Dicho trabajo es tomado como antecedente debido a que se llevó a cabo en la Unidad de Atención Al Farmacodependiente (U.D.A.F) servicio nº 4 del Hospital Psiquiátrico de Caracas, adscrito al Ministerio Del Poder Popular Para La Salud (MPPS) institución en la cual se realizó la presente investigación seleccionando a un grupo familiar que acude a este servicio.

En tal trabajo de investigación de tipo exploratorio, el objetivo general fue “Conocer los cambios que se originan en las familias coadictas en drogas ilícitas al pasar por el proceso sistemático de inducción y orientación familiar”, de este objetivo se desprendieron seis (6) objetivos específicos, de los cuales “Describir el perfil de las familias coadictas que asisten a la Unidad de Atención Al Farmacodependiente”, y el referente a “Explorar los cambios producidos en el individuo farmacodependiente luego de haber pasado por un proceso dirigido de inducción y orientación familiar”, están relacionados con los objetivos de esta investigación, debido a que aborda el consumo de drogas desde una perspectiva familiar, rompiendo con el paradigma individualista predominante en el tema, y hace un abordaje analítico desde el Trabajo Social de la farmacodependencia, existiendo semejanza entre ambas investigaciones, dando cabida incluso al estudio comparativo de la población usuaria a través del tiempo en futuras investigaciones.

Bases Teóricas

En esta sección del marco teórico, se señalan las teorías que aportan elementos para el desarrollo del estudio sobre la farmacodependencia, patología dual, y el abordaje familiar desde el Trabajo social. Se establecen las teorías que permitieron comprender la realidad abordada desde sus principales aristas.

Paradigma Biopsicosocial según Granero, Heras, Padilla, Pedrero, Sainero, Santos, Verdugo, (2015)

El problema del consumo de drogas puede analizarse desde diferentes perspectivas, basado en la parte biológica, como señala Pastor y López-Latorre (1993), (aspectos bioquímicos, farmacológicos, etc.), en el llamado “salud-enfermedad”(p.20), considerando el organismo de la persona que la consume (efectos psicológicos, biomédicos, entre otros.), señalado por Armas y Madriz (1997) como “psicosocial” (p.66) o por otra parte, el contexto en que se desarrolla la persona consumidora de drogas (aspectos políticos, económicos, y sociales.), explicado por Pastor y López-Latorre (1993), como “sociocultural” (p.24).

Para Engel (1999), cada una de estas perspectivas ha demostrado ser de utilidad, para entender y explicar diferentes aspectos de este complejo problema, pero ninguna de ellas aisladamente resulta suficiente para ello (p.14). Por tal motivo en el desarrollo de la presente investigación, se adoptó una perspectiva biopsicosocial al momento del abordaje de la farmacodependencia.

Numerosos estudios como los realizados por Izquierdo (1992), Secades y Fernández Hermida (2002), y Becoña y Cortez (2011), han demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional. Por tal motivo el denominado paradigma biopsicosocial se ajusta al estudio de la farmacodependencia, pues posee los elementos teóricos para comprender las interacciones entre el ambiente y los factores implicados en las conductas de consumo de drogas.

Desde este punto de vista, del paradigma biopsicosocial desde la visión de la “Asociación Hombre” Granero, Heras, Padilla, Pedrero, Sainero, Santos, Verdugo, (2015), el consumo o rechazo de drogas vendría explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad del propio sujeto.

Pues bien, el paradigma biopsicosocial tiene su origen de la evolución de la Teoría General de Sistemas, propuesta por Ludwin von Bertalanffy (1976) en el ámbito de la salud, fue propuesta por el psiquiatra George Engel (1977), como respuesta para superar el reduccionismo imperante en la época del paradigma Biomédico el cual “...excluye de forma arbitraria de la ciencia tanto los procesos como fenómenos humanos...” (Engel,1999:21). El mismo autor explica que el objetivo de este paradigma es “...proporcionar una base conceptual adecuada para el abordaje científico de lo que los pacientes nos comunican a cerca de las experiencias de su enfermedad...” (p.16).

Granero et al. (2015), expone con que dicho paradigma, la aplicación de mecanismos interdisciplinarios, que permiten estudiar a los sistemas, no sólo desde el punto de vista reduccionista (en el cual se hace el estudio de algún fenómeno complejo, a través de la separación de sus partes), sino también con un enfoque integral (que analice las interacciones entre las partes) (p.8).

Granero et al. (2015), realiza una definición de este paradigma biopsicosocial explicando que a través del mismo se plantea que:

Los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma: en este caso de las adicciones. Implica que hay determinantes generales que influyen en la salud y en el desarrollo humano, incluidos sus determinantes sociales. La salud y la enfermedad se transmiten en red (p.8).

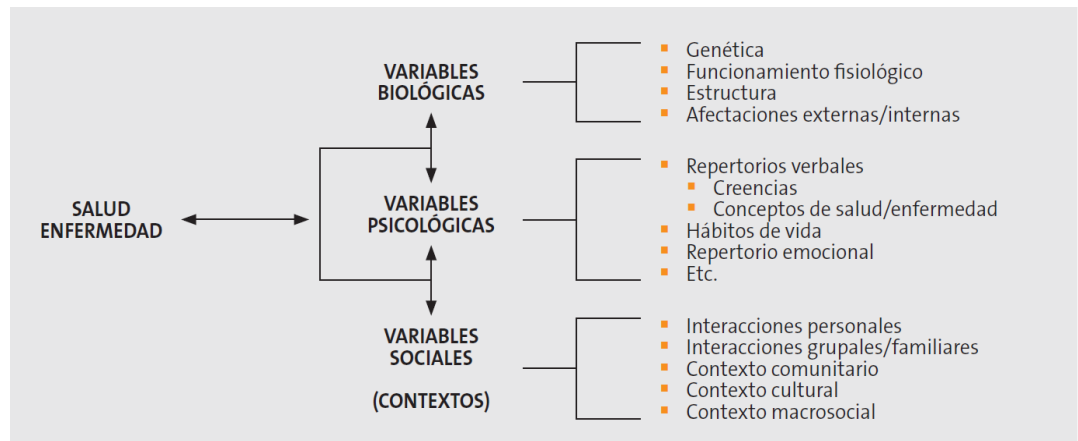
Desde esta perspectiva, se entiende a los seres humanos como sistemas complejos, y que trasladado al ámbito de la farmacodependencia, esta se origina por múltiples factores y no por un único factor.

El factor biológico, implica para Granero et al. (2015), comprender cómo la causa de la adicción tiene consecuencias y cambia el funcionamiento del organismo. Granero et al. (2015), explica el factor psicológico, como la falta de autocontrol, la confusión emocional y los aspectos individuales de la persona que influyen en la farmacodependencia, y el factor social investiga y analiza cómo los diferentes factores sociales, como pueden ser nivel socioeconómico, la cultura, la tecnología, y las comunicaciones pueden influir en las conductas adictivas (p.8).

Para la National Institute On Drug Abuse (NIDA) (2008), no hay un solo factor que determine que una persona desarrolle la farmacodependencia, puesto a que la vulnerabilidad varía de persona a persona, y de forma general mientras más factores de riesgo tenga una persona, mayor será la probabilidad de que el consumo de drogas se convierta en abuso y adicción (p8).

Continuado con lo expresado anteriormente, según NIDA (2008), se afirma que el riesgo total de desarrollar la farmacodependencia está ligado a la constitución biológica de la persona en primer lugar durante el desarrollo y formación como organismo vivo, en alteraciones de orden genético o trastornos mentales, pero se hace necesario tomar en cuenta los cambios originados por el medio ambiente en su expresión y función debido a estas pueden representar un 40%, y hasta un 60% de vulnerabilidad ante el consumo de drogas (p.8) por tal razón se enfatiza que “...se debe evitar inicialmente tomar posición hacia hipótesis exclusivamente biológicas o psicosociales, es decir, se debe evitar focalizarse en un solo aspecto de estos tres...” (p.9)

El paradigma biosicosocial, presentado por Granero et al. (2015), analiza las conductas de consumo, en función de las interacciones con el contexto, la vulnerabilidad individual y las consecuencias, tomando en cuenta “...la causalidad circular que considera que los factores se influyen mutuamente...”(p.8) que van desde la parte genética que puede ser causa y consecuencia, y los factores relacionales de aprendizaje que pueden derivar en la farmacodependencia, lo último se puede visualizar de la siguiente manera:



Fuente: Esquema del Paradigma biopsicosocial (extraído de Granero et al, 2015: 9).

De las variables nombradas en el cuadro, Granero et al. (2015), explican que el elemento biológico del modelo biopsicosocial busca entender cómo la causa de la adicción se deriva del funcionamiento del organismo, las variables psicológicas encuentra causas psicológicas,(contenidas en las creencias, estilo de vida, emocionalidad del sujeto) relacionadas comúnmente con la falta de auto-control, confusión emocional, y los pensamientos negativos, entre otras. El aspecto social investiga cómo los diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, acceso a la comunicación, y la religión, pueden influir en la conducta de consumo.(p.8)

Uno de los objetivos del paradigma biopsicosocial, con una visión abierta pero integral del problema de la farmacodependencia, es buscar cómo facilitar las estrategias a nivel terapéutico, permitiendo integrar las variables descritas en el cuadro, las cuales son interpretadas por Borrel y Carrió (2002), referenciados por Granero et al. (2015) como:

- El objetivo es lograr establecer una adecuada relación terapéutico-educativa.
- Es válido cualquier motivo de atención, pudiendo ser en primera instancia problemas biomédicos como psicosociales o de la vida diaria.
- Se distingue entre demanda y necesidad. Esto implica un esfuerzo por parte del profesional para identificar cual es el verdadero problema, puesto a que el sujeto puede acudir a tratamiento solo con la intención de dejar de

consumir drogas y no dar importancia a disfunciones familiares o psicológicas.

- Frente a un problema diagnóstico de cierta complejidad como la farmacodependencia, se debe evitar dar por exacto cualquier dato o diagnóstico de la persona tratada, todo puede cambiar con la aparición de nuevos datos.
- Disponer, en la medida de lo posible, de una perspectiva sociofamiliar de las personas, valorando y e identificando la red de apoyo de que se dispone.
- Tomar en cuenta el aspecto orgánico incorporándolo al diagnóstico, debido a que puede condicionar las esferas psicológica y social.
- Identificar los factores de riesgo y de protección, revelando y analizando los estilos de vida que ello implica.
- No hay “casos cerrados” cada persona es vive una realidad en constante evolución que permite mejorar o empeorar la situación (p.9).

El abordaje terapéutico que se da en Venezuela, está elaborado bajo los lineamientos del paradigma Biopsicosocial, así se ve expresado en el Plan Nacional para la Atención y Tratamiento de las adicciones en Venezuela (PNTA) (2012-2019) donde se propone “...un modelo de atención único, integral, accesible, solidario, gratuito, participativo, bio-psico-social...”(p.7) y en el cual se explica este abordaje como aquel que:

Se efectúa desde una perspectiva de prevención y mantenimiento de la salud, mediante la promoción de hábitos de vida saludables, en los cuales la atención y el tratamiento están vinculados a varios ejes transversales que incluyen al individuo, la familia y la sociedad, (PNTA, 2012-2019:9).

A partir de lo anterior, se entiende que desde la perspectiva venezolana, se permite el abordaje y la caracterización del farmacodependiente, a partir de la evidencias empíricas que se encuentren, el profesional que evoque la situación debe estar capacitado para evaluar, diagnosticar y orientar para la toma de decisiones oportunas que favorezcan al proceso de atención, reinserción del

sujeto y su familia a la sociedad. Resulta importante mencionar, que el abordaje propuesto en el Plan Nacional para la Atención y Tratamiento de las adicciones en Venezuela (PNTA) (2012-2019), tiene como finalidad:

mejorar, a través de la implementación de un modelo único de atención integral, el estado de la salud biopsicosocial de los ciudadanos y ciudadanas sometidos a tratamiento, así como las condiciones de integración social, a fin de superar las razones sociales, familiares e individuales que en cada caso (p.13).

Desde esta visión, es importante señalar los esfuerzos que se hacen en Venezuela para poder implementar este plan de tratamiento con enfoque integrador en la actualidad, desarrollando el Plan Nacional de Formación (PNF) del Sistema Público Nacional para la Atención y Tratamiento de las Adicciones (SNTA), el cual tiene como finalidad "...dar garantía en la calidad de los servicios prestados, y por la necesidad de formar equipos de trabajo consustanciados con el enfoque o modelo biopsicosocial en atención a la problemática de las drogas y sus adicciones en la República Bolivariana de Venezuela..." (p.2).

Es así como en este plan Implementado en Venezuela se abre la oportunidad a un gran número de profesionales de diversas aéreas, a sumarse a los esfuerzos para el tratamiento y reinserción a la sociedad de los sujetos farmacodependientes, y sus familias, dando espacio a estas tres esferas (biológicas, psicológica, y social) y en donde esta ultima esfera la social, es punto de partida del profesional del Trabajo Social al considerar en primer lugar al farmacodependiente, como un sujeto activo dentro del proceso terapéutico teniendo como principio del mismo la voluntariedad de la persona y su familia.

El paradigma Biopsicosocial en Venezuela es de gran utilidad, por lo que desde la globalidad "...permite la integración de las distintas ciencias sociales y médicas en la calidad de los servicios de atención, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social del SNTA" (p.8), y en todos estos aspectos del Sistema Nacional de Tratamiento Para las adicciones el Trabajador social tiene la posibilidad de desarrollar todo el potencial de su quehacer profesional, aunado a esto se consideró para esta investigación el paradigma biopsicosocial por tanto

para el investigador es el paradigma que mejor se ajusta a la realidad de Venezuela.

La Farmacodependencia

En primer término, dado lo dinámico y complejo que resulta el estudio del consumo de drogas, y la extensa literatura que existe al respecto, es preciso aclarar, la razón por la cual en esta investigación se habla de farmacodependencia. Igualmente se abordó la “Teoría cognitiva social” de Albert Bandura (1986), enmarcada en la corriente de teorías integrativas y comprensivas, la cual es considerada por el autor de esta investigación, como la más apropiada para el análisis del caso abordado.

Como bien se mencionó en líneas anteriores, es abundante la literatura en la que se encuentran los términos “drogodependiente”, “toxicómano”, y “drogadicto”, se excluye el término “drogadicto”, para evitar el estigma que implica dicha expresión, asociando esta definición precipitadamente hacia la delincuencia, como señala Materazzi (1985), la palabra “drogadicto” infiere que la persona posee cierto grado de libertad al elegir la droga, lo cual resulta inexacto, pues la dependencia lo priva de toda acción libre, por esa razón “farmacodependiente” resulta apropiado para definir a grandes rasgos la esencia de esta problemática.(p.16)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1973), la adicción implica un estado de intoxicación nocivo provocado por el consumo obsesivo y compulsivo de una sustancia, sea esta un fármaco de origen natural o procesado en un laboratorio (p.14). Como se explicaba anteriormente en el planteamiento del problema, la etiología de la palabra fármaco proviene del término “Phármakon”, el cual tiene varios significados como “medicamento”, “veneno”, o “droga” lo cual es acertado, pues la persona consumidora compulsiva puede ingerir, tanto sustancias ilegales consideradas como “venenosas”, o bien algún medicamento considerado legal, y de venta farmacéutica; debido a esta condición de la sustancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1973), define a los

fármacos como: “...Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo puede modificar una o más funciones de este”(p.6).

La dependencia es otro aspecto que revisar en este término, Materazzi (1985) expone, que a partir de la dependencia se priva de acción libre al sujeto, el cual es incapaz de detener el consumo voluntariamente, tornándose su vida en función a la obtención de la sustancia (p.17), idea respaldada por autoras como Gómez y Millán (2002), quienes definen la dependencia como la: “Enfermedad o estado patológico caracterizado por anteponer el consumo de drogas frente a otras conductas consideradas anteriormente importantes por el individuo”(p.10).

En el Diccionario Practico de la Droga (2002), se define la dependencia como “...la necesidad imperante de consumir droga...” (p.110), se explica que esta puede desarrollarse de diferentes formas, a continuación se realiza una interpretación de lo expuesto en el texto antes mencionado:

- a) De naturaleza orgánica: que se relaciona con el metabolismo celular, hasta resultar bioquímicamente imprescindible para la persona que consume.
- b) De naturaleza psíquica: es el deseo compulsivo y no voluntario de consumir algún tipo de droga para experimentar un estado afectivo agradable o para liberarse en estado afectivo indeseado.
- c) De Naturaleza mixta: debido la presencia de dependencia orgánica y psíquica a la vez, se consume compulsivamente droga para mantener un “equilibrio” psíquico y químico al mismo tiempo (p.110).

Entendiendo las características implícitas en la farmacodependencia, la Organización Mundial de la Salud OMS, define la misma de la siguiente manera:

Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir o no acompañada de la tolerancia. Una misma

persona puede ser dependiente de uno o más fármacos (1973:6).

Este concepto introduce otra característica, como lo son aquellos síntomas adversos al suprimir el uso de la droga, es decir, el síndrome de abstinencia caracterizado por un “...conjunto de síntomas físicos y psicológicos que experimenta una persona al disminuir o suspender, de manera repentina o no, el consumo de una determinada droga” (Gómez y Millán, 2002:11). Las autoras anteriormente referidas, agregan que generalmente se caracteriza por sudoración intensa, insomnio, agitación y temblores, calambres intestinales, náusea, diarrea, entre otros síntomas que dependerán del tipo de droga, y tiempo de consumo, (p.11).

Teoría Cognitiva Social de Albert Bandura (1986)

Una vez puntualizada la terminología relacionada con la farmacodependencia, considerada para la realización de la investigación, se procedió a revisar los elementos teóricos necesarios para interpretar el caso estudiado, y la comprensión del consumo de drogas. Acerca de lo anterior, Becoña (1999), explica que durante las últimas décadas se ha avanzado notoriamente en la investigación, en cuanto al origen del abuso de consumo de drogas, y agrega que en la actualidad no hay un predominio decantado por alguna de las teorías explicativas del problema.(p.36)

Becoña (1999), infiere que las teorías explicativas del consumo de sustancias, son muy amplias y oscilan desde “...explicaciones biológicas y espirituales y desde lo interpersonal hasta lo sociocultural.”(p.74).

Así pues, el autor de la presente investigación, se inclinó hacia la utilización de los elementos enmarcados dentro de las “teorías integrativas y comprensivas” que presenta Becoña (2003), las mismas tienen como finalidad “...explicar la conducta de consumo mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías, o bien plantean una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática...” (2003:174). Estas teorías además de tener características integrativas y comprensivas como se explicó en líneas anteriores, también “...se caracterizan por su actualidad, relevancia y apoyo

empírico...” (2003:167), las cuales se amoldan con practicidad al paradigma biopsicosocial adoptado en la investigación.

Es importante mencionar que dentro de las teorías integrativas y comprensivas, se destaca el modelo de “Creencias de la salud” de Becker y Maiman (1975), quienes resaltan la importancia de las fallas en los procesos de toma de decisiones, con énfasis en la relación costo-beneficio y las barreras que implican un cambio de conducta en salud (Becoña, 1999: 91), igualmente se presenta la “teoría de la conducta problema” de Jessor y Jessor (1977) la cual conjuga múltiples determinantes, entendiendo como conducta problema lo siguiente:

Es aquella que se sale de la norma, sea de tipo social o legal, para la mayoría de la sociedad. Es la conducta que elicitaba algún tipo de respuesta de control social por ser socialmente desaprobada por las instituciones de autoridad, como la reprobación, el rechazo social o el encarcelamiento. (Donovan 1996, en Becoña 1999:196)

Otra de las características que hace de la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977) sea integrativa, es que además de la conducta, es de gran importancia el contexto social en causar y mantener muchas conductas riesgosas que pueden incidir en el posterior consumo de sustancias (Becoña, 2003: 178).

Finalmente se halla, la “teoría cognitiva social” de Bandura (1986), la cual es considerada por Becoña (2003) como “...una de las más utilizadas e importantes...” (p.174) en lo que respecta al área, de la farmacodependencia, la cual mantiene su vigencia en la actualidad. Dicha teoría, explica Becoña (2003), propone tres sistemas relacionados con la regulación de la conducta:

- 1) el primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; 2) el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y, 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a

los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.(Becoña,2003: 175).

Es importante destacar que la “teoría del aprendizaje social” (1977) es red denominada años más tarde por su propio autor, como “teoría cognitiva social” (1986), lo anterior se encuentra en Becoña (2003), este último, en su texto “Bases científicas de la prevención de las drogodependencias” del año 2003, señala que Albert Bandura, realizó un aporte significativo, al incluir el “aprendizaje social” como elemento práctico para identificar la dinámica de cierto tipo de conductas.(p.282)

Becoña (2003) expone con respecto a la contemporaneidad de la teoría cognitivo social lo siguiente:

Insiste hoy en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta. Es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona. (2003: 176).

La cita anterior señala, el eje principal de la teoría cognitiva social de Bandura (1986) es el concepto de autoeficacia, y los distintos modelos de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), considerando que los elementos externos son tan importantes como los internos, y que estos interactúan en el proceso de aprendizaje del sujeto.

A continuación se facilita una explicación de cada uno de elementos implícitos en la teoría cognitiva social. El condicionamiento clásico (expone Becoña, 1999), es un tipo de aprendizaje, a través del cual se logra una asociación entre un estímulo condicionado (EC) y un estímulo incondicionado (EI), continúa Becoña explicando que el estímulo condicionado es capaz de transferir información pasando de un estímulo neutro a un estímulo condicionado (p.94).

Se le denomina condicionamiento operante a “...cualquier clase de conducta que opera sobre, o afecta el ambiente...” (Becoña,1999:96), el referido

autor añade, que la forma en la cual se puede afectar o modificar el ambiente en el que se desarrolla una persona, puede ser de dos modos, añadiendo estímulos que no se encontraban presentes o por el contrario, retirando estímulos que ya existían (p.96).

A través del condicionamiento operante, Bandura (1977) explica que el comportamiento puede ser modificado, controlando tanto los antecedentes o bien las consecuencias derivadas de cierta conducta (p.8). Becoña (1999) ilustra que el condicionamiento operante, puede explicar la conducta que finaliza en el consumo de drogas; alegando que la droga misma es un reforzador positivo entendiendo este último como “...la presentación de una consecuencia agradable que da como resultado un aumento de la respuesta (conducta)” (p.98).

El condicionamiento Vicario o de modelaje social, es el gran aporte de la teoría cognitiva social de Bandura, como se mencionó en líneas anteriores, al incluir dentro del condicionamiento clásico y operante al aprendizaje social como elemento esencial, se convierte en una teoría integrativa, que se considera pertinente para el estudio del caso planteado.

El aprendizaje vicario o por modelaje social, es uno de los elementos más significativos de la teoría de Bandura del año 1986, el cual se define según Perry y Furukawa (1987), citado en Becoña (1999) como el “...proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo -el modelo- actúa como estímulos de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo...” (p.170), este último autor acota que para que se dé un aprendizaje por observación, es necesario que se produzca esa “conducta simbólica” señalada con anterioridad, es decir, que se produzca en el contexto del sujeto una conducta en la cual no esté participando.(p.171)

Los principios básicos de la teoría cognitiva social, son reseñados por Arancibia, Herrera, y Strasser (1997) y se reflejan en la siguiente lista:

- La mayoría de la conducta humana es aprendida, en vez de innata.

- La mayoría de la conducta es controlada por influencias ambientales, más que fuerzas internas, por lo tanto el refuerzo positivo, es decir, la modificación de la conducta mediante la alteración de sus consecuencias recompensatorias, constituye un procedimiento importante en el aprendizaje conductual.
- Los seres humanos generan representaciones internas de las asociaciones estímulo-respuesta, es decir, son las imágenes de hechos, las que determinan el aprendizaje. En consecuencia, si bien los mecanismos de los aprendizajes son conductistas por su forma, el contenido del aprendizaje es cognitivo.
- El ser humano es un agente intencional y reflexivo, con capacidad simbolizadora, capacidad de previsión, capacidad vicaria y capacidad de autorregulación y autorreflexión. Esto le otorga un rol activo al ser humano en el proceso del aprendizaje. El aprendiz es visto como un predictor activo de las señales del medio, y no un mero autómatas que genera asociaciones. Aprende expectativas y no sólo respuestas. Estas expectativas son aprendidas gracias a su capacidad de atribuir un valor predictivo a las señales del medio.
- La manera más eficiente de aprender se realiza mediante la observación. Este tipo de aprendizaje es llamado también condicionamiento vicario o “modeling”, ya que quien aprende lo está haciendo a través de la experiencia de otros (p.62)

El proceso de aprendizaje social descrito por Bandura, se diferencia del resto de las propuestas, puesto que los teóricos del aprendizaje conceden mas importancia al proceso de imitación, catalogándolo como instrumental, dándole un enfoque parcial, es decir, que las demás propuestas teóricas, no consideran en sus principios el contexto social como una fuente de aprendizaje (p.7). Por su parte Becoña (1999) agrega que esta teoría además de acentuar los procesos vicarios o de observación, y el ambiente social, introduce el término de la “autorregulación” o “eficacia”, explicada como la capacidad que tiene el sujeto de que puede ejecutar a cabalidad la conducta requerida para producir un resultado (p.88).

Por su parte, Kort (2011), expone que la autoeficacia se relaciona “...con las creencias que tiene una persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar propósitos dirigidos a una acción, lo cual implica diversos niveles de rendimiento...” (p.54) , es decir, se entiende que tales creencias son esenciales, para un desarrollo personal y un accionar social bajo determinadas circunstancias.

La autora citada con anterioridad, explica que las creencias se relacionan con la interpretación que hace una persona de los hechos que vive, observa, y las emociones que evocan en si; explicando que, cuando la creencia en la autoeficacia es baja, las personas se alejan de tareas complejas, y tienen un nivel muy bajo de aspiraciones, mientras que las personas con una creencia en su autoeficacia firme, adquiere competencias para realizar acciones satisfactoriamente (p.56).

La autoeficacia está orientada por Bandura (1986) citado por Kort (2011) a un propósito dentro de un contexto, en el cual la persona se desenvuelve. A continuación se presentan los elementos insertos en la autoeficacia:

1. Pocas decisiones (una dos, máximo tres) y bien escogidas, hacer metas a corto plazo brinda en primer lugar un incentivo inmediato y en segundo lugar reduce el riesgo de desmoralización.
 2. La cantidad de esfuerzo y el tiempo que se le dedica a los objetivos planteados.
 3. La duración de la persistencia, aun frente a los obstáculos y/o fracasos, está sujeta a las expectativas de éxito que requieren ser realistas.
 4. Los sentimientos y su repercusión en el sistema nervioso.
- (Kort, 2011: 56).

Para quien suscribe, la elección de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1986), representa un cuerpo teórico, con los elementos necesarios para comprender y explicar el consumo de sustancias, tomando en cuenta la diversidad de factores que pueden influir en la persona, tanto en el aspecto biológico, como el cognitivo personal, y haciendo un especial énfasis en la cognición social.

Patología Dual

La relación entre la farmacodependencia y los trastornos psiquiátricos es muy estrecha, tal afirmación es expuesta por Rubio (2000), quien además asevera que el consumo de drogas suele desencadenar trastornos psiquiátricos, y que las personas con trastornos psiquiátricos de base, pueden consumir sustancias en algún momento de sus vidas (p.15). Pues bien, esta condición es denominada “patología dual”, la cual es definida según Becoña y Cortéz (2011) como “...la

coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas...” (p.97).

Otro concepto de patología dual, lo presentan Bobes, Casas y Gutiérrez (2011), quienes la definen como:

Presentación simultanea de patología psiquiátrica y adictiva en un mismo individuo, de tal forma que interactúan modificando ambas el curso y evolución de cada una de ellas. Tanto la patología psiquiátrica como la adictiva pueden ser la causa o el resultado de la otra.(p.23)

Esta definición, explica que además de estar ambas patologías presentes en un mismo individuo, estas pueden interactuar entre sí agravando una a la otra.

El término trastorno psiquiátrico o mental, es utilizado para definir desajustes o perturbaciones a nivel mental y de comportamiento según Becoña y Cortéz (2011), y que la característica principal de un trastorno mental, señala Ander-Egg (2009), es el deterioro mental y de conducta, que puede llegar a ser progresivo de no tomarse las intervenciones terapéuticas necesarias.(p.423). Autores como Torres Larrañaga (2006), explican que determinar con exactitud, qué aspecto de la patología dual surge primero resulta muy complicado, y afirma que la farmacodependencia, y la aparición de trastornos mentales suelen condicionarse mutuamente, y que existe una ligera prevalencia de los trastornos psiquiátricos, como elemento que aumenta la susceptibilidad de una persona, ante un posible consumo y posterior dependencia (p.1).

Lo expuesto por Torres Larrañaga (2006), se vió reflejado en el estudio que sirvió como antecedente de la investigación, la tesis presentada por Graterol y Menéndez (2004), aunque se realizó dos años antes, estudió la posible relación entre el consumo de sustancias y los trastornos psiquiátricos, más específicamente la esquizofrenia encontrando una ligera, pero significativa asociación entre ambos trastornos.

Becoña y Cortéz (2011), explican que en los últimos años han sido modificados las aproximaciones conceptuales referentes al consumo de sustancias, y los trastornos psiquiátricos, haciendo un esfuerzo por clasificarlas.

Un primer intento se hizo relativo al momento temporal en el que aparecen ambos trastornos y está determinada por utilizar los términos “primario” y “secundario” para explicar la relación de causa-efecto que pueda haber entre ambos trastornos, dando por cierto que el primer trastorno es independiente del segundo.(p.99)

Los autores mencionados en el párrafo anterior explican, que el problema de esta primera clasificación es que no permite reconocer si el segundo trastorno es independiente del primero, y cómo estos interactúan entre sí. Becoña y Cortéz (2011), continúan explicando que el segundo intento de clasificación, utiliza terminología médica psiquiátrica, siendo estos los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III por sus siglas en inglés), preponderando si el trastorno era de origen “orgánico o no orgánico”, entendiendo como trastorno orgánico una condición mental, resultante de un deterioro difuso del tejido cerebral, debido a cualquier causa generalmente biológica. Pero explican, que esta clasificación presentaba poca fiabilidad para la mayoría de los diagnósticos psicopatológicos (p.99).

La tercera clasificación vigente hasta la actualidad, abandona la dicotomía “orgánico o no orgánico”, y aborda de acuerdo con Becoña y Cortéz (2011), las siguientes categorías:

- **Primario:** Un diagnóstico inicial de trastorno mental, con un diagnóstico posterior de consumo abusivo de sustancias con efectos perjudiciales para la salud mental. Esta primera categoría se caracteriza por los síntomas del trastorno inicial aparecen mucho antes del inicio de consumo de sustancias.
- **Efectos esperados:** un diagnóstico primario de dependencia a las drogas con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental. Esta segunda categoría viene caracterizada porque los síntomas de un posible trastorno psiquiátrico aparecen después del consumo abusivo de sustancias, y el trastorno pasa a ser independiente y persiste luego de cierto tiempo de abstinencia.

- Inducido por sustancias: por una sintomatología exagerada en relación a como se presenta el consumo abusivo de sustancias, o síndrome de abstinencia. Esta determinada porque los síntomas aparecen excesivamente durante la fase de intoxicación o luego de cuatro semanas de abstinencia. (p.103)

Continuando con esta clasificación Becoña y Cortéz (2011), argumentan que existen trastornos psiquiátricos, que pueden aparecer de forma recurrente, aun siendo consecuencia de una intoxicación aguda, causada por el consumo de cualquier droga, esto debido a que explican que el abuso de drogas pueden ocasionar trastornos que se vuelvan independientes del consumo, pasando a ser consecuencias o daños causados por el mismo (p.101).

Torres Larrañaga (2006), explica que la patología dual es muy complicada de diagnosticar, expone que la farmacodependencia y todo el comportamiento negativo que esta conlleva, suelen dominar la situación, logrando ocultar el trastorno psiquiátrico (p.5), no obstante, es necesario en estos casos, la construcción de una alianza terapéutica que involucre no solo a los profesionales de la salud mental, sino también a los especializados en farmacodependencia, y en el trabajo con familiares para así concretar estrategias que permitan realizar cambios en la persona, y modificar estructuras de su entorno que posibiliten mejora la atención en las necesidades de la persona.

Según Becoña y Cortéz (2011), los tratamientos integrados han tenido grandes resultados explican que, tanto el mantenimiento de la abstinencia, como la modificación de ciertas conductas y estructuras de la persona afectada, logran no solo mejoría en el principal afectado, sino que se expanden los beneficios, incluso a su entorno familiar, y social.

Para que esto se concrete en la realidad, estos autores contemplan los siguientes aspectos en el abordaje de la patología dual:

- La comorbilidad en farmacodependencia debe esperarse, no siendo una situación extraña sino más bien habitual, por lo que debe detectarse y abordarse lo más temprano posible.

- Cada trastorno debe ser diagnosticado, para desarrollar un tratamiento específico a cada caso. Ningún trastorno debe tomarse a la ligera aún tratándose de un trastorno inducido por sustancias o un efecto debido a la intoxicación.
- Las estrategias terapéuticas deben prepararse para abordar a pacientes con diferentes niveles de motivación de tratamiento y diferentes tipologías de patología dual.
- El motivo por el cual la persona abusa de las sustancias inicialmente se debe tomar en cuenta especialmente cuando coexiste con otro trastorno, necesita abordarse a largo plazo, prestando atención al vínculo terapéutico entre paciente y profesionales, porque la adherencia cobra especial relevancia.
- En los casos en que los pacientes sean atendidos por las dos instituciones al mismo tiempo, a través de un modelo en paralelo, los profesionales que intervienen de los dos centros debe mantener una continua comunicación a fin de no entorpecer ningún proceso (p.107).

Estos autores concluyen, que la relación terapéutica debe en principio, que el paciente disfrute de una tranquilidad, y sea partícipe de su proceso, a fin de lograr adherencia al tratamiento, que el paciente sea consciente de que el tratamiento se está llevando a cabo con un equipo multidisciplinario, donde la familia tiene acceso al equipo terapéutico para abordar oportunamente los conflictos, o situaciones en relación a la patología dual, a fin de lograr un acompañamiento acorde a los objetivos de tratamiento. (Becoña y Cortéz ,2011:107)

De lo anterior, el autor de la presente investigación infiere que, el desarrollo favorable de la alianza terapéutica creará un vínculo terapéutico, y una mayor confianza de la persona atendida con el equipo profesional. De esta forma, la persona con patología dual se implicará y participará en su tratamiento, que

estará adaptado a sus características y necesidades, aportando beneficios a él y a su familia y ambos los identifican como tales.

Becoña y Cortéz (2011) exponen que existen evidencias suficientes para afirmar que los modelos conductuales, resultan eficaces para el tratamiento de la farmacodependencia, cuando la persona presenta algún otro trastorno psiquiátrico, y que para evaluar la seguridad de la intervención terapéutica, deben tenerse en cuenta variables vinculadas a la farmacodependencia, a los rasgos de la personalidad, el estilo de vida y el entorno familiar (p.109).

Enfoque Sistémico desde el Trabajo Social.

El enfoque sistémico, en un sentido amplio proviene la Teoría General de Sistemas (TGS). Lo anterior, se le atribuye al biólogo Ludwig von Bertalanffy (1976), esto lo señalan Arnold y Osorio (1998), y explican que la TGS busca de forma sistemática, y científica una aproximación y representación de la realidad y, simultáneamente, una orientación hacia una práctica apremiante para formas de trabajo multidisciplinarias (p.40).

Para Quintero Velásquez (2004), la teoría sistémica es más que una simple técnica. Es una nueva forma de solventar los problemas humanos y hacer frente a la complejidad de funcionamiento de los sistemas humanos; en contextos específicos como la familia, y la interacción, más que la intervención (p.23). La misma autora infiere, que el enfoque sistémico propone un marco conceptual integrador de las diversas disciplinas de las ciencias sociales, haciendo un llamado a un enfoque interdisciplinario y global de los fenómenos estudiados, dejando atrás la necesidad de analizarlos de forma separada, para centrarse en la interacción y en la interrelación de los datos estudiados (p.32).

“El Ser humano se define en la interacción con los otros”, esta afirmación es propia de Lodo-Platone (2002), quien a su vez explica que en este contexto de interacción, se encuentra sentido al pensar y al hacer, iniciando un proceso de cambio sociocultural a través de relaciones interpersonales complejas, la autora mencionada agrega que cuando se estudia la interacción y el funcionamiento familiar, el investigador debe asumir una postura holística de la misma para lograr

observar las diversas aristas relacionadas con los procesos de interacción, y el contexto en el que se desenvuelven los sistemas familiares (p.13).

“La sistémica” (como la denomina la autora Quintero Velásquez), introduce una serie de consideraciones para analizar los procesos interactivos y facilitar cambios en los sistemas humanos, estos supuestos básicos que respaldan la teoría sistémica son:

- La interrelación de los procesos individuales, familiares y socioculturales, o sea la asunción de una visión holística e integradora del hombre y su contexto.
- Las nuevas realidades exigen cooperar en vez de competir, pero sin desatender los desarrollos específicos de cada área del conocimiento.
- La incorporación del concepto moderno de red, como mecanismo que conecta la información mundial y la humanidad.
- El mandato universal de diseñar, ejecutar y evaluar programas de tipo interdisciplinario, interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial. (Quintero Velásquez, 2004:33)

A partir de lo anterior, se entiende que la autora propone que todos estos supuestos básicos devienen en un cambio significativo en la forma del quehacer social, permiten la creación de espacios para la pluralidad, caracterizados por el respeto a los saberes y referencias conceptuales que se tengan del estudio de los fenómenos sociales (p.33).

Quintero Velásquez (2004), explica que la sistémica es un espacio para la unificación de la ciencia, por tal razón diversas disciplinas la han incorporado a sus ramas de estudio para dar respuestas a diversos fenómenos trabajados y de igual forma incorporar varios enfoques. En este mismo orden de ideas, la autora expresa que en su evolución, el enfoque sistémico tiene sus raíces en las ciencias naturales y en la física, y que esta derivó en los sistemas sociales, puesto mientras más equivalencias se reconozcan entre las esferas biológicas, físicas, y sociales, mayores serán las posibilidades de aplicar correctamente el enfoque de la teoría, con la premisa de la relaciones de los fenómenos y la totalidad. (p.35)

El enfoque sistémico es relevante para el desarrollo de estudios en las ciencias sociales, en el Trabajo Social particularmente el estudio de la familia y sus relaciones, esto lo enfatiza Caballero de Aragón (1996), citado en Quintero Velásquez (2004), quien expone:

Desde el punto de vista teórico-metodológico, la perspectiva sistémica capacita al Trabajador Social para efectuar una gestión que genere acciones de cambio y en el cual las conexiones y relaciones que se establecen en la interacción son vitales para superar el estancamiento y lograr ensanchar sus posibilidades de unidad de análisis, llámese: individuos, grupos, organizaciones o comunidades; mostrando alternativas nuevas y distintas de acción, con la construcción de significados e historias distintas para leer la realidad, de tal manera que el análisis cocree, a partir del aporte del trabajador social, otra realidad posible (p.36).

En esta cita, se ejemplifica cómo la sistémica representa una perspectiva que es capaz de generar acciones de cambio, a través de la interacción.

Desde la perspectiva de la presente investigación, el enfoque sistémico permitió el estudio del caso familiar seleccionado al entender a la familia como un sistema abierto, asumiendo que el profesional del Trabajo Social debe profundizar y detectar la dinámica familiar, los roles, valores, y límites; utilizando todos los elementos disponibles para la obtención de información.

Esta perspectiva fue adoptada en el trabajo de grado realizado por Armas y Madriz (1997), percibe a la familia como “...un sistema abierto, el cual está en constante interrelación con otros sistemas...” (p.142), en el cual se evidenció que las interrelaciones constantes generan patrones que van formando parte del sistema, y marcan la pauta de la forma en la que el sistema familiar se comunica y se relaciona.

La evolución de la intervención familiar, y el enfoque sistémico desde el Trabajo Social, están en el proceso de realizar un giro radical en el paradigma clásico del conocimiento, así lo señala Quintero Velásquez (2004), cuya visión reduccionista y lineal está dando paso a un paradigma moderno más integrador, y comprensivo de los sistemas vitales que da espacio a las innovaciones, y se centra en los procesos para propiciar cambios. (p.52)

La finalidad de la utilización del enfoque sistémico desde el trabajo social, en la investigación realizada, viene dada a la capacidad de esta perspectiva, de entender la problemática planteada, no a nivel individual (desde el sujeto farmacodependiente), sino contemplar las interacciones familiares y el contexto en el que se desenvuelve la familia.

Visión desde el Trabajo Social de la farmacodependencia asociada a la patología dual.

Ander-Egg (2009), explica acerca del Trabajo Social como disciplina de las ciencias sociales, que esta emergió de la necesidad de profesionalizar la intervención en cuanto a la búsqueda y solución de problemas que atañen a la sociedad, estos pueden incidir en grupos vulnerables como menores maltratados, mujeres con derechos vulnerados, personas en situación de calle, y personas con dependencia a sustancias (p.383). El mismo autor expone que el Trabajo Social en la práctica, como profesión, implica el manejo de un cuerpo conceptual y metodológico (métodos, técnicas, y procedimientos operativos), para poder intervenir de forma eficiente en determinados escenarios y realidades sociales (p.384).

Ander-Egg (2009) explica que las funciones propias del Trabajo Social son de dos tipos, en primer lugar por medio de la implementación de políticas sociales emanadas mayoritariamente del sector público, ampliando esta idea D'Elia (2005), expone que el Estado implementa un conjunto de instrumentos para orientar acciones destinadas a la superación de las necesidades, producto de determinada realidad y contexto social (p.19). La misma define la política social, como una herramienta para asegurar la existencia de la sociedad, puesto a que contribuye a una mayor igualdad, una mejor calidad de vida, en la cual los Trabajadores sociales procuran promover un proceso de autodesarrollo de los individuos, grupos, o comunidades (p.20).

En segundo lugar Ander-Egg (2009), explica que se trata de diversas formas de intervención social, que de manera más específica actúan sobre problemas individuales, grupales, o comunitarios con la finalidad de la superación

de esa realidad problemática, teniendo en cuenta que en la realización de sus funciones profesionales, el trabajador social es un agente externo pero inserto en la misma realidad social, que debe crear espacios de actuación que propicien la participación activa y la integración de los grupos sociales, en procura de la solución de sus problemas y la satisfacción de sus necesidades (p.385).

En cualquier situación, el autor de esta investigación defiende la idea de que la intervención profesional desde el Trabajo Social, implica el reconocimiento y manejo de capacidad técnica para responder a las demandas sociales y la conclusión de acciones en lo cotidiano.

La concreción de acciones involucra una labor complicada, debido a que en el “mundo de vida cotidiano” como expresan Schütz y Luckmann (2003), se entremezcla con las propias vivencias del Trabajador social, lo que obliga no solo a estar preparado teórica y profesionalmente, sino que también en el aspecto personal y conductual, debido a la figura de autoridad y modelaje que representa el Trabajador social para el individuo, familia o comunidad que serán acompañados en su proceso.

Ahora bien, es importante para esta investigación referenciar los roles que se imparten en la formación profesional de la carrera universitaria en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela (ETS-UCV), según la reforma curricular de la Escuela de Trabajo Social (1994), para optar a la licenciatura, el ciclo que consta de los primeros dos años, los estudiantes se forman y adquieren el mencionado cuerpo conceptual y metodológico, que incluye técnicas y procedimientos para posteriormente involucrarse en el desarrollo desde el campo propio de la profesión y desde los diferentes ámbitos de actuación. En dicho proceso se desarrollan las siguientes competencias:

- Investigador social
- Analista de política social
- Planificador y gerente social
- Dinamizador de procesos sociales-locales
- Dinamizador de procesos familiares locales.

➤ Investigador Social

En la cual se busca la formación y manejo de conocimientos teórico-metodológicos y la capacidad de reconocerlos en la realidad social. Esta formación como investigador social, posibilita conocer, diagnosticar, establecer un plan de acción profesional, al igual que ejecutar dicho plan y tener la capacidad de evaluar los procesos y los resultados obtenidos. Barranco (2004) explica que de esta forma, "...se logra profundizar en el conocimiento e intervenir con las personas, grupos o comunidades para producir cambios o transformar la realidad social." (p.83) entre las características que se deben desarrollar en la ejecución de este rol, la reforma curricular de la Escuela de Trabajo social de la UCV (1994), se encuentra:

- Desde un proceso reflexivo, conocer las diferentes lógicas de la realidad social.
- Tener presente la investigación, como fuente de conocimiento y de aprendizaje para mejorar en el que-hacer profesional.
- Entender la política social, buscar soluciones a las necesidades y problemas detectados en las mismas para propiciar el desarrollo de la profesión.
- a través de los diferentes cuerpos de conocimiento teórico-metodológicos, reconocer los diferentes problemas que afectan la cotidianidad y aplicar las técnicas y procedimientos que sean pertinentes en las mismas.(p.23)

➤ Analista de la Política Social

En la reforma curricular para la escuela de Trabajo Social UCV (1994), este rol implica el análisis de la concepción de la política social, identificando su naturaleza, alcance, así como los sectores menos favorecidos para los cuales debe estar dirigida dicha política (p.24), en la reforma los requerimientos del profesional del Trabajo social corresponderá a:

- Participar activamente en la elaboración de planes nacionales, regionales y locales a nivel de equipos multidisciplinarios.

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de bienestar social de acuerdo a las necesidades detectadas, el contexto social y las posibilidades concretas.
- Diseñar proyectos de intervención profesional de acuerdo con lo propuesto en las líneas de investigación del diseño curricular, analizando la problemática, evaluando las expectativas, y gestionar los recursos necesarios disponibles para cumplir con los objetivos formulados (p.24)

➤ Planificador y Gerente Social

Implica el conocimiento y manejo de las diferentes variantes de la planificación y la gerencia social, para incentivar los cambios sociales de manera sistemática y estructurada, dándole soporte a los planes, programas y proyectos. Para cumplir con este rol es de la competencia del Trabajador Social basado en la reforma curricular para la Escuela de Trabajo Social UCV (1994) cumplir con las siguientes capacidades:

- Saber diseñar planificar dirigir y evaluar, partiendo de las necesidades detectadas.
- Diseñar y ejecutar proyectos a favor del desarrollo de modelos de organización alternativos.
- Estimular la movilización social y el correcto aprovechamiento de los recursos que permitan el mayor beneficio de la población usuaria (p.25)

➤ Dinamizador de procesos sociales-locales

Involucra al profesional en las estrategias que promuevan el mayor beneficio para los individuos, grupos o comunidades. En la reforma curricular para la Escuela de Trabajo Social UCV (1994), requiere:

- Estimular la participación activa de los grupos involucrados de forma reflexiva, y crítica en el conocimiento de su dinámica y procesos sociales.
- Brindar información oportuna ajustada la población usuaria para el

refuerzo de organizaciones.

- Apoyar los cambios y crecimientos de organizaciones y liderazgos dentro de la población usuaria
- Incentivar a la cooperación masiva en el ámbito local, regional y nacional (p.26)

➤ Dinamizador de procesos familiares locales

El profesional del Trabajo Social, debe estar en la capacidad de responder a las directrices que se desprenden de los programas públicos y privados, de los cuales emanan las políticas sociales que surgen de a necesidad de la población.

En este rol debe estar reflejada la creatividad y la capacidad de comprensión de los problemas sociales reflejados en la cotidianidad familiar. En la reforma curricular para la Escuela de Trabajo Social UCV (1994), se entiende que “...el esfuerzo debe orientarse al fomento de la capacidad para el trabajo en equipo...” (p.26) lo que en conclusión, el desempeño de estas responsabilidades exige:

- Crear formas de abordaje, diagnósticos y evaluaciones que permitan identificar problemáticas que requieran abordaje prioritario.
- Implementar métodos y técnicas específicos del trabajo social en el ámbito local y familiar.
- Gestionar recursos, familiares, y locales según la situación problema.
- Potenciar los grupos familiares locales y fomentar su autogestión.
- Crear alternativas desde lo profesional que procuren impulsar las capacidades y potencialidades, en las situaciones que ejercen influencia en la dinámica familiar y de la localidad (p.26).

Pues bien, el profesional del Trabajo Social, está capacitado para diseñar planificar, ejecutar y evaluar políticas sociales, comprometido con la sociedad y la superación de los problemas. Sus objetivos están orientados a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo de los individuos grupos y comunidades y en la mejora de la calidad de vida de las mismas. La Intervención

profesional que se basa en los fundamentos éticos, y metodológicos del Trabajo Social, desde un enfoque global, plural y de calidad. Una vez que el estudiante de Trabajo Social Egresado, está preparado para afrontar profesionalmente el problema complejo que resulta el consumo de drogas o farmacodependencia.

Intervención profesional del Trabajador Social en proceso de atención integral de la farmacodependencia

Pues bien la Intervención del Trabajo social en el área de la farmacodependencia, y la salud mental en general, implica una tarea profunda y dinámica, que va mas allá de completar y comprobar las historias clínicas de los enfermos como reseña Ander-Egg (2009), pues a medida que en el campo de la salud mental se entendió que muchas de las enfermedades mentales están condicionadas al ambiente donde se desarrolla la persona, la labor del Trabajador Social fue ganando importancia (p.421).

Una de las primeras autoras en describir el rol del Trabajo Social, dentro de los centros de salud que tratan la farmacodependencia fue Rosa María Becerra (1978), quien describe en primer lugar, que hay que considerar que la persona farmacodependiente tiene su vida dirigida hacia la droga, que ha dejado de ocuparse de las demás cosas, y resalta que la persona cuando no está en el acto de la ingesta de drogas, su accionar y su comportamiento resultan mecánicos (p.96).

Enmarcada en esta descripción general del sujeto farmacodependiente, la autora mencionada anteriormente define que la tarea principal del Trabajador Social es:

El corregir al máximo sus problemas de personalidad, remplazar la sensación de ansiedad e inseguridad que lo caracteriza, por una de bienestar, proporcionándole los medios para que pueda adquirir con firmeza, confianza y seguridad en sí mismo, así como sentido de la responsabilidad en relación con su persona, con su familia, con sus amigos y también con la comunidad. (Becerra, 1978: 98)

Becerra (1978), concluye esta definición general del rol del trabajador

social, agregando que en el caso del farmacodependiente, no se logrará la abstinencia total de la sustancia, si no es a través de un tratamiento integral, que en algunos casos incluye la internación de la persona farmacodependiente (p.99). La autora puntualiza, que durante el proceso de rehabilitación es de esperarse que ocurran recaídas en cuanto al consumo de sustancias después de prolongados periodos de abstinencia, lo cual no debe tomarse como un fracaso, pues se debe reconocer que los hábitos de los consumidores de sustancias son complicados de modificar, y el recorrido para lograr una reinserción social eficaz e independiente suele ser un proceso largo (p.99).

“...Si el trabajador Social aprende a manejar una sensibilidad instrumentada profesionalmente, podrá ser capaz de identificar las necesidades emocionales del paciente y lograr realizar acciones positivas y de utilidad para aquél...” (Becerra 1978: 107), esta cita describe para la autora la necesidad de crear un clima terapéutico acorde y estable, entre la persona farmacodependiente y el profesional del Trabajo Social enmarcados en la búsqueda de apertura hacia el proceso terapéutico y enganche en el mismo, pero teniendo bien en claro los límites, puesto a que Becerra (1978), resalta que una de las características de la persona farmacodependiente en su socialización es la falta de normas y de límites (p.108).

En el aspecto relacional, las intervenciones del Trabajador Social resultan claves, según Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), todos los aspectos involucrados en las formas en que las personas se relacionan socialmente deben ser consideradas al momento de la intervención terapéutica (p.7), y en función a esto plantean que:

El papel de los trabajadores sociales, desde esta perspectiva, incluye, no solo la acción directa con los afectados, sino también, la intervención con las familias, con el medio social próximo y con la sociedad en su conjunto, propiciando cambios positivos en la percepción de los drogodependientes y facilitando la aceptación de los mismos y los apoyos necesarios. (Bermejo Gutiérrez y otros, 2012: 7)

Para quien suscribe, la perspectiva planteada por Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), tiene que ver con ese abordaje inicial del farmacodependiente y su grupo familiar, entendiendo, que la mayoría de las personas que acuden a un centro para solicitar ayuda para dejar de consumir no van en un primer momento solas. Tal afirmación fue elaborada basándose en el estudio hecho por Armas y Madriz (1997), en la Unidad de Atención al Farmacodependiente U.D.A.F (institución en la cual se llevó a cabo la presente investigación) en el cual se comprobó que la figura inicial que acompaña al farmacodependiente es la madre, hermanas, o pareja representadas en un 60% y 70% de los asistentes al momento del estudio realizado por las autoras mencionadas (p.22).

Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), describen que en el proceso inicial de recepción de las personas en los centros de atención en llevado a cabo por los Trabajadores Sociales a través de una primera entrevista que tiene como finalidad según estas autoras una triple dimensión: “como relación, como técnica, y como proceso” (p.21).

Este primer contacto tiene como propósito según Bermejo Gutiérrez y Otros (2012):

- Escuchar la demanda inicial de la persona que asiste al centro.
- Recabar información mínima necesaria (nombre y apellido, edad, dirección, etc.)
- Dar información sobre las intervenciones posibles, esto implica también canalizar la demanda de atención a otro servicio de no corresponder con el servicio prestado en el centro.
- Generar empatía para buscar un enganche con el tratamiento, para evitar la deserción en la fase inicial del mismo.
- Motivar al paciente para iniciar el proceso de atención.
- Pautar citas con los profesionales que vayan a intervenir en el caso (p.21).

Las autoras continúan exponiendo que el profesional del Trabajo Social en

ese primer contacto:

Deberá, en todo caso, realizar un primer análisis de la demanda del paciente y o su familia, así como de su motivación y expectativas frente al tratamiento y procurar reforzar y apoyar el deseo de cambio del paciente ayudándole a salir de su ambivalencia inicial. (Bermejo Gutiérrez y Otros, 2012: 21)

En ese primer análisis de la demanda, el profesional funge principalmente de contención, es decir, escucha atentamente, y busca la motivación del apersona y su familia comenzar el proceso terapéutico como explica Becerra (1978), el Trabajador social debe respetarlos como personas y evitar juicios críticos hacia ellos, puesto que lo importante como camino terapéutico es “...manejarse en el área afectiva y no en la intelectual interpretativa...” (p.109).

Becerra (1978), manifiesta que este caso no supone una pérdida de autoridad o de distancia terapéutica frente a la persona, sino que por el contrario “...equivale a darles la oportunidad de ser tratados como seres humanos lesionados por un serio problema a los cuales es nuestro deber ayudar...”(p.109)

Finalizado el abordaje inicial del farmacodependiente, y la recaudación de datos preliminares por parte del trabajador social, Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), explican que viene la fase de “valoración interdisciplinar”, en la cual el equipo terapéutico luego de la recaudación de datos principales en los factores biológicos, psicológicos y sociales, se procede a la evaluación exhaustiva del caso.

Para lo que refiere al área social, el trabajador social, recaba los datos necesarios para poder realizar el diagnóstico social de la persona farmacodependiente. Las técnicas utilizadas para tal fin, las menciona Becerra (1978), en primer lugar la entrevista social, que puede ser en la institución, o en el domicilio de la persona, casi en forma conjunta se apoya en la observación empírica del sujeto, su gestualidad, así como el lenguaje utilizado durante la entrevista (p.115)

Las áreas a investigar durante el proceso de entrevista son para Becerra (1978), las siguientes:

- a) Familia
- b) Instrucción
- c) Trabajo
- d) Recreación y tiempo libre
- e) Relaciones sociales primarias
- f) Seguridad social
- g) Participación social
- h) Contexto habitacional
- i) Arraigo y pertinencia
- j) Relaciones interinstitucionales (p.115).

Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), añaden que el diagnóstico social incluye una síntesis de las características del farmacodependiente, reflejando su desarrollo y situación actual, resaltando las dificultades, y los puntos fuertes que puedan favorecer en el proceso de rehabilitación, teniendo como instrumento principal del Trabajador Social la historia social, luego de la entrevista como lo ilustra la siguiente cita:

El instrumento más importante de que el Trabajador Social dispone para realizar una recogida sistemática de la información es la Historia Social. A través de este instrumento se recoge, tanto la información inicial e imprescindible para una primera valoración, como otras informaciones complementarias que permiten, en un proceso dinámico, mantener actualizada la información sobre el paciente a lo largo de todo el proceso de tratamiento y facilitar las intervenciones del Trabajador Social.(Bermejo Gutiérrez y otros,2012: 22)

Las autoras citadas recalcan que interesan al trabajador social, aquellas situaciones que suponen un riesgo de exclusión, y la relación de esa exclusión con el consumo de sustancias ya que las mismas afirman que estas dificultades y

exclusiones están íntimamente ligadas con el consumo de drogas (p.23).

Uno de los aspectos que se debe considerar para la elaboración de un diagnóstico interdisciplinar es, evaluar si el paciente pertenece a uno de los grupos que Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), identifican como: "...colectivos con necesidades especiales...", explicando que dentro de este grupo se encuentran adolescentes, personas en situación de calle, personas con discapacidad, y personas que presenten patología dual; el Trabajador Social es el profesional que asesora al equipo interdisciplinario de la situación social y las necesidades de la persona atendida y de los recursos de apoyo con los que cuenta y los más adecuados de utilizar durante el proceso terapéutico (p.25).

Becoña y Cortéz (2011), con respecto al tratamiento de las personas farmacodependientes que presentan patología dual, exponen que partes de las dificultades a las que se afrontan los profesionales, están relacionadas con los síntomas de la patología psiquiátrica de base, que se solapan con los síntomas por consumo de drogas, por lo que los profesionales que evalúan la condición deben estar bien preparados para no caer en posibles errores (p.103).

En lo que se refiere a las particularidades que resultan importantes para poder evaluar un posible caso de patología dual, Becoña y Cortéz (2011), mencionan en fracaso terapéutico en las primeras fases, la ausencia de profundidad e interés en las intervenciones con los terapeutas, la aparición espontánea de conflictos con los mismos son indicadores conductuales que hablan de una posible patología dual (p.104). Los autores mencionados finalizan explicando, que el tratamiento en los casos de patología dual debe realizarse desde una perspectiva integral, es decir, atender la farmacodependencia y la patología psiquiátrica simultáneamente (p.105).

Luego de la fase inicial de acogida de la persona farmacodependiente, o de la persona que presente patología dual, realizadas las entrevistas y la historia social la persona puede formalmente comenzar su proceso de tratamiento y rehabilitación social.

En esta etapa de intervención Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), explican que la atención puede centrarse en un primer término al paciente, preparando estabilidad biológica y psicológica que permita el trabajo con la familia, y de esta forma brindar el apoyo necesario para que las propias familias puedan generar alternativas partiendo de la capacidad resiliente del sistema familiar. (p.30)

Con respecto al apartado correspondiente a la terapia familiar Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), añaden que el objetivo que se debe perseguir en la terapia familiar es “...Conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el paciente...”(p.30), esto implica por parte de Trabajador Social la destreza en el manejo de técnicas y estrategias terapéuticas, que ayuden a redefinir las pautas de interacción y hábitos de vida familiares que resulten más adecuados.

Para quien suscribe el aporte más significativo del Trabajo social en el área terapéutica, viene dado desde el enfoque sistémico, el cual para Quintero Velázquez (2004), es más que una simple técnica, puesto que la autora afirma que la sistémica en su esencia sugiere mas interacción por parte del terapeuta más que intervención (p.23).

La sistémica incluye en su esencia, todos los elementos para explicar a la familia y sus relaciones como lo afirman Palomar y Suarez (1993) en la siguiente cita:

El modelo sistémico llevado al trabajo social con familias, incluye para su tratamiento una óptica totalizadora de las relaciones, que permite a los profesionales enfrentarse, gracias a los supuestos teóricos del modelo, a una serie de contradicciones familiares que es preciso conocer para poder ayudar a la familia y que pasarían inadvertidas si no es a través de la metodología sistémica.(Palomar y Suarez,1993: 171).

Agregan además Palomar y Suarez (1993), que los supuestos teóricos que están en la base de la sistémica permiten, bajo el manejo de técnicas concretas, un entendimiento profundo de las dinámicas familiares, y en la medida que se estudian las formas y las relaciones familiares, es posible divisar los mecanismos de autorregulación de las mismas (p.171).

Durante el abordaje terapéutico, las personas necesitan una atención especial, sobre todo si se trata de personas con patología dual, con la finalidad de crear una adecuada adherencia al tratamiento, Becoña y Cortéz (2011), agregan con respecto a este abordaje que:

Debe construirse a partir de que el paciente goce de una situación de tranquilidad, que confíe en la confidencialidad de la información, que reciba un constante feedback para que conozca la evolución, que el paciente sea consciente de que el tratamiento es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, que la familia del paciente con patología dual tenga acceso al equipo terapéutico para abordar en el momento más adecuado los conflictos o dudas... (p.107).

El abordaje terapéutico en el caso de las personas que presentan patología dual debe darse en compañía del grupo familiar, ya que estos representan el apoyo más adecuado durante el proceso para lograr adherencia al tratamiento, la abstinencia a la sustancia, y poder lograr una adecuada reinserción social.

Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), explican que en este último paso de la rehabilitación por sustancias, la finalidad es la reinserción social, cuyo objetivo es que la persona logre “conseguir y mantener unas relaciones sociales saludables.”(p.34) a través de un seguimiento y control, por parte del equipo terapéutico el cual gradualmente se va retirando hasta que la persona alcanza su autonomía plena.

Durante la etapa de reinserción social, Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), afirman que las competencias profesionales del trabajador social comprenden la valoración del entorno, en cuanto a los factores de riesgo y factores de protección del entorno donde se desenvuelve la persona, así como la red de apoyo con la que se cuenta (familiares, amigos, compañeros de trabajo.) para el refuerzo de conductas y habilidades sociales (p.35).

Para quien suscribe, en todas las etapas y procesos de atención de las personas farmacodependientes y con patología dual, se ven reflejados todos los roles, capacidades y competencias del trabajador social expuestas en la reforma curricular de la Escuela de Trabajo social de la UCV del año 1994, incorporado al

desarrollo de estos roles, es necesario la continua formación en el área de farmacodependencia y patología dual, debido a las características cambiantes de esta enfermedad, las nuevas sustancias, y los avances teóricos en materia de abordaje, atención, y reinserción social.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Marco Metodológico

Una vez presentado el problema de la investigación, y las distintas teorías que dan origen a una mayor y mejor comprensión del mismo, resulta importante expresar la experiencia, a partir de la aplicación de un método y el conjunto de técnicas que fueron indispensables al momento de recopilar la información necesaria para alcanzar los objetivos formulados en la investigación. Ahora bien, en el marco metodológico es entendido como:

El conjunto de procedimientos lógicos, tecno-operacionales implícitos en todo proceso de investigación, con el objeto de ponerlo de manifiesto y sistematizarlos a propósito de permitir describir y analizar los supuestos del estudio y de reconstruir los datos, a partir de los conceptos teóricos convencionalmente operacionalizados (Ballestrini, 2006: 125).

A partir de la cita anterior, es posible entender que este aspecto metodológico da un sentido práctico a la investigación de caso y por ello facilita comprender la complejidad que implica la realidad abordada, entendiendo la dinámica surgida entre la farmacodependencia o enfermedad adictiva y los trastornos psiquiátricos derivando en la patología dual. Por otra parte, utilizando el paradigma fenomenológico fue posible percibir las realidades y la información desde la perspectiva de aquel, o aquellos que la viven en su cotidianidad.

Enfoque Cualitativo

Bajo este enfoque, fue posible introducirse en la situación de las personas que conforman una realidad social, tomando en cuenta al ser humano y a su entorno y todos los elementos relevantes presentes en el mismo. Navarrete (1999), explica sobre el enfoque cualitativo que:

Descubre el ángulo fenomenológico de la realidad social, cómo los individuos interpretan sus propias vidas y el mundo que los rodea. ...la única manera de aproximarse a la subjetividad de los actores y la intersubjetividad que sus interrelaciones implican, es desde la propia comprensión que tienen los sujetos del mundo. La realidad no puede nunca ser totalmente separada de las personas que la experimentan (p.225).

El autor finaliza señalando que el enfoque introduce la ambigüedad en los estudios de la sociedad, describiendo la vida de las personas con sus indecisiones, logros y contradicciones y singularidad de en la realidad estudiada.

Lo que interesa de este enfoque cualitativo es que se centra en el ser humano y el mundo social en el que participa el mismo. El mundo de significados en donde el mismo interviene, llenando los significados con su experiencia personal, a partir de su vida cotidiana.

Paradigma Fenomenológico Alfred Schütz (2003)

Para la realización de la investigación, fue necesario considerar la realidad de la cotidianidad del sujeto seleccionado, a fin de entender el problema en cuestión, por tal motivo se recurrió al paradigma fenomenológico, dado a que el mismo rescata las características sobresalientes del comportamiento individual y las transformaciones como aspectos ligados a los fenómenos sociales; así lo explica (Navarrete, 1999), al exponer que los procesos en desarrollo no son “cosas estáticas” sin ninguna posibilidad de cambio, sino que en la dinámica del ser humano(p. 225).

Husserl (citado por Martínez Miguélez.), señala que “...la fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia...” (2010: 139), por tanto su finalidad no es tanto describir un fenómeno singular, sino de describir su esencia valida universalmente y útil científicamente. El objeto de estudio de este paradigma se centra en las realidades vivenciales que son poco comunicables, pero que son determinantes para la comprensión de la vida de cada persona.

Schütz incorpora a las ciencias sociales este paradigma, principalmente a partir de la arquitectura trabajada por Husserl, pues el mismo tuvo la convicción de que la fenomenología de Husserl tenía una metodología rigurosa para la descripción de la construcción del “mundo de vida cotidiano” (Schütz y Luckmann, 2003: 8).

El paradigma fenomenológico de Alfred Schütz surge de la problematización de aquello que los sujetos experimentan, por lo general, concebido como no problemático en la cotidianidad. La concepción del mundo de la vida cotidiana tiene una gran importancia en su planteamiento, toda vez que alude a un horizonte de significados que provee el marco necesario para el fluir de la vida diaria.

El autor de origen austriaco explica que el “ mundo de vida cotidiano” no es un mundo privado, sino más bien un mundo intersubjetivo, exponiendo que “...la estructura fundamental de su realidad consiste en que es compartido con nosotros...”(Schütz y Luckmann,2003: 26), bajo esta representación, es posible ser o no ser comprendidos por los demás, pudiendo entrar en múltiples relaciones sociales con los otros; y que los otros experimentan sus relaciones recíprocamente, de forma que es para todos los fines prácticos similar a los que experimenta el sujeto de estudio. Es así como se explica la concepción del mundo de vida cotidiano:

El mundo de vida es, entonces, una realidad que modificamos mediante nuestros actos y que, por otro lado, modifica nuestras acciones. En otras palabras puede decirse que, en definitiva nuestra actitud natural de la vida cotidiana está determinada totalmente por un motivo pragmático (Schütz y Luckmann, 2003: 28).

Esta perspectiva asumida en la presente investigación, valió para entender la perspectiva del sujeto estudiado en sí, tanto la influencia del medio ambiente y la relación de reciprocidad con los otros, percibiendo lo real y lo natural para el sujeto, obteniendo su conocimiento sobre su cotidianidad.

Schütz explica que incluso los pensamientos, son motivados por consideraciones prácticas, pues en todo caso la comprensión de esas ideas se basa en la experiencia previa (Schütz y Luckmann, 2003: 28), y por tanto la experiencia personal inmediata, tiene relación con la perspectiva desde la que el sujeto aprehende la realidad, y la comprensión se hace en relación a la posición que ocupa en el mundo. El espacio y el tiempo en que transcurre el individuo, determinan sus vivencias.

Método de Casos según Robert Stake (2010)

Para el desarrollo de esta investigación, se realizó un abordaje desde el método de caso; debido a que este hace énfasis en un solo aspecto en particular, buscando siempre el detalle y los aspectos más relevantes de la cotidianidad del caso abordado. Al respecto se señala lo siguiente:

Estudiamos un caso cuando tiene un interés especial en sí mismo. Buscamos el detalle de la interacción con sus contextos. El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes (Stake, 2010: 11).

A partir de la cita anterior es posible inferir que en este método se toma en cuenta, no solo la información suministrada por el sujeto de estudio (que en esta investigación es el sujeto farmacodependiente con patología dual), sino que también se considera la información de las personas que en su entorno ejercen gran influencia a partir de la interacción diaria. Así pues, la postura del autor es coherente con la asumida en esta investigación, ya que se optó por incluir la información suministrada por las personas más cercanas al sujeto principal del caso abordado.

Al momento de escoger un caso Stake (2010), afirma que es frecuente que la elección venga ya dada, debido a la curiosidad del investigador por determinada circunstancia o cuando se asume la responsabilidad de evaluar cierta condición. Mientras más específico sea el interés en el caso, mayor debe ser la capacidad de discernir y centrarse en aspectos específicos. (p.17)

Basado en lo descrito en el párrafo anterior, la motivación del autor de la presente investigación se basó en el interés por el estudio de la farmacodependencia, en especial cuando está asociada a un diagnóstico dual. Para abordar la complejidad de este caso, resultó indispensable hacerlo desde el punto de vista de aquel que la vive, y de aquellas personas que interactúan en su entorno más inmediato (tal como lo plantea Alfred Schütz).

Stake (2010), afirma que no existe un momento determinado en el cual se inicie la recopilación de datos, al respecto indica lo siguiente:

No existe un momento determinado en que se inicie la recogida de datos. Empieza antes de que lo haga la dedicación plena al estudio: antecedentes, conocimiento de otros casos, primeras impresiones. Una gran porción de datos se basan en la impresión, se recogen de modo informal en los primeros contactos del investigador con el caso. Más adelante, muchas de estas primeras impresiones se perfeccionaran o se sustituirán, pero en el conjunto de datos se incluyen las observaciones más tempranas (p.51).

El autor anteriormente citado agrega, que siempre se dispone de poco tiempo cuando se está realizando una investigación, y por tanto se hace imprescindible realizar un plan de recogida de datos para evitar desperdiciar tiempo en cosas menos productivas, por tanto realizar un plan para organizar la información, permitirá distribuir el tiempo de la forma más eficaz, incluso dando espacios a posibles informaciones o situaciones imprevistas que surjan en el transcurso de la investigación (p.53).

Para Stake (2010), las fases esenciales para la recopilación de datos comprenden las siguientes; "...definición del caso, lista de preguntas de la investigación, la identificación de los ayudantes, las fuentes de datos, la distribución del tiempo, los gastos, y el informe previsto." (p.53), aunque el autor aclara que pueden surgir muchas más situaciones durante la investigación, en especial en la distribución del tiempo destinada a la socialización con los actores del caso.

En cuanto a cada una de estas fases, Stake (2010), define algunas orientaciones necesarias para la realización de las mismas principalmente en la definición del caso, que implica tener claro que el estudio de caso no es un estudio de muestras, y que el principal objetivo es entender el caso en sí, al igual que definir los límites del mismo buscando anticipar problemas clave, acontecimientos, características primordiales (p.53).

Referente a la lista de preguntas de la investigación Stake (2010), menciona que la función principal de esta es organizar conceptualmente la

investigación, argumentando que si bien el trabajo de campo implica observar detalladamente y en actitud receptiva, esta requiere de disciplina. Es necesario partir de una organización conceptual que exprese claramente lo que se desea estudiar, y que inicie desde lo que se conoce a cerca del caso seleccionado (p.25).

La identificación de los ayudantes involucra organizar los contactos en el campo seleccionado, redactar acuerdos formales y definir las normas de acceso a las personas implicadas, así como los criterios del manejo de la confidencialidad de los datos, fuentes e informes generados a partir de la interpretación de los datos (Stake, 2010: 54).

Las fuentes de datos, incluye no solo el acceso a las personas involucradas en el caso también, también incluye toda la información posible que se pueda recopilar tanto documental o de campo que permita la mejor comprensión del estudio. La distribución del tiempo, y los gastos, se realiza con la finalidad de aprovechar de forma eficiente con los recursos que se cuenta tanto para revisar o desarrollar los instrumentos o procedimientos a aplicar así como el traslado al sitio donde se encuentran los informantes y los recursos técnicos utilizados en cada momento para realizar una experiencia satisfactoria (Stake, 2010: 54).

El informe previsto implica la parte final de la investigación, en la cual se debe reconsiderar la estructura teórica que orienta la investigación a fin de descubrir elementos faltantes o nuevos que surgieron a partir de la recolección de datos, que permitirán revisar un primer borrador con diversas interpretaciones posibles. En tal bosquejo se debe observar posibles relaciones, entre las variantes y las teorías utilizadas que permitan sacar conclusiones provisionales, que den cuenta de los objetivos de la investigación y que faciliten su comprensión al público (Stake, 2010: 55).

Finalizando esta sección del capítulo, se consideró que las características del método de casos propuesto por Robert Stake (2010), son las más apropiadas para el abordaje del sujeto de estudio y su realidad en esta investigación.

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es para Arias (1999), "...la estrategia que adopta el investigador para responder el problema planteado..." (p.20).

Para la realización de esta investigación se necesitó acudir a las fuentes en su entorno natural, debido a la naturaleza cualitativa de la investigación. Por tanto el investigador tuvo que trasladarse hasta un espacio donde el sujeto y su familia realizan actividades constantemente, este proceso supone un diseño de investigación de campo, el cual se define de la siguiente manera: "...Consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna..." (Arias, 1999: 21).

A partir de lo anterior se entiende que el diseño de la presente investigación es de campo, ya que con el mismo fue posible tomar los datos de primera mano, desde la cotidianidad de los sujetos inmersos en la situación a estudiar (farmacodependencia y patología dual) para luego interpretar los resultados obtenidos.

Técnica de recolección de información

La técnica que se utilizó para el abordaje del caso, fue la entrevista semiestructurada, porque constituye un medio adecuado para recoger datos empíricos, donde el investigador respetó el lenguaje de los entrevistados, y cuidó que sus expresiones no distorsionen u obstaculicen los significados que les asignan sus informantes. López y Deslauriers (2011), explican que la entrevista tiene un valor significativo, porque nos permite adentrarnos en la parte mental de las personas, pero también a su cotidianidad y las relaciones sociales que mantienen (p.1).

Por otra parte, se conoce que la entrevista semiestructurada de acuerdo a Vela Peón (2001), tiene una serie de preguntas preestablecidas, de acuerdo con el interés del investigador que le permite tener el control de la entrevista sin que ello signifique el dominio total sobre el entrevistado "...Así en la entrevista semiestructurada, el entrevistador mantiene la conversación enfocada en un tema

particular, y le proporciona al informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión...”(Vela Peón,2001: 76). Por tal motivo se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de información, debido a que la misma permitió recoger los datos empíricos desde el contexto donde se desenvuelven los informantes involucrados en la investigación.

Instrumento para la recolección de datos

En función a la investigación, el instrumento para la recolección de datos aplicado fue la guía de entrevista. Cerda (1991), explica al respecto lo siguiente:

Antes de realizar una entrevista, debe elaborarse un plan y una guía, la cual nos permitirá planificar y plantear tentativamente todos los pasos y fases que se desarrollarán en el proceso de la entrevista. En este terreno no existe que los otros elementos de la investigación, ningún modelo o fórmula única (p.264).

Para ser aplicado a cabalidad dicho instrumento, fue necesario utilizar un medio de apoyo técnico como lo es un grabador de voz, con previa autorización de los sujetos entrevistados, con la intención de registrar de forma fidedigna todo el proceso de la entrevista; el grabador de voz permitió al entrevistador concentrarse en los aspectos gestuales de los entrevistados, llevando a cabo un proceso más natural y cómodo posible, que permitiera generar un proceso de apertura en los entrevistados.

Técnica para el análisis de los Resultados

Para realizar el análisis de los resultados, se eligió la codificación abierta de Strauss y Corbin (2002), la cual es definida por estos autores como: “...el proceso analítico por medio del cual se identifican conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones...” (p.110), agregando que para identificar los conceptos se debe “abrir el texto” y sacar los significados e ideas contenidos en él, ya que sin este primer paso sería inviable el análisis de los resultados.

Durante la codificación abierta, Strauss y Corbin (2002), explican que los datos se examinan y se comparan en busca de similitudes y diferencias, las

acciones o situaciones que el investigador considere similares en el texto se agrupan bajo conceptos más concretos denominados “categorías” cuyo análisis exhaustivo evidenciará diferencias entre estas (p.112).

Strauss y Corbin (2002), exponen que luego del proceso descrito en el párrafo anterior le sigue la “conceptualización”, e indican que el mismo tiene por objetivo:

El propósito de denominar a los fenómenos es permitir a los investigadores reunir acontecimientos, sucesos u objetos similares bajo un encabezamiento clasificativo común. Aunque los acontecimientos o sucesos puedan ser elementos discretos, el hecho de que compartan características comunes y significados relacionados permite agruparlos (p.112).

La intención de agruparlos es importante, debido a que permitirá al investigador reducir el número de categorías a volúmenes mucho más manejables para su análisis y además, estas según Strauss y Corbin (2002), “tienen el poder de explicar y predecir” (p.124).

Strauss y Corbin (2002), presentan diferentes maneras de realizar la codificación abierta, una de estas maneras es “línea por línea” que consiste en una observación detallada frase por frase y en algunos casos palabra por palabra. (p.131), los autores antes mencionados, agregan otra forma de codificación la cual se realiza analizando por oración o párrafo completo, asignándole una etiqueta a aquello relevante que el investigador considere para su estudio. En la presente investigación, la codificación abierta se realizó utilizando las referencias de Strauss y Corbin (2002), por medio del análisis oraciones y párrafos, se identificaron las etiquetas que pueden dar respuesta a los objetivos propuestos, en las entrevistas realizadas a la familia compuesta 3 (tres) personas seleccionadas para esta investigación

Proceso de aplicación metodológica

A continuación, se presentan los elementos considerados para la aplicación metodológica, así como aquellos elementos que surgieron a partir de la misma,

que igualmente agregaron información valiosa para el análisis e interpretación del caso estudiado.

A partir de la formación académica del investigador, en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela (UCV), particularmente en materia de adicciones en las asignaturas taller de proyectos, taller de investigación, y prácticas profesionales se tuvo la oportunidad de crear un marco conceptual, que permitió la comprensión de la farmacodependencia, y se tuvo la oportunidad de compartir en actividades académicas con personas farmacodependientes, en proceso de rehabilitación en diferentes centros de la ciudad de Caracas, de igual forma se pudo tener contacto académico con el personal terapéutico que labora en esas instituciones como trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, y enfermeras, quienes sirvieron como enlace para poder seleccionar una familia para estudiar como caso buscando esa particularidad especial mencionada por Stake (2010), que se considere para la interpretación.

Luego de realizar varias llamadas a instituciones solicitando permiso para poder desarrollar la investigación, se encontraron dificultades con la aprobación de la misma, siendo el contacto con un psicólogo especialista en el área de la farmacodependencia, fundamental para la aprobación del centro, que finalmente sería la Unidad de Atención al Farmacodependiente U.D.A.F., Servicio número 4 del Hospital Psiquiátrico de Caracas, donde se procedió formalmente a la selección de la familia.

Para la selección del caso, hubo la necesidad de acudir a grupos de terapia multifamiliar y grupos terapéuticos individuales, realizados en su primera fase los días lunes y jueves respectivamente, para poder seleccionar el caso desde el mismo especio en el cual se desarrolla tal como señala Stake (2010), la dificultad que se encontró en ese momento de la investigación, fue el alto índice de deserción del tratamiento, por parte de los sujetos y familias participantes en esta fase, lo cual originó que varios casos que se tenían visualizados se descartaran por la razón mencionada.

Conocidas las características de este grupo de pacientes, se procedió a ubicar el posible caso en la fase 2 del tratamiento en U.D.A.F, en los grupos de terapia multifamiliar los días martes y los días jueves en la terapia individual-grupal, es aquí en este grupo, donde finalmente se logra ubicar el caso con las características buscadas, tratándose de un joven de 20 años de edad, que acude a tratamiento por presentar consumo de sustancias, quien acude a terapia acompañado de su padre y madre. Luego de haber ubicado el caso, el investigador tuvo que explicar ante el equipo terapéutico el tipo de estudio realizado, a fin de precisar el momento adecuado para realizar las entrevistas teniendo la aprobación del equipo terapéutico.

Se procedió a elaborar el instrumento de recolección de datos, específicamente la modalidad de la entrevista semiestructurada, en la cual se plantearon las mismas preguntas referentes a un tema específico, la farmacodependencia y como esta había influido en la dinámica familiar. Las preguntas se hicieron en función del desarrollo del hijo de la pareja por la particularidad de que este es adoptado, siendo este aspecto abordado constantemente por este grupo familiar en las terapias. Luego se pautaron las fechas y las horas de la entrevistas, debido a que serían individuales, teniendo como sitio para realizar las entrevistas el salón de terapia destinado a la fase 3 de tratamiento, por ser el único espacio disponible para en la fecha y horas pautadas, para evitar interferir en otros grupos terapéuticos realizados en ese momento en la institución. Así mismo las entrevistas tuvieron una (1) hora aproximada de duración cada una, debido a que el diseño de la guía estaba planteado para comenzar con unas preguntas de apertura, que permitieran el control de la entrevista por parte del investigador y que dejaran al sujeto la libertad suficiente para definir el contenido de la conversación tal como explica Vela Peón (2001), por lo que durante el transcurso de la entrevistas la mayoría de preguntas de la guía fueron contestadas sin la necesidad de formularlas a los entrevistados, y en algunos aspectos puntuales hubo que preguntarlas para encausar nuevamente la entrevista.

Para la ejecución de las entrevistas, se pidió autorización a los participantes para grabar las mismas, con el fin de realizarlas con mayor comodidad, y transcribirlas luego con todos los detalles, respetando la literalidad de las mismas. Al finalizar las entrevistas se les recordó a los participantes, que toda la información suministrada sería utilizada de manera anónima, y manifestaron que no tenían ningún inconveniente en que sus nombres fueran reflejados en el estudio, sin embargo, siguiendo los parámetros de la confidencialidad, el autor de la investigación decidió no mostrar los nombres de las personas involucradas.

Seguidamente al tener todas las entrevistas transcritas, utilizando para ello las grabaciones mencionadas, y respetando siempre el delicado proceso de transcripción literal, fue necesario realizar el proceso de análisis de los resultados. Para ello se utilizó la técnica de Strauss y Corbin (2002), cuyo procedimiento consistió en revisar completamente una a una las entrevistas y etiquetar los elementos relevantes, y comunes en cada entrevista; a dicho proceso se le llama “etiquetar”, luego estas etiquetas se agruparon en categorías comunes según los objetivos planteados en la investigación, a este paso lleva el nombre de conceptualización, estas categorías resultantes del proceso de conceptualización, finalmente fueron la base para la interpretación.

Pues bien, se procedió a la lectura y revisión de las entrevistas transcritas con la intencionalidad de ir descubriendo aquellos elementos relevantes, coherentes con los objetivos trazados en la investigación, luego se procedió al etiquetado de cada entrevista resultando de ese proceso las siguientes etiquetas:

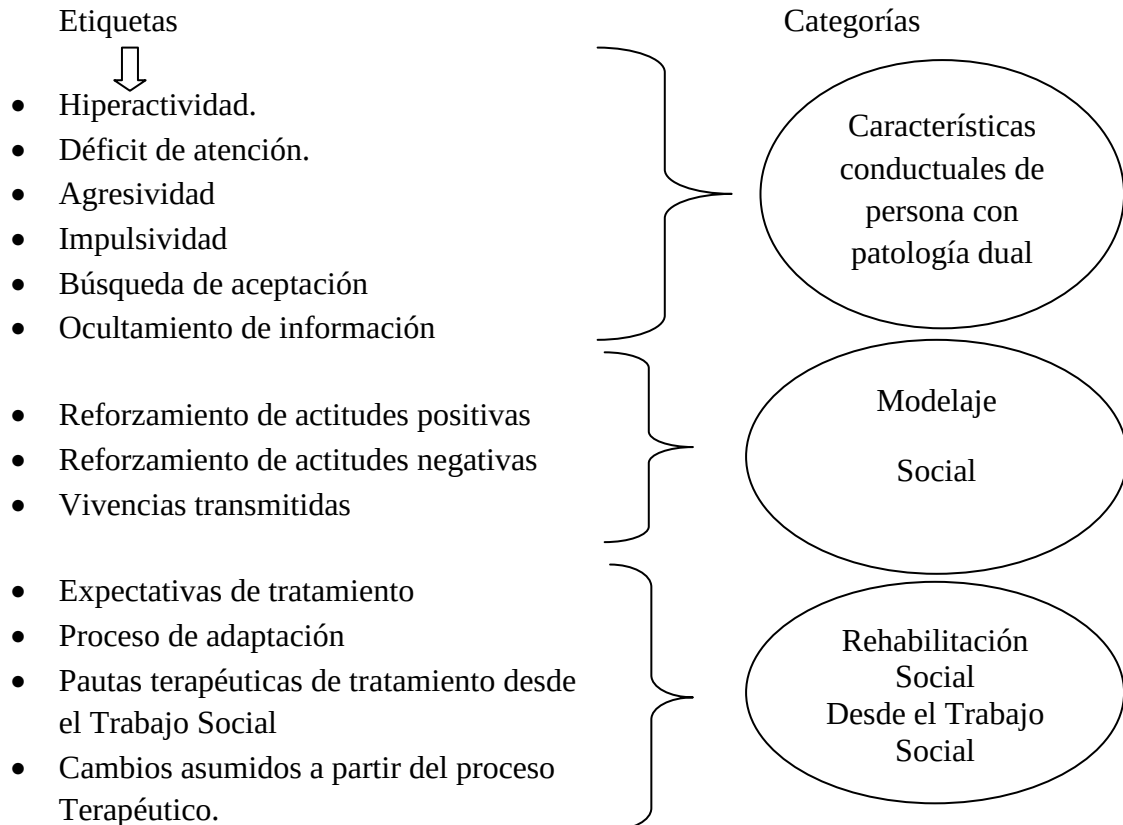
- Hiperactividad
- Déficit de atención
- Agresividad
- Impulsividad
- Búsqueda de aceptación
- Ocultamiento de información
- Reforzamiento de actitudes positivas
- Reforzamiento de actitudes negativas

- Vivencias transmitidas
- Expectativas de tratamiento
- Proceso de adaptación
- Pautas terapéuticas de tratamiento desde el Trabajo Social
- Cambios asumidos a partir del proceso terapéutico

La búsqueda de aquellos elementos relevantes, que explican Strauss y Corbin (2002), y que se nombraron anteriormente, fueron determinantes para establecer las categorías de análisis que fueron nombradas según las etiquetas y los objetivos planteados en la investigación de la siguiente forma:

- Características conductuales de persona con patología dual.
- Modelaje social.
- Rehabilitación social desde el Trabajo Social.

Por medio del siguiente esquema es posible visualizar las etiquetas que dan sustento a las categorías de análisis.



Luego de la condensación de etiquetas y la consecuente categorización, se procedió a la definición de las mismas, considerando la información en el siguiente apartado de la investigación.

CAPÍTULO IV

INTERPRETACIÓN DE LA

INFORMACION RECOLECTADA

Interpretación de la información recolectada

Para el desarrollo de la investigación, resultó necesaria la realización de entrevistas a un grupo familiar, compuesto por un sujeto farmacodependiente, padre y madre del mismo, quienes asisten a un centro de rehabilitación por consumo de sustancias. Se realizó una entrevista a cada uno de los miembros de la familia, de las cuales para la interpretación se tomaron segmentos significativos, siguiendo los elementos de interpretación según Strauss y Corbin. A continuación se presentan las categorías construidas a partir de la codificación abierta realizada bajo los parámetros que proponen los autores.

1- Características conductuales del sujeto farmacodependiente con patología dual:

Como se expresó en páginas anteriores, la patología dual es un trastorno frecuente en aquellos sujetos consumidores de sustancias. La misma se entiende como la presencia en una misma persona de un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno psiquiátrico independiente. Se destaca que algunos autores como Becoña y Cortéz (2011), exponen que no hay forma única de manifestación de la patología dual. Hay casos en que el trastorno psiquiátrico puede ser una consecuencia del consumo de sustancias, y dependiendo de la frecuencia, tipo de sustancia y el daño ocasionado por el consumo repetido y compulsivo de la misma, el trastorno puede volverse independiente, resultando una consecuencia del consumo de drogas. Por otra parte, cuando el trastorno psiquiátrico es de base, es decir, se manifiesta en una persona por presentar ciertas características biológicas, psicológicas y sociales, que pueden generar una vulnerabilidad, resultando en una propensión hacia el consumo de drogas (esta es la situación encontrada en el caso estudiado), donde se llegó a esta categorización dadas las repuestas por los informantes (padre y madre específicamente), quienes relataron de manera cronológica el proceso de adopción y crianza de su hijo (sujeto con patología dual).

Se pudieron identificar además, las características tempranas presentadas por la persona con patología dual, expresadas por Becoña y Cortéz (2011), y la forma en que se entremezclan con las características de un farmacodependiente promedio, y los

límites difusos en cuanto al desarrollo de ambas patologías, pudiéndose observar que en algunos momentos las mismas se condicionan mutuamente, esta condición fue encontrada durante la investigación en las entrevistas realizadas.

Esta categoría se basó en la información suministrada por la madre y el padre del sujeto, quienes manifestaron en el comienzo de las entrevistas los procesos de desnutrición pasado por su hijo a temprana edad, lo que se entiende desde el punto de vista teórico del paradigma biopsicosocial como una vulnerabilidad biológica que influyó posteriormente en la conducta presentada por el sujeto (agresividad, hiperactividad, impulsividad) y la posterior adquisición de la conducta del consumo de sustancias.

- 2- Modelaje social:** Este pudo ser entendido como aquellas pautas de interacción y patrones de comportamiento de las personas en determinados contextos sociales (grupo de pares, trabajo, estudios), que son utilizados por terceros como “modelo” a imitar, estos pueden ser aceptados o no, por la persona que los observa dependiendo del nivel de cognición que influye en la evaluación de toma de decisiones, y las expectativas en cuanto a los beneficios que se puedan obtener de reproducir esas conductas.

La definición de esta categoría por parte del investigador, se realizó a partir de la información suministrada por el sujeto principal de estudio del caso (sujeto farmacodependiente con patología dual) en cuyo proceso se pudo evidenciar en su discurso la convicción personal de realizar ciertas conductas con expectativas de resultados favorables, influenciado a lo largo de su desarrollo por personas de su entorno, al igual que resultaron importantes para el análisis los conceptos de crianza por parte de los padres del sujeto farmacodependiente con patología dual, quienes desde su experiencia previa, hicieron referencia su mundo de vida, es decir, aquellas vivencias propias que influenciaron en el modelaje de la conducta del sujeto principal del estudio.

La construcción de esta categoría se basó en lo expresado en las entrevistas por los padres sobre los conceptos de crianza y el proceso de transmisión de creencias y valores a su hijo como se mencionó anteriormente, cada uno desde el rol que desempeña en su grupo familiar, es así como la madre del sujeto expresó su concepción de crianza desde el “deber” cuando especificó que desde su enseñanza “la responsabilidad con el hogar era lo primero” especificando durante la entrevista que desde muy temprana edad tuvo que estudiar y trabajar argumentando que por ser la mayor, para ella la felicidad reside en “las cosas que ha logrado” y aseveró no saber si su estilo de crianza ha influenciado en la relación con su hijo.

Con respecto a el padre del sujeto se tomó como parte del basamento para la construcción de esta categoría el rol ejercido dentro de la familia en el cual se pudo evidenciar durante la entrevista, la transmisión de responsabilidades a su esposa, madre del sujeto farmacodependiente alegando que por ser conductor de transporte público, no poseía los conocimientos necesarios para interceder en los asuntos escolares del sujeto en su infancia, de igual forma, las creencias y valores aprendidos por el padre desde su familia de origen, argumentando que el abandono por parte de su figura paterna durante su infancia no influenció en su vida para una percepción positiva hacia las drogas por tal motivo no entiende porque su hijo consumió drogas pues a su entender ni él ni su esposa no se lo transmitieron.

- 3- Rehabilitación social:** Se entendió para efectos de esta investigación, la forma en la cual el sujeto farmacodependiente con patología dual y su grupo familiar, comenzaron el proceso de atención en un centro de salud, debido a las características vivenciales manifestadas en su cotidianidad, un proceso de rehabilitación social con enfoque sistémico, que se logró identificar a través de información suministrada por el grupo familiar, quienes verbalizaron un proceso más interactivo que de intervención, realizado en la institución a la que asisten, donde se toma en cuenta la cotidianidad vivida durante el proceso. Se llegó a esta categoría a través de la información dada por el sujeto principal de la investigación (sujeto

farmacodependiente con patología dual) y su grupo familiar (padre y madre) exteriorizando sus creencias, y expectativas, a raíz de las primeras impresiones del proceso, al igual que sus proyecciones al culminar el mismo.

Esta categoría se identificó durante la entrevista realizada a la madre, padre y al sujeto farmacodependiente, cuando se refirieron a la intervención de un equipo multidisciplinario en el cual se evidenció el trabajador social, como el profesional que ejecutando el primer contacto con el grupo familiar mas allá de lo médico, realizando el diagnóstico social primario, identificando no sólo el patrón de consumo y tipo de sustancia sino también incluyendo parte de la dinámica relacional de la familia.

La comprensión de la farmacodependencia asociada a la patología dual, debe realizarse desde una perspectiva integral entendida desde el paradigma biopsicosocial, para dar una respuesta coherente al estudio del caso presentado, que en esta investigación partió desde la historia social del sujeto en la institución de rehabilitación a la que asiste con su familia, pues en esa historia laborada por la trabajadora social de la institución, se refleja un diagnóstico previo de trastorno orgánico de la personalidad, elemento clave en la investigación pues a partir de ese diagnostico se pudo hablar de patología dual.

Posteriormente durante la condensación de etiquetas y el proceso de elaboración de categorías se pudo evidenciar, en primer lugar, las características conductuales del sujeto farmacodependiente con patología dual, marcadas por una frecuente hiperactividad y déficit de atención en su infancia con el desarrollo posterior de comportamientos agresivos e impulsivos debido al trastorno orgánico de la personalidad, ocasionado por una desnutrición temprana mencionada por los padres del sujeto en las entrevistas, y corroborada en el resumen de la historia social a la cual se tuvo acceso, y que fue agregada en esta investigación en el apartado de anexos.

Este Proceso de desnutrición teóricamente marca la pauta en cuanto a la vulnerabilidad biológica del sujeto farmacodependiente, en el cual se evidenció el reforzamiento de actitudes tanto positivas como negativas de su familia y en su grupo

de pares (ambos expresadas en las entrevistas) como mediadoras en el proceso cognitivo del sujeto influenciando en sus expectativas de resultados y consiguiente consumo de sustancias.

Todas las variables reflejadas en la dinámica del caso presentado son abordadas por un equipo multidisciplinario, en el cual se destacó en la investigación el rol ejercido por el Trabajador Social, iniciando el contacto inicial del equipo profesional con el grupo familiar, elaborando un primer diagnóstico social (del cual se presentó en esta investigación el resumen en anexo nº 4) hasta el posterior abordaje familiar estableciendo pautas desde el enfoque sistémico, donde el profesional busca la interacción para el reajuste de la dinámica familiar, en donde se busca es el apoyo familiar en procura de la reinserción social del sujeto farmacodependiente con patología dual, entendiendo que esta reinserción es más efectiva si se cuenta con una rehabilitación familiar a la par con el sujeto.

A partir de las entrevistas realizadas, se evidenciaron aspectos relacionados con la cotidianidad expresada por Schütz, del sujeto farmacodependiente con patología dual y la relación con su familia y su entorno social, siendo posible comprender las características más resaltantes del caso estudiado.

La farmacodependencia, presenta algunas particularidades conductuales señaladas por Becoña y Cortéz (2011), quienes explican que la pérdida de control, caracterizada, por una fuerte compulsión por realizar una conducta es la principal de ellas, sobre todo si la disponibilidad de realizar esa conducta es escasa, los autores explican que el entorno social puede inducir angustias, ansiedad y temores, teniendo como consecuencia que el sujeto no se adapte a la realidad, no sepa como comunicarse adecuadamente, y encuentra dificultad para relacionarse con los demás. Estas dificultades pueden ser similares a las de las personas que padecen trastornos psiquiátricos de base, la dificultad que tienen para adaptarse a la realidad, y aun más cuando el trastorno psiquiátrico es a edades tempranas.

A continuación se muestran aquellos segmentos de las entrevistas, que sirvieron para el análisis y consecución de los objetivos plateados; el subrayado corresponde a los elementos que justifican la elaboración de las categorías descritas. Con respecto al problema que ha sido planteado se encontró a partir de lo expresado por la madre del sujeto (cuya entrevista puede revisarse completa en los anexos nº 1) lo siguiente:

...comenzó la escuela. Desde niño siempre ha sido un niño hiperactivo, bueno y entonces empezó su primaria y entonces... este... trataba siempre de llamar la atención, se salía mucho del salón la maestra lo regañaba y con todo eso pasó más o menos el preescolar...

Más adelante la misma expuso que:

...la primaria son seis años y pasó un año en cada escuela, un año en cada escuela producto de su hiperactividad y falta de concentración, y el no acatamiento a las normas hizo de que él saltara de una escuela para otra y de otra para otra porque no lo aceptaban por el problema de conducta, se salía del salón no se centraba en lo que le decían quería siempre hacer las cosas como siempre él quería (luego continúa hablando subiendo el tono de voz) cosa que nosotros entendemos y le decíamos “así no es” “haz tal cosa” y eso fue llevarlo a psicólogos, llevarlo a psiquiatras, y eso era medicamentos para tenerlo todo el tiempo... controlado y llegó un momento en que se escapó pues, de las manos de nosotros y... ¿qué hacíamos nosotros? Patear calle con él empujando y con todo y eso pasó para segundo, para tercero, para cuarto, para quinto...

La respuesta de la madre del sujeto farmacodependiente demuestra la dificultad, para relacionarse con los demás, producto de su hiperactividad a edad temprana, el padre del sujeto farmacodependiente (cuya entrevista puede revisarse completa en los anexos nº 2) expresó sobre esta situación:

...él era muy hiperactivo tu le decías siéntate, para él... si estaba viendo televisión quería montar bicicleta, si estaba jugando con el play station quería ver televisión a la misma vez y uno le decía “no hijo haz una cosa primero y si te aburres, opta en usar lo otro” pero él no entendía, quería hacer todo a la misma vez...

El sujeto farmacodependiente durante la entrevista (la cual puede revisarse completa en anexos nº 3) expresó lo siguiente: “me portaba mal tremendo, una vez vi una niña desnuda en el baño (risas), otra vez... me entraba a golpe que con los muchachos todo el tiempo eeh... me escapa de clases era...” estas conductas de hiperactividad expresados por el padre, madre y sujeto farmacodependiente, han marcado su desarrollo desde edad temprana, siendo acompañado por otras particulares presentadas por el sujeto, he identificadas por la madre del mismo en las siguientes líneas:

...entonces tenía notas de la maestra en el cuaderno que no copiaba la tarea, copiaba lo que le daba la gana, quizá no completa, pero con las tareas si podía a veces me sentaba a hacer las tareas con él, a veces llegaba tarde a las nueve diez de la noche ¿ponerlo a hacer tarea a esa hora? Entonces era la duda de poder yo...

En determinado momento de la entrevista, el padre (al igual que la madre) mencionó una característica común de las dificultades de atención, el cual contó:

...sí, este... en ese momento nos decían que él no quería... que si tu lo sentabas en su pupitre que le tocaba a él, de repente decía que no iba hacer la tarea y lanzaba cosas, se rebelaba de una manera, e incluso si estaba algún niño haciendo su tarea él lo fastidiaba pendiente de hacerle cualquier cosa...

El mismo sujeto farmacodependiente reconoció en el transcurso la entrevista, que durante su infancia presentó dificultades de atención e incluso manifestó que aún persisten, así expresó en las siguientes líneas:

...Petra me ponía a hacer palitos chinos, todos los ejercicios de concentración, y era porque como yo me desconcentraba muy fácil, bueno tú te habrás dado de cuenta que a veces me preguntas, y yo te puedo responder rápido porque es algo que ya es normal de mi ya ¿ves?...

Estos rasgos, pueden tener origen biológico, según lo manifestaron ambos padres del sujeto, quienes explicaron que durante el proceso que conllevó la adopción de su hijo, el personal profesional que laboraba en la institución les explicó que el

niño había pasado por dos procesos de desnutrición temprana, producto del abandono de su madre biológica lo que se vio reflejado en las siguientes líneas:

...nos ofrecieron un niño, nos dieron un niño que... la mamá lo había abandonado, ¿verdad? Había pasado por varios procesos de desnutrición y bueno al niño lo volvían a llevar, lo volvían a dejar otra vez allí al centro, este... eh... paso un proceso de desnutrición y abandono hasta que, esto no los cuenta la Trabajadora Social, que su mamá lo volvió a abandonar en el centro, volvió a pasar la desnutrición y el abandono y llegó un momento en el que nosotros fuimos a los tribunales y la juez llamó a la mamá...[madre del sujeto farmacodependiente]

El padre comentó con respecto a esta situación lo siguiente:

...nosotros lo llevamos al médico, el médico lo observó de verdad de una manera, desnutrido, el tuvo dos procesos de desnutrición por parte de su mamá, de la mamá biológica que prácticamente lo abandonó lo aborrece... lo aborrece y el instituto se lo queda, porque ella lo abandonó dos veces, y después no le dan más oportunidad a la madre para que se quedara mas con él...

Estos procesos de desnutrición temprana son entendidos desde el paradigma biopsicosocial de las adicciones, como un factor de vulnerabilidad biológica que en este caso pudo ser la raíz de otros problemas físicos, y psicológicos padecidos por el sujeto de estudio, y que de alguna manera pudo condicionar el posterior consumo de drogas, que coincide con lo expuesto por Becoña y Cortez, al afirmar que las personas que han sufrido eventos traumáticos en la niñez, pueden aumentar la vulnerabilidad para un posterior consumo de sustancias. El paradigma biospicasocial no comprende en el aspecto biológico, únicamente los efectos que puede causar la sustancia en el organismo, sino que va mas allá, puesto que considera los aspectos orgánicos de la persona al momento de nacer, o las situaciones que puedan vulnerar la salud en el transcurso de su crecimiento como se evidenció en el caso estudiado, donde se consideró este factor como determinante en la vida del sujeto.

En el desarrollo del sujeto principal del estudio, surgieron otras particularidades conductuales, identificadas como violentas por parte de los padres del mismo, de los cuales la madre del sujeto expresó:

....yo después vengo observando los primeros meses todo normal, y luego empieza el drama... a mediados de año se porta mal no hace caso es grosero, le digo "vas a seguir como era antes" eso era toda las semanas me llamaban a la dirección "mira señora, que él le pega a fulano", y él nunca tenía la culpa, la culpa la tenían los demás, se salía del salón de clases no respetaba a los demás eso fue primer año, segundo año, tercer año, cuarto año... las mismas cosas de la primaria el no catamien to de las normas, yo estaba trabajando haciendo informes para el siguiente día y me avisaban que me llamaban del liceo y yo decía ¡qué pasaría ahora!, y cuando yo atendía el teléfono me decían, ¡mire señora, si usted no se presenta inmediatamente su hijo sale expulsado!...

Más adelante en la entrevista expresó:

...cuando yo quería hablar con él, ya tenía problemas de adolescente "ese es mi problema, eso no es problema tuyo" "no te metas en mis peos, yo hago lo que me da la gana" el propio niño rebelde que no quiere que lo ayude porque cree que con revisarle las tareas, con revisarle el cuarto, y su conducta estas invadiendo su espacio... entonces era el mismo problema del cumplimiento de las normas, tanto en la casa como en el liceo, y empezó a juntarse con esos "amiguitos" la cosa y eso pues...

El padre con respecto a estas particularidades surgidas en el desarrollo de su hijo dijo:

...comenzamos a tener encon tronazos con él, cuando le llamaban el representante me faltaba los respetos directamente delante de los profesores, y los profesores le decían "mira quédate tranquilo, respeta a tu papá" "él viene como tu representante pero vemos que tu quieres pasar por encima de él"...

Más adelante en la entrevista expresó:

"....bueno a mí físicamente me estaba acabando la enfermedad de él porque... yo no dormía y si dormía mi esposa no dormía yo porque teníamos que estar pendiente pues, que no fuera a agredirnos..."

Con respecto a estas conductas el sujeto principal del estudio, se encontró lo siguiente:

... “llegaba a la casa a veces rascao, ´ drogao, ´ llegaba era a dormir pero cuando mi papá me empezaba a decir “no porque tú, pin, pun pan,” “que tal, no joda”....

En esta última cita, el sujeto principal del estudio ya consumía drogas, aunque sus padres aún no conocían la situación, esta singularidad se puede entender, debido a los límites difusos que se encuentran entre los trastornos de conductas propios de una patología psiquiátrica base, y los causados por consumo de sustancia son muy parecidos, Becoña y Cortéz mencionan que estos se condicionan mutuamente. En este caso la patología psiquiátrica base es de orden “primario” debido a que se denomina así a “...los trastornos que no son inducidos por sustancias ni derivados de una enfermedad médica...”(2011: 99) y en esta clasificación encaja perfectamente con las descripciones del caso.

Parte de las particularidades del mundo de vida cotidiano del sujeto una vez desarrollada la farmacodependencia, vienen caracterizadas por la poca o nula comunicación con las figuras parentales, ocultando los inicios del consumo, como lo comunicó el sujeto durante la entrevista:

...yo... osea yo consumía, pero a escondidas, consumía siempre a escondidas, y ellos nunca lo sabían y ellos cuando se enteraron se enteraron porque yo le dije ni siquiera pensaron que yo consumía. Entonces... yo... llegaba tarde a veces del liceo y era porque estaba consumiendo...

Con respecto a esta etapa de la farmacodependencia desarrollada por el sujeto principal estudio, junto a la patología psiquiátrica el padre expresó lo siguiente:

“...él empezó a indagar... ¿Cómo te explico? A hacer cosas que como una persona que se queda sin mente, a hacer cosas fuera de contexto entonces, ¿Qué está pasando?...” más adelante comentó:

...se puso agresivo y yo en medio de mi lesión tuve que meterme y me golpearon también, entonces después que lo

logramos controlar, me metí a su cuarto y empecé a hablar con él “hijo, ¿qué te está pasando, viste hasta donde llegaste? y ¿viste que pasaste por encima de tu papá y tu mamá que no te dieron ejemplo de los que hiciste ahorita?” el me dijo “si papá, estoy metido en problemas me pasa esto y esto...” ¿y entonces qué pasa?, Me dijo estoy consumiendo droga... entonces yo le dije ya va, todo esto que tú me estás diciendo se lo vas a decir a tu mamá también...

El consumo de sustancia, como se explicó en el apartado teórico, no hizo más que potenciar los síntomas de la patología base del sujeto, agravando así los síntomas de agresividad, e impulsividad experimentados en su naturaleza.

El proceso de consumo de sustancias por parte del sujeto, viene explicado por la teoría de Bandura quien introduce el aprendizaje “vicario” o de modelos, quien describe el proceso en el cual las personas aprenden o adoptan determinadas conductas, según las expectativas de resultado que estas generen en las mismas. El sujeto explicó con respecto al inicio del consumo de drogas lo siguiente:

“...fumé primero empecé fumando, fumando, hasta que me empezó a gustar como yo veía que a las muchachas le gustaban los chicos que fumaban, y broma, yo era entonces como el más popular de eso grupos...” mas adelante comenta lo siguiente:

...me la ofrecieron, los mismos muchachos con los que yo andaba, uno de ellos era vendedor de droga saco una paca e marihuana y dijo “chamo, ve acá la marihuana es mejor que el cigarrillo” yo le creí yo le dije vamo a fumar cuando fumé, al primer momento sentí un mareo así se me nubló los ojos y... empecé a toser... y a vomitar... pero me gustó la broma y empecé, “se hombre que tal” y empecé (se lleva las manos a la boca simulando el consumo) ahí fue cuando empecé a fumarla...

Las expectativas de resultado, tienen un peso importante al momento de la mediación a la acción como explica Bandura, debido a la percepción de que una conducta producirá ciertos resultados. En el caso estudiado se pudo evidenciar el atributo positivo que el sujeto da a la sustancia, dada a que esta conducta de consumo “atraía a las muchachas” consiguiendo un estatus “popular”, esta conducta puede ser

afectada por actores externos y en este caso fue reforzada recibiendo la aprobación social del grupo de pares con expresiones como “se hombre que tal” afianzado así la creencia en el sujeto de que las drogas le permitían reforzar su masculinidad frente a los demás.

La teoría de Bandura asume, que las cogniciones específicas sobre la droga son los factores más importantes del uso inicial de las sustancias en las personas. El uso inicial de las sustancias, se originaría en las actitudes y conductas específicas que puedan tener los grupos a los que pertenezca la persona, sobre la sustancia que sirvieron como un modelo de rol para el sujeto. Esto ocurrió a través de las fases de observación e imitación, reforzamiento social y expectativa, en este caso del sujeto de estudio, de las consecuencias sociales y fisiológicas positivas para el futuro.

Las características presentadas por una persona que desarrolla patología dual, no son fáciles de observar debido a que los síntomas socialmente visibles, (agresividad, rebeldía, impulsividad en las relaciones con los demás) son muy parecidos a los síntomas presentados por los farmacodependientes que se encuentran en fase aguda, es decir, aquellos cuyo desenvolvimiento social gira en torno a la búsqueda de la sustancia. El consumo de sustancias en la persona que presenta una patología psiquiátrica de base, se puede entender desde la teoría cognitiva social de Bandura, como la manifestación de un amplio conjunto de conductas problema (propias de la condición) o no convencionales, que se desarrollan en el contexto de un vínculo social débil, que se mantienen a través del aprendizaje social y las eventualidades del entorno en su desarrollo.

Parte de lo expuesto en líneas anteriores, se encontró en el caso estudiado, al percibir a la familia como un sistema abierto, relacionando e interactuando constantemente con otros sistemas. En cuanto a la interacción entre los miembros de la familia se observó en las entrevistas, lo expuesto por Quintero Velázquez, debido a que esta familia buscaba un funcionamiento le permitiera desarrollarse, cada uno desde su individualidad y a la vez mantenerse integrados como unidad en busca de objetivos comunes.

Como se dijo en líneas anteriores, la teoría cognitiva social de Bandura, da gran importancia los procesos de la conducta que actúan como modelaje interviniendo en los procesos de cognición para aquella persona que los observa. Esto se evalúa operativamente a través del reforzamiento, que no es más que la consecuencia inmediata de una actuación específica. Este reforzamiento se presentó en la verbalización de los integrantes de la familia del caso estudiado, y entre los cuales estuvieron:

La madre del sujeto expresó:

...fue... como se llama... eh... muy duro, fue muy duro porque en esa etapa yo estaba trabajando estaba estudiando, en la universidad sacando la carrera de administración entonces tenía que dedicarme a la casa, a la carrera, y al niño, entonces... ¿qué hacía yo? trabajaba todo el día hasta las cuatro de la tarde después iba a la universidad, y después que llegaba a la nueve diez de la noche era que me dedicaba a él...

Más adelante en la entrevista expresó:

...este... yo te voy a ser sincera, ¿verdad? la comunicación no era así tan fluida por lo mismo que te estoy explicando, de que trabajaba todo el día y mi otra responsabilidad, estudiar, trabajar... ir a la universidad y atender al niño en eso a mí se me fueron todos los... que digamos todo el preescolar y todo lo que fue la primaria de él se me fue el tiempo en eso, en tratar de asar esos tres conejos digámoslo a sí...

El padre del sujeto expresó lo siguiente:

...me dice “señor yo quiero que usted pase adelante porque yo quiero hablar con usted” yo le conteste así “mire, conmigo no va a hablar usted va a hablar es con mi esposa, porque yo no estoy en la altura de hablar con usted porque usted es un profesional yo soy un profesional pero del volante a lo mejor el dialogo mío va a ser muy fuerte, yo voy a preferir que usted hable mañana con mi esposa.”...

Estos fueron ejemplos a través de la acción, de lo que propone Bandura como reforzamiento negativo de patrones de conducta, proporcionando consecuencias vicarias negativas al sujeto, es decir, la conducta de los padres no únicamente como

modelado, sino también las consecuencias de ellas influyeron en los factores de aprendizaje en este caso del sujeto principal. Por otra parte, se evidenció en las entrevistas otro de los elementos que considera Bandura como lo son los reforzadores positivos de conductas, es decir, aquellos estímulos que aportaron consecuencias positivas que beneficiaron al desarrollo del sujeto principal, al respecto se encontró:

...yo pienso que, primero que todo son caballeros y porque el papá fue el que más tiempo le dedicó de niño, porque su papá estaba toda la tarde y parte de la noche con el niño, era quien lo iba a buscar al colegio, era quien le servía la comida, era quien le preparaba las tres comidas porque a mí no me daba tiempo de prepararle las tres comidas el día anterior ¿verdad?, la comunicación entre ellos ha sido más fluida tanto así que viene desde el origen tanto así que cuando el niño llegó a nuestras vidas, él le extendió los brazos primero al papá, pero quizás también porque ha sido el que atendido más tiempo para compartir.... [“madre del sujeto]

El padre expresó lo siguiente:

...tú no puedes hacer lo que tú quieres tienes que estar pendiente de lo que te decimos yo le decía, “mira papá, ellos te están viendo, y yo también te estoy viendo y lo estás haciendo mal” él me decía molesto ¿no, tu no crees en mí! “si creo en ti, por eso es que te quiero corregir para que ellos te vean, para que ellos vieran que tu lo estás haciendo bien, y ellos te puedan enseñar” pero yo no puedo pasar por encima de ellos son tus instructores de deporte...

Estos reforzadores, de conducta son considerados como positivos debido a la influencia positiva implícitas en ellas, especialmente de parte del padre del sujeto. Un reforzador con cualidades positivas es sinónimo de recompensa, es decir la persona que la observa es motivada a imitar y obtener los beneficios de esa conducta que en este último ejemplo se entendió como disciplina.

El sujeto principal del estudio reconoció durante la entrevista los reforzadores positivos de conductas, al respecto expresó cuando se le preguntó en si sus padres le reconocías sus acciones, “...si me reconocían me daban cosas me daban paseos...” dando más adelante en la entrevista un ejemplo clásico del condicionamiento operante: “...me daban cosas, paseos, pero cuando no hacía nada me castigaban

severamente pues...”, el condicionamiento operante lo incluyó Bandura en su teoría aunque explica, que en principio solo lo trata en un papel de refuerzo directo, Puesto que el mantenimiento de la conducta imitativa dependen mucho de las consecuencias de la respuesta para el modelo, considerando que el aprendizaje social debe dar cuenta también del papel del refuerzo vicario o de observación, es decir, por el cual se modifica la conducta de un observador en virtud del refuerzo administrado al modelo.

La teoría de Albert Bandura, se complementa con la perspectiva fenomenológica de Schütz y que se cumple en este caso, debido a que el mundo de vida cotidiano y las vivencias de los padres, afectaron el desarrollo del sujeto principal del estudio, e igualmente este ultimo afectó la vida de los padres cumpliéndose así el principio de reciprocidad que explica Schütz. La transmisión de creencias y valores desde el punto de vista de quien las vive se vio reflejado en los siguientes párrafos donde la madre del sujeto expuso:

...a mí para que yo te de un abrazo o un beso es porque me nace, tú dirás que quizás peco por indolente pero... ¿qué es lo que pasa con él? Yo lo acostumbre a trabajar, yo no soy una persona de vente a abrazarte porque eres mi hijo darte besos y bañarte todo, no, yo no soy así porque a mí me enseñaron el amor, de otra manera para mí el amor es... ayudarte, ayudarte que tengas tu ropa, ayudarte que tengas tu alimento, ayudarte a que tu tengas tus medicinas, para que tú tengas todo lo que tienes que hacer ¿pero yo darte un abrazo? ¿verdad?, Tengo que sentirlo, demasiadas ganas, cuando él estaba pequeño si lo hacía, constantemente si lo hacía cuando él fue creciendo todo el mundo de vida que yo me esforcé para brindarle una mejor calidad de vida para que no pasara lo que yo en aquel entonces...

Con respecto a las vivencias transmitidas desde el punto de vista del padre se encontró:

...nosotros nunca le negamos el amor, cuando tú te das cuenta que alguien te tiende la mano y tú te apoyas de ella eso es amor hijo, no lo consideres que es algo obligado porque si tú lo tomas de esa manera lamentablemente nunca vas a tener éxito en nada, uno tiene que ser humilde donde

quiera que este, no sé... de donde él... mucha gente me dice “no eso lo aprendió en...” eso es mentira porque sino entonces por lo que me pasó a mí, entonces yo fuera una persona... no tuviera... humildad de nada porque a mí, mi padre nos tiró al abandono como si fuéramos... sin embargo los que estuvimos hasta lo último hasta que se murió mi papá fue eso, el carajo nunca nos quiso buenos sin embargo nos permitió comer cuando se murió nos dejó unas hectáreas... Yo le digo a mi hijo yo no sé porque tú fuiste así, porque nosotros nunca te lo transmitimos...

Según Schütz y Luckmann (2003), el mundo de la vida cotidiano es el contexto experimentado por un sujeto que actúa e interactúa con las demás personas. A través de las entrevistas se pudo comprender que el sujeto se vio influenciado principalmente por sus padres, y luego por los demás actores de un entorno, no solo por sus acciones sino también a partir de sus creencias transmitidas.

Becoña y Cortéz, explican que las personas que presentan patología dual, al momento de acudir a la rehabilitación, poseen un mayor riesgo de recaídas en principio, por la vulnerabilidad biológica presente, tomando también en cuenta que las variables psicológicas y sociales son decisivas en la aparición frecuente de episodios de violencia e impulsividad, lo que dificulta el proceso de reinserción social de las personas que presentan esta condición. Con respecto a esto, el sujeto principal dijo lo siguiente:

... si supieras hasta practicaba las normas hasta... cuando yo decidí cambiar mi vida y no dar un paso atrás (pisa fuerte el piso) a veces yo quiero dar pa’ atrás pero no puedo sino me caigo, sino me caigo, entonces... yo llegué aquí... yo sé que llegué un diciembre, un noviembre-diciembre el venti-algo y voy a cumplir dos años aquí, en el servicio de tratamiento tengo un año bueno...

El sujeto hace alusión a las pautas del tratamiento recibidas en el centro de rehabilitación en cuanto a las normativas a cumplir, a través de la terapia bajo un enfoque sistémico, que permite la interacción y el reajuste familiar, como explica Quintero Velázquez (2004), quien afirma que los profesionales que trabajan con las familias deben manejar elementos teóricos y cognitivos para entender su funcionamiento y diferenciar reglas, normas y procesos normales inherentes al

desarrollo del sistema familiar. Las pautas de tratamiento mencionadas por el sujeto farmacodependiente están destinadas a interactuar con la naturaleza disfuncional, la perturbación que ha habido en su familia en cuanto el funcionamiento de las normas y límites.

Con respecto a la incorporación al tratamiento, por parte de la madre del sujeto se pudo conocer que:

...fueron tiempos si se quiere difíciles por como él llegó, y las cosas que nos decían, entenderlas fue como vivir un shock tanto así, que hubo momentos en el que él se alteraba porque quería seguir como antes pero le recordábamos las normas y vuelvo y repito las normas, de venir desobedeciendo a venir a obedecer normas, que aquí se viene a respetar normas de una institución ¿verdad? Para poder proseguir con el proceso tanto de él como de nosotros...

Por su parte, el padre del sujeto indicó:

...nos dieron las pautas que teníamos que continuar que teníamos que trabajar, trabajar, trabajar y si hemos conseguido mejoría este... ya estamos más tranquilos, si ha habido sus fallas pero como llegamos físicamente deteriorados para acá, deteriorados por la enfermedad de él, si es verdad lo aceptamos como enfermedad que destruye a la familia y... como tal, hay que atacarla como familia, porque cuando se ataca individualmente no se consiguen las mejoras...

Como explican Becoña y Cortéz para las personas que presentan patología dual, es necesaria la participación activa en el proceso de rehabilitación, debido a que los pacientes que presentan esta condición son difíciles de mantener y motivar al tratamiento, teniendo en cuenta que estas personas no presentan las mismas capacidades que el resto para gestionar las tareas destinadas a incentivar los procesos de cambio. Con respecto a las dificultades de tratamiento el sujeto principal dijo: “...Eso fue en un diciembre exactamente, recaí... me escapé de la casa me pinté de colores y me fui a buscar a un camionetero que es amigo mío, “vamos a comer cochino” y fuimos y comimos cochino, ahora vamos a gueler (oler)...”

La recaída mencionada por el sujeto principal viene a confirmar lo expuesto por Becoña y Cortéz, sobre la vulnerabilidad que tienen las personas con patología dual que les dificulta trabajar la “conciencia de enfermedad”, existiendo como se expresó en líneas anteriores grandes posibilidades de recaídas, o de deserción de rehabilitación,

...hubo un momento en que él no quería venir para acá, y yo me puse a llorar dije que iba a llamar a los tribunales, hablé con una terapeuta y me dijo “tranquila que él va a volver” y el volvió al tratamiento porque le dije ¿tú te quieres curar? Tienes que ir a la terapia... [madre del sujeto]

Con respecto a estas dificultades el padre de sujeto expuso:

...yo siempre se lo digo a mi esposa no creas que esto es de un día para otro porque el doctor mismo nos dijo, “mira, esta enfermedad es fuerte pero tienen que ir seguro con paso firme” y eso es lo que tenemos que hacer trabajemos, trabajemos, trabajemos y si esto...

Becoña y Cortéz con respecto a las dificultades de adaptación explican que un paciente farmacodependiente que no presenta patología dual, probablemente pueda seguir instrucciones terapéuticas, y beneficiarse rápidamente de la interacción presente en el proceso de tratamiento, pero que esto no es generalizable a los casos de patología dual, porque, por ejemplo los episodios estresantes o las confrontaciones terapéuticas desde un enfoque sistémico que busquen movilizar la persona de su situación actual, pueden influir negativamente, esto se comprobó durante la entrevista al sujeto principal quien mencionó: “...era muy prepotente no me podían decir una cosa mala porque una vez estuve tirando la puerta, tirando la silla...”

Las personas que presentan conjuntamente farmacodependencia y un trastorno psiquiátrico requieren de una intervención integral que atienda de forma globalizada las problemáticas añadidas que presentan frecuentemente, siendo posible desde un enfoque sistémico, al incluir a la familia en el proceso de rehabilitación social, se trabaja desde el modelo biopsicosocial, tratando de dar respuesta integral y personalizada al amplio abanico de demandas tanto del sujeto con patología dual y su grupo familiar.

Desde el trabajo social, la visión de la farmacodependencia asociada a la patología dual, debe estar orientada en las estrategias de abordaje durante las primeras fases de intervención, tomando en cuenta siempre la respuesta del sujeto y su familia en un primer momento, el no acatamiento de normas, la dificultad para seguir pautas, las recaídas, tanto por sustancias como conductuales presentadas por el sujeto farmacodependiente deben ser tomadas como un indicadores de patología dual.

Dada la complejidad del caso, el abordaje la patología dual es realizado integralmente desde un equipo multidisciplinario en donde el trabajador social como explican Bermejo Gutiérrez y otros (2012), participa activa y fundamentalmente desde lo social, identifica las necesidades, la situación social del sujeto y su familia, recursos de apoyo con los que cuenta el grupo familiar y los más adecuados a utilizar durante el proceso terapéutico.

Con respecto a los cambios asumidos durante el proceso terapéutico el padre del sujeto reconoce que:

...es bastante de verdad la mejora, vamos a decir que llevamos del cien por ciento un... treinta por ciento, porque recuerda que, y yo siempre se lo digo a mi esposa no creas que esto es de un día para otro porque el doctor mismo nos dijo, “mira, esta enfermedad es fuerte pero tienen que ir seguro con paso firme” y eso es lo que tenemos que hacer trabajemos, trabajemos, trabajemos y si esto...

Los cambios asumidos por la madre del sujeto fueron expresados de la siguiente forma:

“...Para poder proseguir con el proceso tanto de él como de nosotros...” mas adelante expresa: “porque queremos curarnos porque queremos salud para él y para nosotros porque queremos ser familia este... feliz.”

El sujeto principal del caso expresó con respecto a los cambios durante el proceso:

...yo si he sentido el cambio en mi... porque yo antes era muy impulsivo, era muy grosero hablaba mucho calé, sigo hablando calé, pero poco a poco lo voy mejorando

no soy perfecto pero trato de llegar a la perfección de hacer bien las cosas, este... eh...

Más adelante el mismo expresó:

...Te soy sincero, honestamente, he cambiado mi estilo de vida ya no consumo, cuando veo la cuarentena me pongo las gringolas una vez me saludó la cuarentena me llegó así en una moto ¡juas! “epa caraota” yo ¿Qué paso? “epa que tal, que pin, pun, pan” y me pone así la marihuana y yo lo que dije fue “hermano, si usted me quiere seguir tratando déjelo hasta aquí porque yo no consumo” me dijo “si que eres pajuco que eres una fresa, que tal” no le paré...

El objetivo que se persigue en cuanto a la rehabilitación social es el de “...conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias...” como explican Bermejo Gutiérrez y Otros (2012), donde el Trabajador Social debe demostrar destreza en el manejo de técnicas y estrategias terapéuticas que ayuden a reordenar la interacción de el grupo familiar hacia una dinámica más adecuada.

Durante la realización de las entrevistas se pudo evidenciar el enfoque sistémico en las pautas de interacción asumidas por el grupo familiar debido a que en un principio el grupo familiar acude al centro de rehabilitación a tratar el problema de consumo de sustancia del sujeto principal, pero posteriormente se observó en su discurso, como al hablar de este proceso de rehabilitación una vez asumido tanto la madre y el padre del sujeto dejan de hablar del tratamiento del él, (sujeto farmacodependiente con patología dual) para hablar del proceso de “nosotros” incluyéndose ellos activamente en la dinámica de rehabilitación y reinserción social.

Para el trabajo social el manejo de personas con patología dual implica el buscar mejorar y mantener principalmente las relaciones familiares adecuadas y satisfactorias principalmente en función del sujeto, y que al culminar el tratamiento la familia funja de apoyo permanente en el proceso de reinserción social y autonomía.

Por último Bandura (1986), explica en su teoría cognitiva social, que las percepciones que tenga la persona de su autoeficacia, influyen notoriamente en el cambio de conductas socialmente aprendidas, en las cuales la percepción inadecuada

de las capacidades del mismo puede limitar el logro, y evidentemente conducir al fracaso. Esta es una de las razones por la cual la teoría de Bandura, es ampliamente aceptada para explicar el consumo de sustancias.

En el caso presentado en donde el sujeto principal del estudio presenta patología dual, fue determinante el uso de esta teoría puesto a que las personas que presentan esta condición necesitan un mayor nivel de atención y especialización profesional, debido a que estas realizan cambios conductuales lentamente incluso cuando la persona presenta una abstinencia prolongada de la sustancia, se hace necesaria la participación activa de la familia durante el proceso de rehabilitación como se evidencio en las entrevistas realizadas, ya que los miembros de la familia representa el primer modelo de aprendizaje social que tiene la persona, y es necesario que realicen cambios conjuntamente como sistema para lograr un cambio sostenido del estilo de vida del sujeto farmacodependiente con patología dual.

CAPÍTULO V

REFLEXIONES FINALES

Reflexiones finales

El consumo de drogas es una realidad global, que puede afectar a todas las personas sin distinción de raza, ni condiciones socioeconómicas. Venezuela no escapa de esta realidad, que cada vez afecta a la población más joven del país, por tanto para el autor de esta investigación resulta importante la participación del trabajador social en todos los ámbitos de esta problemática, ya sea en el área de la prevención, tratamiento, o reinserción social de las personas afectadas por esta enfermedad, es decir, la farmacodependencia.

A pesar de que la investigación desarrollada se hizo desde un enfoque social y específicamente desde el trabajo social, fue necesaria para la comprensión real del problema, entenderlo desde el paradigma biopsicosocial de las adicciones, pues este ofrece una visión integradora, tomando en cuenta en primer lugar, los factores biológicos de las personas, que comprende desde las vulnerabilidades de orden cognitivo hasta los efectos bioquímicos de las sustancias, los aspectos psicológicos que considera las percepciones individuales que tenga la persona acerca de la sustancia, y el aspecto social que concierne con todos los entornos sociales en el que se desenvuelve la persona con todos sus sistemas de creencias y valoraciones. Una de las consideraciones que se tomaron, al momento de elegir este paradigma fue que el mismo rompe con los esquemas anteriores en los cuales se considera al farmacodependiente como un sujeto pasivo, objeto de análisis en los cuales es tratado como paciente observador; en cambio en este paradigma biopsicosocial, el sujeto procede a ser un participante y promotor de su propio proceso de recuperación.

A partir de la realización de la investigación, se logró un acercamiento a través del estudio de caso a una familia en la cual uno de sus miembros es farmacodependiente, y durante su estudio se encontró otra particularidad, y es que este sujeto además de farmacodependiente, posee un diagnóstico por trastorno orgánico de la personalidad con lo que pasaría a denominarse patología dual. Esta información se obtuvo a través de la historia médica del mismo, la cual pudo ser revisada para esta investigación respetando siempre la confidencialidad en cuanto a

los nombres del sujeto y su familia. A partir de allí, se pudo conocer el caso estudiado, y a través del análisis de las entrevistas fue posible dar respuesta al objetivo general de la investigación, el mismo quedó enunciado como “Comprender, en Venezuela, un estudio de caso de farmacodependencia asociado a la patología dual, desde el trabajo social, durante el siglo XXI.”

Tal como se presenta en el objetivo principal de la investigación, se procuró “comprender”, pues bien, este objetivo se logró a partir de la integración de las teorías y enfoques explicativos del problema, que permitieron una visión global, enfocada en lo social, compartida desde la cotidianidad de los sujetos que la viven, plasmado durante todo el proceso que comenzó con la selección del caso, las conversaciones con el personal terapéutico del centro al que asiste la familia afectada y directamente de ella a través de las entrevistas a cada uno de sus miembros para su posterior contraste e interpretación con las teorías seleccionadas para la interpretación del caso.

En el primer objetivo específico, se quiso describir algunas características del sujeto farmacodependiente con patología dual, vale destacar que estas características conductuales se describieron desde lo social, es decir, los elementos conductuales resaltantes del sujeto principal de estudio en sus entornos más próximos (familiar, escolar) a partir de las entrevistas realizadas. Becoña y Cortéz (2011), explican que el desenvolvimiento social conductual del farmacodependiente, esta caracterizado por la falta de control, y una fuerte compulsión por llevar a cabo una conducta particular (consumir droga) que ha sido reforzada como explica Bandura (1986) por la valoración positiva que el sujeto da a la sustancia, y por las expectativas de resultados en su entorno, la búsqueda de la sustancia, y los efectos que esta causa en el organismo producen alteraciones en el estado de ánimo, desencadenando episodios agresivos e impulsivos en el sujeto consumidor.

En el caso estudiado, se encontró que estas características de la farmacodependencia en el sujeto, se solapan con los propios de su condición, puesto

que el mismo desarrolló una patología psiquiátrica totalmente independiente (trastorno orgánico de la personalidad), como se pudo constatar en la historia del médica y a la historia social, a la cual se tuvo acceso para la realización de esta investigación, producto de dos procesos de desnutrición a temprana edad, a los que los padres hacen referencia en las entrevistas, es importante señalar que el sujeto principal de estudio ignoró por completo esta información. Pues bien esta patología desarrollada a temprana edad favoreció al desarrollo de conductas particulares que fueron identificadas a través de la entrevistas como hiperactividad, y dificultades de atención, e impulsividad que han estado presentes a lo largo de su desarrollo, con episodios cada vez más constantes de agresividad.

Estas conductas propias de su condición, se confunden con las características propias de la farmacodependencia, pero esta última potenció aun más las conductas de agresividad e impulsividad, por los cambios biopsicosociales de la sustancia al interactuar e intoxicar el organismo del sujeto.

El segundo objetivo específico se quiso entender la dinámica relacional familiar del sujeto farmacodependiente con patología dual, para lo cual se utilizó como base la teoría cognitiva social de Albert Bandura (1986), la cual toma en consideración los procesos de aprendizaje clásico y operante, y demás hace énfasis en el aprendizaje vicario, o de modelos para explicar cómo ciertas conductas son aprendidas por medio de la observación, y como en el proceso intervienen la autoeficacia y la expectativa de resultados en la adquisición y mantenimiento de conductas.

A través de las entrevistas realizadas a los padres y al propio sujeto, se pudieron evidenciar todos los elementos insertos en la teoría de Bandura, en cuanto el aprendizaje de conductas a través de modelado.

A través de las entrevista realizadas, principalmente al sujeto farmacodependiente, se pudo evidenciar como este, fué influenciado por su grupo de pares para el momento de consumir drogas pues las expectativas de resultados ante

esta eran favorables ya que le permitían ser aceptado y la conducta era reforzada por el estatus que el consumo le daba ante estas personas.

Como explican Schütz y Luckmann (2002), las experiencias en el “mundo de vida cotidiano” son intersubjetivas, aquello que se experimenta de forma individual influye en los demás, y viceversa, es así como las conductas, los sistemas de creencias y valores de los padres fueron transmitidos al sujeto, influenciando su desarrollo y su actuar, y posteriormente las conductas de consumo aprendidas a través de un proceso vicario influenciaron negativamente en el entorno familiar del sujeto, cumpliéndose así el principio de reciprocidad expuesto por Schütz.

En el tercer objetivo específico se planteó, conocer la expectativa del tratamiento de la familia del caso estudiado. Esto se logró a partir de la experiencia propia de los sujetos involucrados, como bien se señala en el paradigma fenomenológico, y en el que también se pudo identificar el modelo sistémico en el abordaje terapéutico como elemento clave, dadas las características del sujeto farmacodependiente con patología dual, que son en esencia diferentes a las de un farmacodependiente promedio.

En las entrevistas se evidenció la conflictividad tanto del sujeto principal, como de su familia de adaptación al tratamiento esto explicado por Becoña y Cortéz (2011), viene referido por la dificultad de las personas con patología dual de adherencia al proceso.

el abordaje de la farmacodependencia desde el trabajo social, implica reconocer que la persona que consume drogas está enferma, y con múltiples carencias a nivel, personal, familiar, y social, con lo que la tarea inicial debe ser la evaluación primaria del sujeto y su familia utilizando una “sensibilidad instrumentada” como explica Becerra (1978), para crear un vínculo terapéutico estable, en procura de una apertura hacia el inicio de un proceso terapéutico por parte del el sujeto farmacodependiente y su familia.

El abordaje desde el trabajo social de la patología dual, implica la intervención desde un enfoque sistémico, pues más que una intervención se busca una interacción en el grupo familiar que permita reorganizar su estructura. Además se busca orientar en cuanto al conocimiento y manejo de ambas patologías en el grupo familiar.

La atención biopsicosocial de las personas no puede prescindir de la atención terapéutica y viceversa, en este sentido, es necesario el establecimiento de equipos interdisciplinarios con un perfil cónsono a la experiencia y capacitación en manejo de la farmacodependencia y de todas las implicaciones que esta condición posee.

La farmacodependencia expresa las carencias emocionales y afectivas de los sujetos, quienes proceden de hogares permisivos, o violentos, donde se trabaja poco la autoestima y la formación en valores; razones ampliamente difundidas en la literatura como causas de fracasos tanto en la esfera personal como profesional y, particularmente, como factores predisponentes hacia la adquisición de conductas inadecuadas y un posterior consumo de drogas.

El Trabajo social no está enfocado únicamente a la atención de las personas farmacodependientes, o que presenten patología dual, va mucho más allá, pues la profesión capacita al profesional en el trabajo con la familia quien se ve severamente afectada por la enfermedad, además esta luego de asimilar el proceso terapéutico, se convierte en el principal apoyo del profesional para lograr la reinserción social del sujeto farmacodependiente con patología dual.

Recomendaciones

El estudio de la farmacodependencia no solo implica preparación académica profesional, sino que también se debe tener un compromiso personal para profundizar en el área por lo complejo que resulta el problema del consumo de drogas.

Luego de todos los elementos abordados desde el trabajo social sobre farmacodependencia y patología dual, surgieron otras propuestas a partir de la propia investigación, sin embargo se proponen como posibles temas para investigaciones futuras, relacionadas al área. A continuación se describen las ideas concebidas a partir el proceso de investigación:

- Pautas de intervención desde el trabajo social para personas con patología dual, es decir, diseñar un protocolo de intervención y acompañamiento para las personas que presenten esta condición y sus familiares.
- Recreación en la inserción social de las personas farmacodependientes: generar nuevos conceptos asociados al disfrute desde un estilo de vida saludable, procurando la desvinculación del consumo de sustancias con actividades recreativas.
- Prevención del consumo de drogas desde el Trabajo social: diseñar propuestas dirigidas a comunidades con alta vulnerabilidad (personas en situación de calle, exclusión social entre otros) hacia el consumo de sustancias.
- Sexualidad y farmacodependencia: conflictos que se derivan en la sexualidad de las personas farmacodependientes.
- Adolescencia y consumo de drogas: pautas de abordaje y tratamiento para esta población, debido a los cambios culturales en la actualidad y la penetración de sustancias alteradas genéticamente, como la marihuana transgénica o “creepy”, que ocasiona un deterioro más

rápido de la salud, y amerita un abordaje integral adecuado a el contexto actual.

- Consumo de drogas por parte de la población transgénero: la discriminación y el estigma padecidos por esta población que resulta en una propensión a padecer de episodios de violencia, y consumo de sustancias.
- Infecciones de Transmisión sexual y su relación con el consumo de sustancias: como ciertas prácticas de consumo resultan de alto riesgo para la adquisición de enfermedades, como prescindir de protección anticonceptiva.
- Consumo de drogas por parte de adultos mayores: Las medicinas ocupan un lugar central en la vida de muchos adultos mayores, que puede trascender su aplicación controlada con fines terapéuticos, y cuyo uso, muchas veces compulsivo, termina generando abuso y dependencia.

Todas estas ideas se gestaron producto, del análisis del caso estudiado, la revisión bibliográfica, las entrevistas realizadas, y las inquietudes del investigador referentes al tema.

CAPÍTULO VI
FUENTES CONSULTADAS

Fuentes Consultadas

- ANDER-EGG, E. (2009). *Diccionario del Trabajo Social*. Caracas: CNU-OPSU.
- ARANCIBIA, V., HERRERA P. y STRASSER, K. (1997). *Manual de Psicología Educacional*. Chile: UC.
- ARIAS, F. (1999). *El proyecto de investigación: Guía para su Elaboración*. Caracas: Episteme.
- ARNOLD, M. y OSORIO, F. (1998). *Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas*. Cinta Moebio, Revista de Epistemología de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. (3) pp. 40-49.
- ARISTIGUIETA, O. (2012). *La comunidad reeducativa-terapéutica. Un espacio para drogadictos recuperables*. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- ARRIAGADA, I. y HOPENHAYN, M. (2000). *Producción, Tráfico Y Consumo De Drogas En América Latina*. Santiago de Chile: División de Desarrollo Social de la CEPAL.
- BANDURA, A y WALTERS, R. (1974). *aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. España: Alianza.
- BALESTRINI, M. (2006). *Cómo se elabora el Proyecto de Investigación*. Caracas: BL Consultores Asociados.
- BAQUERO, A., LUCAS, M., SANZ, A., ALIAGA, M., Y HARO, G. (2014). *Manual para Familiares de Enfermos de Patología Dual*. Castellón: Fundación Hospital Provincia de Castellón.
- BECERRA, R. (1978). *Trabajo Social en Drogadicción*. Buenos aires: Ecro.

- BECOÑA, E. y CORTÉZ, M. (Comps). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Plan Nacional sobre la Drogas.
- BECOÑA, E. (1999). *Bases Teóricas que sustentan los Programas de Prevención de Drogas*. Universidad de Santiago de Compostela: Plan Nacional Sobre Drogas.
- BECOÑA, E. (2003). *Bases Científicas de la Prevención de Drogodependencias*. Universidad de Santiago de Compostela: Plan Nacional Sobre Drogas.
- BERMEJO, GUTIERREZ., M. Y OTROS. (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones*. Madrid: Instituto de Adicciones.
- CERDA, H. (1991). *Los elementos de la Investigación*. Bogotá: El Búho.
- Chile Ministerio del interior Subsecretaría del Interior CONACE (2008). *Glosario de Drogas*. Santiago de Chile: Autor.
- DAMMERT, L. (2009). *Drogas e inseguridad en América Latina: una relación compleja*. Revista Nueva Sociedad, N° 222. pp. 112-131
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*, (22nd ed.) Madrid, España: Autor
- ENGEL, G. (1999). *De lo Biomédico a lo Biopsicosocial*. Revista Dimensión Humana volumen 3, Número 3 pp. 14-34
- FUNDARIBAS Fundación José Félix Ribas. (2012). *Estadísticas (2005-2011)* caracas. Autor.
- Fundación Argia (2011). *Buenas Prácticas para la Inserción Social de personas con Patología Dual*. Gobierno Vasco: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales.

- GÓMEZ, E. y MILLÁN, L. (2002). *La Comunidad Espacio Para la Prevención*. Manual Para el Trabajo Comunitario en la Prevención Integral del Consumo de Drogas. Caracas: CONACUID.
- GÓMEZ, E. y MILLÁN, L. (2005). *Prevención: los Jóvenes Asumen el Reto*. Caracas: CONACUID.
- GRANERO, S., HERAS, P., PADILLA, B., PEDRERO, L., SANEIRO, G., SANTOS, F., VERDUGO, P. (2015). *El Modelo Bio-Psico-Social en el Abordaje de las Adicciones como Marco Teórico (MBPS)*. Madrid: Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre.
- GUZMÁN, C. y LÓPEZ S. (2007). *Medicina Social “Drogas ilegales y el rol del trabajo social.”* Facultad de Trabajo Social: Universidad De La Plata.
- IZQUIERDO, C. (1992). *la Droga un problema familiar y social con solución*. Bilbao: Mensajero.
- KORT, F. (2011). *Manual de Emociones*. Caracas: Alfa.
- KORT, F. (2003). *Psicoterapia Conductual y Cognitiva*. Caracas: los libros de El Nacional Colección Minerva nº 18.
- LARRIBA, J., DURAN, A. y SUELVE, J. (2006). *Moneo, Programa de Prevención Familiar de Consumo de Drogas*. Barcelona: Promoción de Desarrollo Social.
- Ley Orgánica de Drogas. (2010). Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela N⁰ 39510 de fecha septiembre 15, 2010 y reimpressa por error material según G.O. N⁰ 39546. Noviembre 5, 2010.
- LODO-PLATONE, M. (Comp.) (2002). *Familia e Interacción Social*. Caracas: Comisión de estudios de Postgrado, Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Central de Venezuela.

- LÓPEZ, R. y DESLAURIERS, J.P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Revista Margen* N° 61 pp. 1-19
- MARTÍNEZ MIGUELEZ, M. (2006). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. México: Trillas.
- MATERAZZI, M. (1985). *Drogadependencia*. Buenos Aires: Paidós.
- National Institute On Drug Abuse (NIDA) (2008). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento: la Ciencia de la Adicción. (Versión en español)*. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- NAVARRETE, J. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*: México.
- Oficina Nacional Antidroga (ONA) Observatorio Venezolano de Drogas (OVD) (2008-2013). *Informe Sobre La Caracterización del Consumo de Drogas en Pacientes Atendidos en Centros de Tratamiento y Rehabilitación a Nivel Nacional Durante el Año 2009*. Caracas: Autor.
- Oficina Nacional Antidrogas (ONA) (2010). *Manual Práctico de la Prevención Integral del Consumo*. MPPRIJ/ONA
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2003). *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas*. Nueva York: ONU.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2012). *Informe Mundial Sobre Las Drogas 2012*. Viena: Resumen Ejecutivo.

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2014). *Informe Mundial Sobre Las Drogas 2014*. Viena: Resumen Ejecutivo.
- Organización de Estados Americanos (OEA) (2012). *Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013 – 2025*. Cumbre de las Américas de Cartagena de Indias.
- Organización de Estados Americanos (OEA) (2013). *El Problema de las Drogas en las Américas*. Washington DC: Secretaría General.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1969), *Comité de de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. Ginebra: Informe 16 serie de informes técnicos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1973), *Comité de de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. Ginebra: Informe 19 serie de informes técnicos.
- Organización Panamericana para la Salud (OPS) (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*. Washington DC: Autor.
- PALOMAR, V y SUAREZ, E. (1993). *El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas*. Universidad de Alicante: Cuadernos de Trabajo Social N° 2. pp. 169-184.
- PASTOR, J. y LOPEZ-LATORRE, M. (1993). *Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una Propuesta de Clasificación*. Revista Anales de Psicología Universidad de Valencia, (9). pp. 19-30.
- *Plan Nacional para la Atención y Tratamiento de las adicciones en Venezuela (PNTA) (2012-2019)*. Gaceta Oficial 39.676, mayo 18, 2011.

- Programa de Prevención Social Integral sobre Tráfico y Consumo de Drogas (2002). *Diccionario Práctico de la Droga*. Caracas: editora Anexo
- QUINTERO VELÁSQUEZ, A (2004). *El Trabajo Social Familiar y El Enfoque Sistémico*. Buenos Aires: Lumen/Hvmanitas.
- RUBIO, G. (2000). *¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias*. Revista Española Sanid Penit. pp.15-17
- RUBIO RIBAS, J. (2006). *El Consumo de Drogas como un Desencadenante más en el Origen de la Enfermedad Mental*. Nómadas revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas Universidad Complutense. (13).
- HERNANDEZ SAMPIERI, R. FERNANDEZ, C. Y BAUTISTA, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw-Hill. Cuarta Edición.
- SALAZAR MORALES, T. (2006). *Aproximación Histórica Sobre el Consumo de Drogas en Venezuela*. Revista de filosofía práctica Universidad de Los Andes (16). Pp. 174-197.
- SCHULTZ, A y LUCKMANN, T. (2003). *Las estructuras del mundo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- SECADES, R. y FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R. (2002). *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias* Madrid: Plan Nacional sobre la Drogas.
- STAKE, R. (2010). *Investigación con Estudio de Casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- STOPPARD, M. (2000). *¿Qué son las Drogas?: Desde el alcohol y el tabaco hasta el éxtasis y la heroína*. Argentina: Grupo Zeta.
- STRAUSS, A y CORBIN, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

- TORRES LARRAÑAGA, J. (2006). *Comorbilidad de Trastornos Mentales y Adicciones*. Revista LiberAddictus. pp. 1-12.
- Universidad Central de Venezuela (1994). *Reforma Curricular para la Escuela de Trabajo Social*. Caracas: Autor
- VELA PEÓN, F. TARRÉS, M. (Comps) (2001). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la Investigación social*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- VON BERTALANFFY, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Trabajos especiales de Grado y maestrías consultadas

- CAPOTE, R., RODRIGUEZ, K. y RODRIGUEZ, S. (2013). *La orientación familiar, estrategia desde el trabajo social para el fortalecimiento familiar*. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- GRATEROL, N. y MENÉNDEZ, O. (2004). *Consumo de sustancias psicotrópicas ilícitas; esquizofrenia y comorbilidad*. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- ARMAS, Y. y MADRIZ, M. del R. (1997). *Familias coadictas y el proceso de orientación familiar en la Unidad de Atención al Farmacodependiente del Hospital Psiquiátrico de Caracas 1997-1998*. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

ANEXOS

Presentación de la información Recolectada

La recolección de datos, resultó una experiencia ardua pero gratificante para el investigador, debido a que durante el proceso pudo desarrollar las competencias que deben estar presentes en un profesional de Trabajo Social cuando se aborda a un grupo familiar en un caso de farmacodependencia asociado a la patología dual. Se trató de una tarea ardua, debido a las complicaciones para encontrar un centro de rehabilitación por sustancias el cual permitiera el abordaje del caso mencionado, principalmente por las inconvenientes legales que se encontraron algunos en los posibles informantes, y el alto nivel de deserciones encontrado en algunas fases del tratamiento. Hasta que finalmente se encontró un grupo familiar, dispuesto a participar y colaborar con la investigación.

Al momento previo a las entrevistas, fue necesario solicitar permiso a la institución en donde se realizarían, a fin de pautar un horario que no interfiriera con la dinámica terapéutica de la familia del caso abordado, y una vez pautado el investigador alisto su material de apoyo compuesto por una libreta de anotaciones, un bolígrafo, un grabador de voz y la guía de entrevista semiestructurada. Esta última debida a su naturaleza semiestructurada no se trataba de un modelo estándar, aplicado de la misma forma a todo el grupo familiar sino, que permitió cierta libertad para que los entrevistados desarrollaran sus respuestas respetando un orden cronológico. El investigador tuvo la oportunidad de grabar las entrevistas con el previo consentimiento del grupo familiar, lo que permitió desarrollar las entrevistas de forma natural y generar una empatía con cada uno de los miembros del grupo familiar dados los aspectos importantes confiados durante el desarrollo de las mismas.

A continuación se presentan las entrevistas realizadas un grupo familiar considerado para el estudio de caso, conformada por tres (3) personas que asisten a un centro de rehabilitación para farmacodependientes público, en la Ciudad de Caracas. Las preguntas fueron formuladas por quien suscribe bajo el nombre de “investigador” y identificando a cada uno de los entrevistados por su parentesco “madre”, “padre” y “sujeto Farmacodependiente”, este último fue denominado así debido a la naturaleza del centro al que asiste junto a su grupo familiar.

Anexo nº 1

Entrevista a Madre del sujeto farmacodependiente con patología dual.

Edad: 52 años.

Ocupación: Contadora pública. (Actualmente jubilada)

Nacionalidad: venezolana

Grado de instrucción: Licenciada en contaduría pública

Entrevistador: Bueno ya vamos a empezar con la entrevista, ¿me puede decir cómo llegó su hijo a su vida?

Madre: bueno este... yo Cumplí 30 años de casa y en febrero de este año (2015) ¿verdad? Y anteriormente mi esposo este... teníamos este... en nuestros primeros años de casado se nos presentó el problema que mi esposo presentó este un... problema a nivel testicular y tuvieron que aplicarle una operación, a él se le determinó que tenía un testículo que le crecía más que el otro y el otro se vuelve inoperante al momento que el otro comienza a crecer, en ese momento nos dimos cuenta que mi esposo era estéril ya estando casados cuando teníamos aproximadamente 5 años y no habíamos concebido hijo entonces bueno, yo asumí eso como... con mucha fortaleza, con mucha tristeza pero con mucha fortaleza porque yo dije que me casé con mi esposo para tener los hijos de él y bueno, empecé a estudiar y empecé a trabajar y bueno lo tomé como algo normal, íbamos a tratamiento y sin embargo mi esposo no... no pudo pues a él le hicieron ecos eh... ecos para ver si.. cómo estaba y... y...

Entrevistador: espermatograma

Madre: si, espermatograma para ver cómo estaba conteo de espermatozoides, y todos estaban acéfalos, ninguno tenía la respectiva cabeza que debe tener el espermatozoide y bueno, hicimos miles de tratamientos sin éxito, y bueno nuestro matrimonio continuó trabajando y averiguando y no se pudo, y llegamos un día a la decisión de adoptar.

Y fuimos a un centro que se llamaba antes el INAM, en el INAM este... comenzamos el papeleo todas las cuestiones legales que nos pidieron talleres para padres, foros para padres, visitaron nuestra casa y nos ofrecieron varios niños, en varios centros ¿verdad? buscando uno que más o menos cumpliera con las características de mi esposo o mías pero en algunos casos los niños ya eran muy grandes ¿verdad?, entonces no ¿cómo vamos a tener un niño así? Entonces preferíamos, queríamos era, un niño más pequeño uno que no tuviera este... sus padres ¿verdad? Porque había algunos niños que estaban ahí que tenían su mamá pero no tenían a su papá, no los podían atender entonces estaban en unas condiciones especiales.

Pero entonces, buscábamos un niño que estuviera solo entonces así fuimos dando, dando, dimos ¿verdad? En un instituto que queda en Antimano que se llamaba en aquel tiempo Bambi, y... nos ofrecieron un niño, nos dieron un niño que... la mamá lo había abandonado, ¿verdad? Había pasado por varios procesos de desnutrición y bueno al niño lo volvían a llevar, lo volvían a dejar otra vez allí al centro, este... eh... paso un proceso de desnutrición y abandono hasta que, esto no lo cuenta la Trabajadora Social, que su mamá lo volvió a abandonar en el centro, volvió a pasar la desnutrición y el abandono y llegó un momento en el que nosotros fuimos a los tribunales y la juez llamó a la mamá, y la mamá le dijo a la juez, porque la juez le abrió un proceso para ver porque había abandonado al niño, y ella dijo que todo estaba normal pero no era verdad, y ella muy furiosa ¿verdad? le dijo a la juez que ese niño para ella era un estorbo... entonces la juez le dijo “bueno pero entonces te lo voy a quitar” y dijo ¡quítemelo, que yo no lo quiero! Entonces a todas estas, todo eso contado por la Trabajadora Social.

Si es verdad o es mentira verdad que no lo sé porque ellos a veces le crean... bueno sé que no puedo hacer suposiciones ¿verdad? Pero fueron las palabras de ella, este... entonces nos dijo que el niño tenía una hermana ¿verdad? tres añitos más que él, quiere decir que si el ahorita tiene veinte años su hermana de estar ahorita viva, debe tener veintitrés años.

La mamá prefería a la niña, los que nos decía la Trabajadora Social de hogares Bambi, y entonces pusieron al niño en adopción, para que fuera adoptado,

nosotros llegamos al instituto... y nos presentaron al niño eso fue ¡guao!, impactante toda mi vida lo recuerdo, mi esposo, el niño miró a mi esposo la Trabajadora Social nos dijo “este es el niño que cubre las características del señor, se parece al señor” entonces nos traen al niño y nos mira a los dos, yo me le quedo mirando al niño, como te estoy mirando a ti, entonces siento que la mirada del niño viene hacia mí ¿verdad? Pero en ese momento, este... cruza su mirada hacia mi esposo tanto fue el impacto, que el niño estiró los brazos hacia mi esposo yo me quede impactada, pero bueno el llegó, el niño llegó y estiró los brazos y hubo como un “feeling” pues, entre mi esposo y el niño entonces pues.

Entrevistador: ¿Qué edad tenía el niño en ese momento?

Madre: tenía quince meses en ese momento bueno entonces... ni modo nosotros... ellos nos lo ofrecieron en adopción este... provisional que el primer paso para ver como fluían las relaciones entre el niño a nosotros, y entonces fluyo bastante bien, la verdad fluyó bastante bien has que al mes más o menos nos autorizan para la adopción plena, nosotros nos encariñamos con el niño a pesar que él no fue en el primer momento receptivo hacia mi bueno, fue con mi esposo hubo muchos sentimientos entre él y yo, igual pero entre él y mi esposo había funcionado, pero en realidad yo siempre he sido una persona de... así... más distante.

Pero sin embargo si yo lo acepté en mis brazos nosotros lo llevamos a un médico lo pusimos en control de niño sano.

Entrevistador: ¿y en qué momento le dieron al niño en adopción plena?

Madre: cuando el niño tenía aproximadamente cuatro o cinco meses con nosotros porque ese es un lapso en el que este... ellos ven si él se adapta a nosotros y nosotros a él, entonces bueno.

Entrevistador: ¿entonces él tenía aproximadamente 19 meses de edad?

Madre: más o menos, más o menos pero a nosotros nos lo dieron a los 15 meses pero si... al momento de la adopción plena él si tenía 19 meses de edad cuando ya había pasado tiempo con nosotros. Entonces bueno, lo adoptamos lo llevamos al

médico al control de niño sano, él este cuando nosotros acudimos, él estaba muy decaído pues, estaba muy débil ahí lo pusimos en control con un doctor ¿verdad? Como él cuando tiene una enfermedad alguna molestia el mismo doctor lo ve eh... ha sido su médico tratante de toda la vida, le mandaron calcio, vitaminas eh... cuando estaba pequeñito lo operaron de los oídos porque no oía bien lo llevamos al instituto de otorrinolaringología, después lo de los adenoides ¿verdad? Después lo operaron de las amígdalas o sea que, todas esas dificultades físicas ¿verdad? Podemos atribuir las cuando él no estaba con nosotros, tanto de su parte interna como de su parte auditiva, entonces aprendió a hablar mejor, lo inscribimos en la escuela en el preescolar.

Entrevistador: ¿y cómo fue ese primer proceso de enseñarle los valores de hogar? ¿Cómo fue cuando empezó a hablar?

Madre: ese momento fue... bastante... como digamos... (risas) bastante gracioso para nosotros pero también importante tanto a si fué, que cuando empezó a hablar tenía mucha tartamudez ¿verdad? Él decía para decir caballo decía “tata” cuando pedía algo lo señalaba y hacía sonidos, y un niño por más que sea a esa edad por lo menos unas palabras habla medio mocho pero se le entiende algo, y no se le entendía casi nada pero, lo llevamos al médico, cuando le hacen la resonancia y todo ese poco de estudio se descubre que tiene los oídos obstruidos y bueno vino la operación de los tubos ventilatorios para que escuchara, le daba mucha fiebre ¿verdad? Lo llevamos al instituto de otorrinolaringología fue ahí donde le operaron los oídos el tabique nasal lo tenía desviado y de paso tenía las adenoides muy engrosadas eso producía mucha fiebre eran las adenoides, y después bueno con el tiempo tuvieron que sacarle las amígdalas también.

Entrevistador: ¿tuvo aceptación por parte de la familia de usted y de su esposo?

Madre: si, si claro cuando nosotros dijimos que íbamos a adoptar, todo el mundo estaba a la expectativa pues, después de 15 años cuando ese niño llegó, a la casa fue acogido por toda la familia... que después empezaron problemas por... quizá por los celos entre primos y hermanos eso es otra cosa pero cuando él llegó, el llegó bien recibido a la casa, el tiene su cuarto, el tiene su cama, tiene su

escaparate tiene su ropa ¿verdad? Fue muy aceptado por la familia, tanto así que a veces hubo un momento en que había sobreprotección pues, que pareciese que... este... por ser morenito, por ser... el hijo mío y de mi esposo, él cuándo empieza a involucrarse en nuestra familia él fue acogido pues, con ese amor tanto así que cuando yo le iba a pegar mi mamá a veces a ponerle carácter pues me decía “no, como le vas a pegar al más negrito” todo era la condición hacia él, él era un niño muy problemático ha sido muy caprichoso ¿entiendes? y... y...

Entrevistador: ¿Y cómo fue ese proceso cuando mejoró y comenzó a hablar?

Madre: fue impresionante porque la comunicación fue más fluida, entre nosotros ya no decía “tata” ya decía la palabra caballo más fluida y me acuerdo de una palabra que ya decía clarito “naranja” ya decía empezó a decir... al principio el se tragaba la erre para decir... cuando decía “perro” pero fue una cosa impresionante el mismo se autocorrigió y porque yo le dije “tú eres un niño grande y trata de pronunciar la erre de esta manera” no hubo necesidad de terapeuta de lenguaje, él mismo corrigió su problema de pronunciar la erre, tanto así que él no habla mocho, no habla mocho para un niño con problemas de desnutrición y tantos problemas de operación habló muy fluido, tanto así que no se le nota.

Entrevistador: ¿Y la parte escolar como fue cuando entró a preescolar?

Madre: fíjate, como yo trabajaba en ese tiempo y el papá también, los que lo adoptamos, nosotros estuvimos con él antes de empezarlo a llevar a guardería y en el preescolar estaba con personas que a pesar de conocer el problema que tiene (se refiere a la farmacodependencia en la actualidad) lo quieren mucho, y están pendiente de él y le dicen “sigue adelante” eso en el preescolar, comenzó la escuela.

Desde niño siempre ha sido un niño hiperactivo, bueno y entonces empezó su primaria y entonces... este... trataba siempre de llamar la atención, se salía mucho del salón la maestra lo regañaba y con todo eso pasó más o menos el preescolar, se graduó con su toga formal azul clarito y su birrete toda esas cosas, su diploma se le tomaron fotos y también tienen sus recuerdos allá después

empezó la primaria, allí empezó el drama con él... estudiantil... la primaria son seis años y pasó un año en cada escuela, un año en cada escuela producto de su hiperactividad y falta de concentración, y el no acatamiento a las normas hizo de que él saltara de una escuela para otra y de otra para otra porque no lo aceptaban por el problema de conducta, se salía del salón no se centraba en lo que le decían quería siempre hacer las cosas como siempre él quería (luego continúa hablando subiendo el tono de voz) cosa que nosotros entendemos y le decíamos “así no es” “haz tal cosa” y eso fue llevarlo a psicólogos, llevarlo a psiquiatras, y eso era medicamentos para tenerlo todo el tiempo... controlado y llegó un momento en que se escapó pues, de las manos de nosotros y... ¿qué hacíamos nosotros? Patear calle con él empujando y con todo y eso pasó para segundo, para tercero, para cuarto, para quinto...

Entrevistador: ¿Y el proceso de hacer las tareas, quien hacia las tareas con él?

Madre: fíjate tu, siempre la que ha tratado de los estudios de él he sido yo, siempre mis esposo... me molesta pero es así siempre mi esposo ha tratado de no mezclarse con la parte educativa y de sentarse a hacer, sino de llevarlo, traerlo...

Entrevistador: la parte operativa.

Madre: la parte operativa, de la parte educativa la encargada fui yo, no sé si tu sabes pero mi esposo no es estudiado pero yo no tengo porque juzgarlo, entonces fue... como se llama... eh... muy duro, fue muy duro porque en esa etapa yo estaba trabajando estaba estudiando, en la universidad sacando la carrera de administración entonces tenía que dedicarme a la casa, a la carrera, y al niño, entonces... ¿qué hacía yo? Trabajaba todo el día hasta las cuatro de la tarde después iba a la universidad, y después que llegaba a la nueve diez de la noche era que me dedicaba a él... en el momento que yo no tenía por lo menos clase en la universidad, llegaba temprano a la casa y entonces y me sentaba con la tarea con él...

Y en los primeros años como se llama... de la escuela primaria este... era más fácil de llevarlo porque este... yo le decía “vamos a sentarnos a hacer la tarea” yo le revisaba los cuadernos y eso y entonces si copiaba hacía sus tareas,

yo llegaba y hacía sus tareas muchas veces, yo no sé si hice bien o mal, no existe una escuela para enseñar a ser papá, mamá, cuando él se ponía repelente que no quería hacer la tarea yo tenía la correa a un lado, (sube el tono de voz firmemente) ¡si no haces la tarea vas a llevar correa! y él le tenía miedo a la correa de primero a sexto grado no sé, porque a veces se ponía que no quería hacer nada, era un niño se ponía que no quería hacer nada entonces ¡era una actitud reacia a hacer la tarea!, llegó un momento que él en quinto grado en sexto grado si copiaba en la pizarra, ya mejoraba y cuestión el problema era que cuando él se cansaba de estar dos horas se cansaba ¿verdad?, Y no hacía nada pero sí yo si veía que él hacía cosas porque cuando yo le revisaba la tarea yo veía que él copiaba, con más énfasis en la matemática porque a él le ha gustado toda la vida más la matemática, y su letra es una letra bellísima todo el mundo tiene que ver con la letra de él pero... este... pero...

Digamos que lo que hacía lo llevaba para la casa en el cuaderno por ratos, entonces tenía notas de la maestra en el cuaderno que no copiaba la tarea, copiaba lo que le daba la gana, quizá no completa, pero con las tareas si podía a veces me sentaba a hacer las tareas con él, a veces llegaba tarde a las nueve diez de la noche ¿ponerlo a hacer tarea a esa hora? Entonces era la duda de poder yo... ayudarlo sin descuidar mi trabajo, sin descuidar mis estudios que ese sacrificio yo estaba haciendo a futuro era para mí pero ¿para él, para la familia? Tanto es así que mira, él a veces me dice “no que tú me descuidaste” yo le dije no hijo ya va, mi únicos días libres que eran los fines de semana yo lo ayudaba.

Entrevistador: cuando su hijo estaba en primaria, ¿le hablaba de cómo estaba como se sentía?

Madre: este... yo te voy a ser sincera, ¿verdad? la comunicación no era así tan fluida por lo mismo que te estoy explicando, de que trabajaba todo el día y mi otra responsabilidad, estudiar, trabajar... ir a la universidad y atender al niño en eso a mí se me fueron todos los... que digamos todo el preescolar y todo lo que fue la primaria de él se me fue el tiempo en eso, en tratar de asar esos tres conejos digámoslo a si, ¿si fue bien o mal? Bueno... cuando no estaba trabajando hablábamos y conversábamos el me decía “esa maestra me pega” “esa maestra me

regaña” yo lo asistía hablaba con la maestra él dice que tu le pegas, “no eso es mentira” yo le llamo la atención porque él se sale del salón de clases, no presta atención, no acata normas, no escribe completo.

¿qué es lo que sucedía en la primaria? Que ha él muchas veces le daba sueño y se salía del salón. “mira que se portó mal” entonces lo llevamos para donde la doctora Petra, él te tuvo que haber hablado de la doctora petra, para que lo ayudara la doctora Petra es psicóloga ¿verdad?, Y ella nos atendía a mi esposo, a mí, y al niño entonces... nos ayudó por un tiempo, entonces hubo un tiempo en el que no podíamos seguir pagando porque era una psicóloga personal, pero si lo ayudó mucho dentro de lo que ella pudo, y dentro de lo él en su edad pudo entender.

Entrevistador: y ya estando en casa ¿él se comunicaba también con su papá? ¿Con quién piensa usted que su hijo buscaba mas para hablar en casa?

Madre: fíjate una cosa, fíjate una cosa, la comunicación de él ha sido mucho más con el papá, por la razón siguiente yo lo llevaba en la mañana al colegio, y en la tarde al mediodía como el papá trabajaba de chofer hasta mediodía, en la mañana yo lo vestía lo llevaba a la escuela y al mediodía el papá lo iba a buscar.

Toda la primaria, y gran parte de las actividades su papá lo iba a buscar al mediodía y yo era quien lo llevaba en la mañana, ¿entonces qué es lo que pasaba? En la mañana yo llevaba al niño a los regaños por las cosas que no hacía y en la tarde llevaba leña del papá, porque él no acataba las normas porque no hacía esto y lo otro pero la comunicación de él con sus padres, con su papá y con su mamá ha sido más con su papá.

Yo pienso que, primero que todo son caballeros y porque el papá fue el que más tiempo le dedicó de niño, porque su papá estaba toda la tarde y parte de la noche con el niño, era quien lo iba a buscar al colegio, era quien le servía la comida, era quien el preparaba las tres comidas porque a mí no me daba tiempo de prepararle las tres comidas el día anterior ¿verdad?, la comunicación entre ellos ha sido más fluida tanto así que viene desde el origen tanto así que cuando el niño

llegó a nuestras vidas, él le extendió los brazos primero al papá, pero quizás también porque ha sido el que atendido más tiempo para compartir.

Entrevistador: y en la parte de la afectividad, ¿cómo ha sido la relación entre usted y su hijo? ¿Él de pequeño buscaba abrazarla y decirle palabras de cariño o usted hacia él?

Madre: Fíjate los siguiente, eh... te voy a decir algo que no se si esto ha marcado pauta para lo que hecho, pero para mí es importante yo he sido una persona que para mí desde que tengo uso de razón como hermana mayor me acostumbraron a la responsabilidad con el hogar, con la casa, con la familia, yo fui una persona que me criaron desde la pobreza, dos padres maravillosos ¿verdad? que me enseñaron a mí que tienes que estudiar, porque tienes que estudiar para salir del rancho, sí, yo vivía en un rancho, donde pasábamos trabajo porque comíamos poco, pero la responsabilidad con el hogar era lo primero, yo tenía que tener la responsabilidad con el hogar limpiar, yo tenía que estudiar porque yo era la mayor.

Yo asumí esa responsabilidad tanto, tanto que para mi existe ser feliz, por las cosas que he logrado o no he logrado yo no puedo dar lo que a mí no me han dado... A mí para que yo te de un abrazo o un beso es porque me nace, tú dirás que quizás poco por indolente pero... ¿Qué es lo que pasa con él? Yo lo acostumbre a trabajar, yo no soy una persona de vente a abrazarte porque eres mi hijo darte besos y bañarte todo, no, yo no soy así porque a mí me enseñaron el amor, de otra manera para mí el amor es...

Ayudarte, ayudarte que tengas tu ropa, ayudarte que tengas tu alimento, ayudarte a que tú tengas tus medicinas, para que tú tengas todo lo que tienes que hacer ¿pero yo darte un abrazo? ¿verdad?, Tengo que sentirlo, demasiadas ganas, cuando él estaba pequeño si lo hacía, constantemente si lo hacía cuando él fue creciendo todo el mundo de vida que yo me esforcé para brindarle una mejor calidad de vida para que no pasara lo que yo en aquel entonces, ocupó ese tiempo, entonces él se queja que “tu no me besas, tu no abrazas” eso, aunado a su comportamiento, se porta mal, se porta mal, se porta mal, cambia de colegio yo llegaba a la casa desesperada y decía ¡coño que hiciste hoy! Porque fueron seis

años, seis colegios y “el año que viene hay que cambiarlo” le daban su carta de buena conducta porque lo amparaba la ley, te podrás imaginar que por eso yo no siento ¡aqueeeeeeeel aaaaamor! (habla en forma sarcástica) después de tantas ofensas tantas humillaciones ¡tantas amarguras que yo viví! Eso es mentira... yo si lo quiero, yo no lo abandono tanto es así que yo me evoqué a él porque yo me jubilé e inmediatamente me dijeron, y vi la actitud de él me enteré, se lo dijo al papá el papá me lo dijo a mí, e inmediatamente me avoqué en la rehabilitación de él, y yo no he disfrutado mi jubilación.

Entrevistador: ahora vamos a seguir el orden cronológico vamos a hablar del bachillerato

Madre: si, del bachillerato yo lo pude controlar a él, dentro de las circunstancias que vivía, ¿verdad? hasta sexto grado, escúchame si yo lloré los cinco años anteriores a sexto grado, el sexto grado fue el único año donde yo pude vivir y ser feliz porque fue el único año donde empezó con una maestra, que fue quien lo ayudó, lo centró, lo encaminó y hasta él lloró el día de su graduación.

El cambio de primaria al bachillerato, aunado a su conducta de años anteriores empezó a desencadenar lo que ya conoces. Cuando él empezó el bachillerato empezó a pedir que si más libertad, cambio de camisa es hacer lo que yo quiero... cuando él empezó el bachillerato yo le regalé una grabadora y un celular ¿verdad? no de los caros pero le servía, yo después vengo observando los primeros meses todo normal, y luego empieza el drama...

A mediados de año se porta mal no hace caso es grosero, le digo “vas a seguir como era antes” eso era toda las semanas me llamaban a la dirección “mira señora, que él le pega a fulano”, y él nunca tenía la culpa, la culpa la tenían los demás, se salía del salón de clases no respetaba a los demás eso fue primer año, segundo año, tercer año, cuarto año...

Las mismas cosas de la primaria el no catamieto de las normas, yo estaba trabajando haciendo informes para el siguiente día y me avisaban que me llamaban del liceo y yo decía ¡qué pasaría ahora!, y cuando yo atendía el teléfono me decían, ¡mire señora, si usted no se presenta inmediatamente su hijo sale

expulsado! Bendito Dios... (Toma una pausa y exhala) y yo tenía que salir corriendo para el liceo porque si no era expulsado... me decía que si le pega a los demás, que si no hace caso, le falta el respeto al profesor y hasta el director.

Y yo le decía “hasta cuando vas a seguir con esto” “te van a botar del liceo” eso fue en el primer año, en el segundo año... a duras penas, a duras penas... lo dejan seguir entonces a mitad de año era tanta la indisciplina, que se iba para los bloques de, los bloques del nueve de diciembre allá cuando salía se llevaba el equipo de la casa, para allá sin permiso “porque eso es mío” era el adolescente que quería ser hombre, él tenía que sentirse querido y admirado por los demás... y botó el celular, le compré un equipito en diciembre lo llevó donde sus amigos, por allá lo fui a buscar me dijeron “no señora aquí no se permite eso, el lo trajo porque él quiso” para una reunión que había allí se perdió el celular y nadie supo de eso... mitad de segundo año los maestros y los amigos que supuestamente andaban con él firmaron una carta... para que se fuera... imagínate tu...

Le dije al director ¿Qué hago? a estas alturas abril-marzo ¿donde le iba a encontrar cupo?, me dijo que tranquila, que conocía a alguien que me podía ayudar que me iban a dar igual su carta de buena conducta para que no tuviera problemas pasan los meses... y ahí empieza con la cuestión otra vez que se sale del salón de clases, que no respeta... pasa medianamente cuando pasa para tercer año, pasó para tercer año entre conflictos entre altas y bajas pasó su tercer año cuando llega junio me dicen “tienes que llevártelo.” Otra vez...

Entrevistador: usted dice que en la primaria la comunicación era más o menos operativa y por el deber.

Madre: si operativa, por el deber pero había amor... a mi entender... como yo entiendo la palabra amor, hoy en día yo veo que ese amor incondicional hay que analizarlo muy bien, porque yo pienso que ese amor incondicional existe para Dios no para el hombre, porque al hombre hay que darle amor responsable es lo que yo pienso.

Entrevistador: la comunicación en ese entonces, cuando usted dice que se le escapó de las manos ¿se refiere a que no podía ya hablar con él? ¿revisarle las tareas?

Madre: si es verdad, eso es importante lo que me estas preguntando porque, cuando yo quería hablar con él, ya tenía problemas de adolescente “ese es mi problema, eso no es problema tuyo” “no te metas en mis peos, yo hago lo que me da la gana” el propio niño rebelde que no quiere que lo ayude porque cree que con revisarle las tareas, con revisarle el cuarto, y su conducta estas invadiendo su espacio... entonces era el mismo problema del cumplimiento de las normas, tanto en la casa como en el liceo, y empezó a juntarse con esos “amiguitos” la cosa y eso pues...

Entrevistador: si bueno ya vamos llegando a esa parte y me explica ¿Cómo se enteró que su hijo estaba consumiendo sustancias ilegales?

Madre: fíjate tú, llegamos a cuarto año como te estoy explicando, en cuarto año fue en el Metropolitano el mismo problema hacía lo que me daba la gana, en una oportunidad le compramos para tratar a ver si se motivaba, lo que le llamaban el niño Jesús le compramos su play station, pues así como botó el celular botó el play, algunos dicen que se lo robaron unos dicen que lo regaló, porque así se gana a los demás así se sentía incluido dentro del grupo.

Siempre era un problema para pasar de lapso le mandaban trabajos yo a veces me ponía a hacer trabajo con él, a ver si se ponía las pilas yo trataba de ayudarlo nunca agarró los libros los dejó sin estrenar, a él nunca le faltaron libros, nunca le faltó cuaderno nunca estudio en colegio público todos fueron colegios privados porque si hacía lo que hacía en el colegio privado, imagínate en uno publico...

Claro, el que quiere estudiar acata las normas donde quiera, estudia donde quiera pero él siempre se resistió a eso el ultimo año lo estudió en el mismo liceo pero en parasistema en la tarde, yo no sé cómo se graduó, de verdad entonces empieza a estudiar en ese parasistema y en febrero entonces de repente porque

unos amigos de él, del barrio y tal le dijeron que se fuera a inscribir para el registro militar...

Se va para el registro militar... “termina el quinto año, estas en parasistema” “reflexiona saca el quinto año y estudias una carrera, saca el quinto año para que tengas una puerta abierta y tengas estabilidad” me dijo “no que tu no entiendes, no te metas” yo no sé porque él le cree más a los demás y no a uno entonces se fue, le dije “reflexiona” y él me dijo “no te metas en mi vida que mi vida la mando yo” agarró su cosas y se fue, y al poco tiempo regresa diciéndome que va a terminar el quinto año diciéndome “mamá yo no voy a terminar el servicio militar, porque me humillaban me ponían a arrastrar” eso porque en el servicio, lo ponían que si a arrastrase por unos túneles y a hacer un poco de cosas y que para él, y que era demasiado lo ofendían lo maltrataban que se yo, cuenta él... entonces yo le dije ¿Qué vas a hacer? Cuando lo fui a visitar “yo me voy de aquí” ve a ver qué vas a hacer, esa es tu decisión el día menos pensado antes de que muriera el presidente Chávez se me aparece en la casa, ¿Qué paso? no, que renuncié me dijo, renunció antes de juramentarse porque si se juramenta bueno...

“No, yo no voy a ser mas militar yo voy a seguir estudiando” “aquí en mi casa no me falta nada para yo estar aguantando humillaciones de nadie” yo te lo dije el servicio militar es una cosa muy fuerte y tú no estás preparado para eso, y tu no me hiciste caso, me dijiste que era tu vida “si bueno me equivoqué cualquiera se equivoca” y tanta suerte tiene que va otra vez al liceo y lo vuelven a aceptar...

Bueno resulta ser de que cuando muere el presidente Chávez, hacen otras elecciones gana Maduro y bueno aquel se desató un día a pelear porque no lo dejaban salir a la calle, y que a pelar con los demás a defender la revolución, entonces un sobrino y mi esposo lo fueron a agarrar porque se puso violento, agarró un cuchillo mi sobrino le pegó porque le pegó a mi esposo, entre los dos lo contuvieron entonces dijo que nos iba a denunciar, y nos soltó muchas barbaridades, pero mi sobrino le pegó para controlarlo porque él quería salir con todas esas cosas que estaban pasando en el país en ese momento... entonces viene el papá y se pone a hablar con él, y le dice que le hable y es ahí cuando le dice

que consumía... (respira profundo ve hacia el techo) y después que pasa todo eso al siguiente día mi esposo me dice que está pasando esto y esto...

Primero vivir con eso cuando nosotros no le hemos enseñado eso, yo no fumo, yo no tomo licor nunca me ha gustado, nunca se lo he enseñando en la casa cuando se hacía una reunión se tomaba cerveza poco en aquel tiempo, ¿verdad? Yo le hablé, le dije que en la vida lo importante es luchar para alcanzar los ideales, que uno tiene que para uno la vida no es el vicio no es la vida fácil, es la lucha es el sacrificio yo te lo he demostrado y todo lo que tu tienes a costado sacrificio, tu cuarto la comida todo... “no que ustedes no me comprenden no me oyen que no se qué”

Entrevistador: ¿usted nunca lo llegó a notar que el estaba consumiendo?

Madre: No, nunca llegué a notarlo por el mismo problema de él, llegaba y se encerraba en su cuarto un día llegó y me dijo que tenía que hablar conmigo, y tenía tanta rabia yo lloraba porque yo nunca le enseñé eso, ¿porque el siempre tenía que buscar a los amigos? ¿Dónde están las normas que yo te he dado? Siempre buscando el camino de lo más fácil, y las cosas no pueden ser así. Un día se puso como loco y tuvieron que amarlo... que amarlo y llevarlo para el hospital del Lídice, no lo aceptaron que no hay medico que no se qué, y después fue que dijeron para traerlo para acá... nos hicieron una evaluación y decidieron que tenía que hacer tratamiento el papá y yo hablamos con él, y yo le dije va a ser duro, va a ser duro porque tienes que hacer todo lo que te digan acá va a ser duro, y tú lo sabes.

Entrevistador: ya que hemos llegado al proceso de tratamiento en U.D.A.F. ¿Cuáles fueron sus expectativas?

Madre: vuelvo y te repito el amor que yo he sentido por él, es un amor de ayudar, suena odioso pero he sentido lo que es el amor con ayuda, con respeto con responsabilidad que aunque él es mayor de edad la seguiré teniendo con él, llegamos referidos de la cuestión de la mujer, cuando llegamos aquí a U.D.A.F. fueron tiempos si se quiere difíciles por como él llegó, y las cosas que nos decían, entenderlas fue como vivir un shock tanto así, que hubo momentos en el que él se

alteraba porque quería seguir como antes pero le recordábamos las normas y vuelvo y repito las normas, de venir desobedeciendo a venir a obedecer normas, que aquí se viene a respetar normas de una institución ¿verdad? Para poder proseguir con el proceso tanto de él como de nosotros, hubo un momento en que él no quería venir para acá, y yo me puse a llorar dije que iba a llamar a los tribunales, hablé con una terapeuta y me dijo “tranquila que él va a volver” y el volvió al tratamiento porque le dije ¿tú te quieres curar? Tienes que ir a la terapia.

Y más que expectativas tenía esperanza porque hablaban de las normas del respeto y de todo eso que él no hacía, y en la terapia nos tocó aprender, y si es ahora que estoy jubilada es ahora porque si estuviese trabajando un hubiese podido evocarme en la terapia de él. Tanto así que mi esposo puso a manejar a otro la camioneta para poder hacer la terapia, con lo que gano yo de jubilada y con lo que gana mi esposo por la camioneta con lo de los dos nos sostenemos para poder evocarnos en el tratamiento.

Entrevistador: y para terminar en una frase ¿qué es lo que espera usted del futuro de su relación familiar? ¿Para qué está trabajando aquí?

Madre: este... primero para... porque queremos curarnos porque queremos salud para él, y para nosotros porque queremos ser una familia este... feliz, y la felicidad no solo se logra con besos, caricias, y abrazos y decirle sí a todo lo que él quiera o decirme a mí como persona sí a todo lo que yo quiero, y decirle a mi esposo a todo lo que el haga no, sino que decimos si, o decimos no, racional ¿verdad? Y para mi verlo llegar a viejo con la... como te diría con la... rehabilitación completada ver y decir yo si pude, quiero verlo como un hombre sano como un hombre de bien como un profesional que tenga sus éxitos con el sacrificio que él le ponga a eso, y que tenga una familia exitosa, disciplinada ¿verdad? Para que no aplique en ella lo que hizo conmigo.

Que a pesar que de joven tuvo una situación difícil, él pudo salir adelante pudo superar los obstáculos y decir yo vencí la enfermedad, yo vencí el consumo de drogas. ¿Es fácil? No es fácil aquí yo he llorado lagrimas, sacrificio, no es fácil si las paredes hablaran para decir todas las lagrimas que yo he derramado primero

para aceptar, algo que yo no formé... Segundo, reconocer este proceso y a ustedes que de verdad nos han ayudado muchísimo... Y bueno, yo creo que eso es todo por ahora, si nos queda mucho por delante pero aquí estamos muchas gracias por interesarte en nuestra historia esperamos que te pueda ayudar para tu trabajo de grado.

Entrevistador: de verdad muchas gracias por permitirme este espacio para escuchar su historia y claro que si continuar y lograr el objetivo final de su tratamiento. Gracias.

Anexo nº 2

Entrevista a Padre de sujeto Farmacodependiente con patología dual

Edad: 53 años.

Ocupación: Conductor de transporte público.

Nacionalidad: venezolano.

Grado de instrucción: secundaria incompleta.

Entrevistador: bueno ya vamos a empezar la entrevista, en esta primera parte necesitamos saber ¿Cómo llegó su hijo a su vida?

Padre: Mira eh... nosotros... este... en un momento, nos decidimos a adoptar un niño por... los problemas de salud mía, que el médico me dijo que no era fértil pues entonces... a través de eso entonces mi esposa y yo, nos decidimos a adoptar a nuestro hijo, recuerda que para adoptar un... niño uno tiene que hacer una serie de... tiene una serie de requisitos legales nosotros hicimos todo eso, más fuimos a las instituciones que da en adopción a los niños, y nos mandan a hacer incluso talleres para padres si, si magnifico aprendimos muchas cosas de esos talleres para padres, una vez que hicimos los talleres para padres este...

Nos hicieron los estudios neurológicos a los dos a mi esposa y a mi eh... en clínicas privadas y nos llevaron los informes a la institución, una vez que evaluaron todo eso este... nos dieron la... como te diría yo... el aval, de que si

podíamos adoptar a el niño, incluso nos evaluaron mandaron a un Trabajador Social para la casa para ver si nuestra casa estaba en condiciones para que ese niño llegara a ella, una vez que evaluaron todo eso, nos dijeron que teníamos facultad para adoptar un niño y revisaron la parte socioeconómica de los dos, la de mi esposa con su trabajo como empleada pública, y la mía también como transportista si mi dinero alcanzaba para mantener al niño.

Una vez que se dio ya todos esos pasos ellos nos adjudicaron que fuéramos a una institución donde tenían un albergue donde estaban los niños, y fuimos a uno que queda por ahí por San Bernardino, y nos mostraron a unos niños y había unos niños de meses unos de casi ocho años y nos mostraron a un niño de once años. Los pequeñitos eran dos o sea morochos, no podíamos separarlos y teníamos que llevarnos a los dos dijimos que no, entonces nos mostraron un niño de once años pero el niño de once años ya estaba demasiado avanzado de edad, y el nos dijo una serie de cosas y nosotros lo evaluamos y dijimos que no tampoco.

En... como... a los dos tres o cuatro meses por ahí la verdad es que no recuerdo, pero nos llamaron de nuevo y fuimos a uno que queda por el Algodonal ¿verdad? Y ahí, nos presentaron una serie de niños y entre ellos estaba nuestro hijo, en la condición que nosotros lo vimos yo le dije a la persona que nos lo mostró “mira, él puede ser el niño que nosotros queremos” mi esposa y yo, entonces lo vistieron pero él, en el momento no nos identificó le pusieron cualquier cosita una franelita y nos lo mostraron, él cuando nos ve, a mi esposa no le presta mucha atención la vió pero como si fuera alguien más pues, pero cuando él me ve a mí, el me estira los brazos y yo “vengase pa’ acá” lo beso, lo abrazo lo identifico y le digo “nosotros vamos a ser... a futuro vamos a ser tus papás” ¿ves? Este... en ese momento este... nos dan una hora, unas dos horas para que compartamos físicamente pues jugáramos con él, estaremos con él, dándole una compota nosotros nos vimos ya preparados para compartir con él.

Una que le damos de comer ahí y broma ok, bueno hasta aquí vengan... Diríjanse al tribunal ¿verdad? Para que ustedes le digan a ellos que ya tienen el permiso para adoptar, custodia provisional, y van a estar con él aproximadamente eh... un mes, pendiente de él todavía tu sabes, hasta que el tribunal no diga que tu

lo adoptaste eh... es una adopción preventiva que te dan como que es seis meses, ocho meses para ver como el niño se amolda a ti o uno como padre se amolda a él, bueno a nosotros todo bien, y mira, el niño se acostumbró a nosotros a nuestra familia, a nuestra familia él llegó y todo el mundo o sea le daba cariño todo el mundo tenía que ver con el niño, este cuando vamos otras vez nos dan la adopción en pleno ok, una vez que nos dan la adopción en pleno tenemos que arreglar la partida de nacimiento de él, donde fue presentado...

El tribunal nos da la orden y le manda la orden a la parte civil la parte legal, de donde él nació donde fue presentado nos dirigimos hacia allá ya él tenía ¿qué? Como dos años y medio, me imagino yo en ese momento nos dirigimos allá a anular la partida de nacimiento porque uno tiene que estar allá cuando están anulando el documento no lo pueden hacer por teléfono, ni por correo, uno tiene que estar presente allí, una vez que anularon eso, vinos a Caracas y lo presentamos ya con el nombre y apellido de nosotros y el nombre que nosotros le pusimos pues, de él de su nombre original le queda es el José, ese nosotros lo queríamos pero ya como lo tenía se lo dejamos, una vez que él ya tenía sus documentos legales este, no tuvimos más problemas lo llevamos al médico, claro cuando a él no los dieron los primeros meses para que él se amoldara a nosotros, nosotros lo llevamos al médico, el médico lo observó de verdad de una manera, desnutrido, el tuvo dos procesos de desnutrición por parte de su mamá, de la mamá biológica que prácticamente lo abandonó lo aborrece...

Lo aborrece y el instituto se lo queda, porque ella lo abandonó dos veces, y después no le dan más oportunidad a la madre para que se quedara mas con él, ok este... una vez que él ya empezó a crecer, su escuela nosotros... el mismo médico que lo ve, todavía lo ve, con la edad que tiene todavía lo ve este... nos mandó a que le tuviéramos seguimiento psicológico, y el fue en su momento a lo que llaman psicopedagogo y lo ayudaban en los estudios también le mandaron sus remedios para la ansiedad y el control...

Entrevistador: ¿y en ese momento que edad tenía su hijo?

Padre: ya el tendría tres o cuatro años cuando él empezó en el que es el colegio... que es el maternal el tendría como unos cuatro añitos.

Entrevistador: ¿y cómo fue ese proceso de enseñanza de las primeras cosas que aprende el niño en casa? Los valores, las normas...

Padre: si, todo eso el seguimiento, el era muy hiperactivo tu le decías siéntate, para él... si estaba viendo televisión quería montar bicicleta, si estaba jugando con el play station quería ver televisión a la misma vez y uno le decía “no hijo haz una cosa primero y si te aburres, opta en usar lo otro” pero él no entendía, quería hacer todo a la misma vez.

Entrevistador: ¿Quién era la figura paterna o materna que le enseñaba normas?

Padre: yo hablaba con él, lo básico mas el seguimiento se lo hacía era mi esposa, mi esposa le hacía más seguimiento y, incluso ella en la mañana era quien lo llevaba al colegio ella arreglaba sus cosas, su cartera agarraba el bolso, era ella quien lo llevaba todo los días al colegio, entonces yo ya había salido porque yo madrugaba y entonces lo que hacía era al mediodía irlo a buscar al colegio, y llevármelo a la casa a calentarle o hacerle la comida una vez que se hacía todo eso, él se acostaba a dormir, nosotros tuvimos incluso que llevarlo a eso de tareas dirigidas, para que él se entretuviera ahí y también le daban su hora de descanso, bueno el fue creciendo así, él era un niño que...

Este incluso llegó un momento que la rebeldía era tan fuerte, tan fuerte de él hacia nosotros, hacia sus maestros que a él lo querían cambiar, no llegaba a terminar el año escolar porque ya lo querían cambiar, porque él cuando no peleaba con un mismo compañerito, peleaba con la maestra.

Entrevistador: ¿Cómo fue su relación con usted al momento de integrarse a la escuela?

Padre: mi esposa era quien le hacía seguimiento, ella cuando llegaba, mi esposa de su trabajo le hacía seguimiento ella le decía “no me apures que tienes que hacer la tarea primero” porque era de noche y después le quedaba tiempo de leerle un libro, él era un niño quería imponer todo, todo lo quería decía “yo quiero esto” y

todo lo quería imponer, siempre chocamos por eso pues yo le digo “no, es que tu no me puedes imponer lo que tú quieras” ¿ves? Eso lo trataron los psicopedagogos la... la psicóloga normal, y por último el psiquiatra que no sé, este... la ultima psiquiatra que lo vio le dio duro, duro se le quedaba mirando fuerte. Porque en aquel entonces que era un niño, estaba de moda la Revolución, y él decía “yo quiero ser presidente” era un niño y los niños dicen, “yo quiero ser bombero esto y lo otro” él... me hizo llevarlo al deporte cuando él tenía unos más o menos 5 años, y le dije “¿te gusta el beisbol hijo?” me dijo “sí, me gusta el beisbol” te voy a llevar pero recuerda que ahí hay mucha disciplina.

Él me dijo “si papá voy a hacer todo lo posible para aceptar esa disciplina” nunca la aceptó... por eso nunca este... para mí, él la necesitaba porque cuando una práctica cualquier deporte, uno tiene que aceptar la disciplina mi hijo lamentablemente no sirve para eso pues, tiene que dedicarse a otra cosa, yo siempre he tratado de trasmitírselo “hijo todo tiene su disciplina, el juego tiene una disciplina sino, lamentablemente no puede ser” yo lo llevaba para el deporte, incluso me quedaba hasta dormido porque yo me paraba tan temprano a trabajar, que ya después de mediodía me daba sueño y yo tenía que llevarlo a las dos de la tarde a su deporte y... yo me quedaba dormido en la grada cuando él hacía su deporte, este...

Llegó un momento que ya no lo querían allí, en el mismo deporte ya no lo querían le decían “si no puedes venir no vengas” ¿Por qué? Porque no quieres hacer lo que nosotros te queremos transmitir, sino lo que a ti te da la gana y así no puede ser este deporte si yo te digo que tú me vas a correr de aquí hasta allá derechito, y tú no puedes hacer lo que tú quieres tienes que estar pendiente de lo que te decimos yo le decía, “mira papá, ellos te están viendo, y yo también te estoy viendo y lo estás haciendo mal” él me decía molesto ¡no, tu no crees en mí! “si creo en ti, por eso es que te quiero corregir para que ellos te vean, para que ellos vieran que tu lo estás haciendo bien, y ellos te puedan enseñar” pero yo no puedo pasar por encima de ellos son tus instructores de deporte.

Entonces llega un momento que él llega y termina su primaria, en una escuela porque anualmente lo cambiábamos a cada rato de escuela...

Entrevistador: ¿y le daban motivos de porque tenían que cambiarlo de escuela?

Padre: sí, este... en ese momento nos decían que él no quería... que si tu lo sentabas en su pupitre que le tocaba a él, de repente decía que no iba hacer la tarea y lanzaba cosas, se rebelaba de una manera, e incluso si estaba algún niño haciendo su tarea él lo fastidiaba pendiente de hacerle cualquier cosa.

En uno de los colegios más notables que él hizo lo que le vino en gana fue el que queda en San Bernardino, en la Gabriela Mistral, fue el más fuerte el tendría como siete añitos siete u ocho añitos, ahí fue fuerte para nosotros bueno, para mí porque un momento yo fui a buscarlo... llegué tarde, diez minutos llegué tarde no, cinco minutos y se me acerca un maestro y me dijo “¿usted es el representante del muchacho?” “sí, yo soy el representante del muchacho” bueno se fue, de repente viene otra maestra y me dice: “¿usted es el representante del muchacho?” “sí, yo soy el representante del muchacho, ¿pasa algo?” me dice “no, no hay ningún problema” se retira...

De repente llega la otra “¿usted es el representante del muchacho?” ya yo veo que ese momento se me está poniendo tenso digo yo, de repente se me acercó el director, entonces me pregunta otra vez “¿usted es el representante del muchacho?” le digo “sí, dígame yo soy el representante del muchacho” bueno pasó un percance con su muchacho, que se cayó a golpes con otro compañerito y el compañerito le dio un golpe en un ojo, en ese momento el mundo mío se puso a viajar a una velocidad que bueh, sacan a mi muchacho con un parche en el ojo bueh, este...

Yo me le quedo viendo al director así con toda la tranquilidad del mundo pero... me dice “señor yo quiero que usted pase adelante porque yo quiero hablar con usted” yo le conteste así “mire, conmigo no va a hablar usted va a hablar es con mi esposa, porque yo no estoy en la altura de hablar con usted porque usted es un profesional yo soy un profesional pero del volante a lo mejor el dialogo mío va a ser muy fuerte, yo voy a preferir que usted hable mañana con mi esposa.”

No me dijo mas nada y me fui pues, y me fui a pie desde la avenida panteón hasta la altura del ministerio de educación nada mas pensando pues, que

iba a pasar cuando hablaran con mi esposa claro mi esposa trabajaba a menos de dos cuadras del colegio pero imagina yo llegar y hablar con mi esposa a plantearle lo que había pasado, y cuando llegó a la casa le expliqué que pasó “mira pasó esto, esto, y esto y yo no quise llegar más allá con el director porque de repente se me iban a salir sus cuatro bromas y...” bueno, mi esposa se puso a discutir conmigo, “!no, es que tú tienes que hablar con él también!” “no yo no puedo, yo estaba muy incomodo yo prefiero que tu mañana hables con ellos” y entonces dile que ¿yo lo mandó allá al colegio boxear? Porque el instituto yo lo tengo a diez cuadras de la casa que es el Instituto Nacional de Deporte, y si yo quiero que mi hijo sea boxeador no lo llevo al colegio sino al boxeo...

Entrevistador: y en esos momentos ¿cómo es la relación en su familia, su hijo se comunicaba con usted, hablaba con usted?

Padre: El problema con él es que quiere hacer, quiere decir pero no hace nada, él habla como dicen ahora mucha cantinflada, siempre me decía “yo quiero hacer esto papá” yo le decía “hijo tienes que prepararte ¿verdad? Para hacer eso” porque las cosas no caen del cielo uno tiene que prepararse muy bien en todo, porque no pienses que porque tienes puro estudio lo tienes todo no, tienes que trabajar en todo, la mente, todo y poco a poco ir escalando ¿Qué quieres se tu? ¿Quieres ser pelotero? ¿presidente? Tienes que prepararte para eso, una vez que tu estés allí vas a ir escalando posiciones pero eso no te va a llegar de un momento a otro hijo, eso te lleva mucho sacrificio, el sacrificio que estamos haciendo nosotros con tus estudios para que tú seas un hombre de bien.

Bueno a raíz de eso cuando el sale de primaria y entra al bachillerato, se queda en primer año en el mismo liceo y de ahí sale como “corcho e` limonada” pasamos a un liceo cercano, ¿ves? Él... comenzamos a tener encontronazos con él, cuando le llamaban el representante me faltaba los respetos directamente delante de los profesores, y los profesores le decían “mira quédate tranquilo, respeta a tu papá” “él viene como tu representante pero vemos que tu quieres pasar por encima de él” me decían “hágame el favor y se sale, que yo voy a poner a su hijo en su sitio.” y bueno yo me salía, me ponía por allá y el profesor hacia que él bajara sus ánimos y después entraba otra vez y le decían: “mira tú tienes

que reconocer que tu papá, hay que respetarlo tú no puedes pasar por encima de su autoridad” bueno, el continuó así su bachillerato...

Entrevistador: ¿la parte afectiva se manifestaba en la casa, usted abrazaba a su hijo había palabras de reconocimiento cuando lo merecía?

Padre: mira nosotros siempre le hemos brindado el cariño desde que él llegó, el respeto a él cuando se le pegaba, se le pegaba porque... hacía las cosas y como nosotros tratábamos de reprenderlo, él nos quería pasar por encima y teníamos que pelar por la correa. tenías que darle, el dice ahora que nosotros le caíamos a palo, porque le salieron un poco de estrías, no es por eso, es porque se puso porque veía a los otros grandes se ponía, se puso a tomar bebidas que... tenían proteínas, botox, que se yo eso me recuerdo fue a los quince, dieciséis, fue cuando empezó a decirnos “mira ya tengo edad para que me suelten” como dicen a hora “que me liberen” que él quiere ser un hombre liberado, incluso tuvimos una reunión con una profesora de él, que lo quiso mucho que nos dijo: “ustedes deben tener mucho cuidado con su hijo, él se deja manipular... y va a ser presa fácil para que yo lleven a otra cosa.”

Claro, no sé si ahora el error es de nosotros que lo dejamos, porque él me dice “déjame papá ya tengo doce años” ¿verdad? “suéltame” entonces yo lo suelto, pero resulta que cuando lo suelto ya no lo pudimos controlar más, yo le llamaba la atención y él me decía gritando “no, tu no crees es mi” entonces nosotros lo dejamos hasta ahora, a duras penas se gradúa de bachiller no sé si a él le regalaron las notas, porque trabajos venían y trabajos no hacía, entonces yo le decía “hijo, pero si tú crees que tus notas son excelentes porque... yo veo que tienes muchas faltas hijo, y no puede ser ¿Qué te pasa?” el me decía “no papá yo soy así” pero cuando uno habla uno tiene que investigar, y yo nunca lo vi con un libro en la mano nunca los abrió... nunca... ni siquiera le puso su nombre... él en algún momento, no sé cuando cambia radicalmente, él llegaba y a mí se me perdía dinero yo si decía “cónchale, ¿qué pasa que mi dinero no rinde?” era porque él este... lo retiraba, cuando ya nos damos cuenta, ya prácticamente estaba metido en este problema y él un día me buscó y me dijo “mira papá yo necesito ayuda...”

Entrevistador: ¿cómo se entero que su hijo consumía droga? ¿Usted vió cambios en su conducta u otra cosa que le hizo sospechar que su hijo estaba en consumo?

Padre: él cambió radicalmente este... le llamábamos la atención y él quería hacer lo que le daba la gana este... se me perdía dinero, pero cuando vimos que él comenzó a desaparecer sus cosas que nosotros le compramos para su televisión su juegos, también se desaparecían, yo le dije a mi esposa que esto no era normal y empezamos a hablar con él, ¿hijo está pasando algo? Uno tiene que estar preparado para todo, saber con quién uno se tiene que juntar porque yo mismo te lo dije ellos te van a pintar un mundo de colores para que te vayas con ellos, no le hagas caso...

A raíz de la política, el empezó a indagar... ¿Cómo te explico? A hacer cosas que como una persona que se queda sin mente, a hacer cosas fuera de contexto entonces, ¿Qué está pasando? Este... me decía que quería salir a la calle a pelear con esa gente que no aceptaba los resultados, yo le decía “quédate tranquilo” bueno yo estaba recién operado de una pierna este... estaba muy fea la calle no lo dejamos salir, ¿verdad? Le cerramos la puerta con cerradura este...

Y empezó a maltratar y estaba un sobrino en la casa también que le dijo “respeto a mi tío” y le dijo “¡no que te pasa, que tal!” se puso agresivo y yo en medio de mi lesión tuve que meterme y me golpearon también, entonces después que lo logramos controlar, me metí a su cuarto y empecé a hablar con él “hijo, ¿Qué te está pasando, viste hasta donde llegaste? y ¿viste que pasaste por encima de tu papá y tu mamá que no te dieron ejemplo de los que hiciste ahorita?” el me dijo “si papá, estoy metido en problemas me pasa esto y esto...” ¿y entonces qué pasa?, Me dijo estoy consumiendo droga... entonces yo le dije ya va, todo esto que tú me estás diciendo se lo vas a decir a tu mamá también, bueno y así fue una vez que el aceptó nuestra ayuda nosotros fuimos a...

El hospital Universitario, en el Hospital Universitario tuvimos un... una charla con un doctor me imagino que un psiquiatra que se yo, y entonces el doctor nos recomendó esta parte está unidad (U.D.A.F.), no dice “ustedes va para allá y dicen que vienen de parte de este hospital, y allá lo van a canalizar le van a decir

que van a hacer con él, como tienen que tratarlo” y él en ese momento nos dijo que había consumido, entonces le pregunte ¿Qué consumiste?, ¿Qué has consumido?, ¿Cuánto tiempo tienes consumiendo?, Y allí fue donde nos enteramos por boca de él, que tiempo tenía consumiendo ¿verdad? Este...

A raíz de ese consumo la alegría de nuestra familia se deterioró, nos distanciamos por eso yo digo en terapia “Dios mío hasta donde llega el cinismo de mi hijo, que ahora dice que no hicimos nada por él” e incluso a un profesor le dijo ya hace mucho tiempo que nosotros no le dábamos oportunidad, entonces el profesor se le quedó mirando así, y le dijo estas palabras: “tus papás lo han dado todo, y todo lo que te está pasado es porque tu lo has buscado” y entonces el me miró, miro al profesor y lo que hizo fue bajar la cara... “tú no ves los papás que tienes que lo han dado todo por ti y tú no lo mereces...”

Entonces no le contestó no le dijo nada entonces eso es lo que yo dijo y le digo a él hijo, nosotros no te hemos pedido nada, tú no tienes que ser como yo, tú tienes que ser mejor que yo y lo que yo te diga, como padre, como amigo, no lo tomes de manera... mal, lo mejor de mí tómallo, y lo malo deséchalo pero oye, oye para que el camino no se te haga difícil porque tu quisiste en algún momento hacer lo que te vino en gana, ser libre... pero la libertad no es hacer lo que te da la gana, tú tienes que aprender que es la libertad ser...

Porque cuando a uno le cortan el cordón umbilical uno ya es un individuo a parte de... fíjate tu, no por ello vas a hacer lo que te da la gana, la libertad la tiene el hombre cuando... este... sabe utilizar el cerebro, reflexiona primero para después decidir lo que vas a hacer, yo siempre le hablo así a él.

Entrevistador: ¿Cómo fue en ese aspecto la aceptación de la situación que su hijo estaba consumiendo y que usted refiere no lo sabía?

Padre: mira emocionalmente nos pego mucho, a mi esposa y a mí e incluso cuando llevamos eso a la familia, la familia se replegó de una manera que nos abandonó pues sin embargo, nosotros nunca le negamos el amor, cuando tú te das cuenta que alguien te tiende la mano y tú te apoyas de ella eso es amor hijo, no lo consideres que es algo obligado porque si tú lo tomas de esa manera

lamentablemente nunca vas a tener éxito en nada, uno tiene que ser humilde donde quiera que este, no sé... de donde él... mucha gente me dice “no eso lo aprendió en...” eso es mentira porque sino entonces por lo que me pasó a mí, entonces yo fuera una persona... no tuviera... humildad de nada porque a mí, mi padre nos tiró al abandono como si fuéramos... sin embargo los que estuvimos hasta lo último hasta que se murió mi papá fue eso, el carajo nunca nos quiso buenos sin embargo nos permitió comer cuando se murió nos dejó unas hectáreas...

Yo le digo a mi hijo yo no sé porque tú fuiste así, porque nosotros nunca te lo transmitimos... nunca... bueno yo sé si es verdad, nosotros te castigamos, pero no te castigamos porque te encontramos con la biblia en la mano, te castigamos porque tú te merecías el castigo en su momento, yo a cada ratico no te estaba pegando pero quizá a lo mejor el palo que no te dimos en su momento... te hizo falta después...

No, entonces tu a veces no vienes a decir “fue que ustedes lo hicieron” hijo, ¿Cómo sabes tú? Porque el que te hice tetero fui yo, no me lo hiciste tú a mí, tú tienes que ser el hombre agradecido que alguien te dio familia, te rescatamos de donde tú estabas hijo, y le dimos en su momento y le seguimos dando gracias a Dios, que tú llegaste a nuestras vidas hijo, imagínate a quien le vas a dar las gracias primero, primeramente a Dios hijo, de haber llegado a nuestras vidas...

Yo le digo a la gente, con toda la orientación que le dimos a nuestro hijo, yo padre le diría que a nosotros nos faltó en el caso de mi hijo, para mí la televisión, para mí la televisión fue un factor de destrucción, que lo llevó a ser manipulado pasaba mucho tiempo frente al televisor nosotros le decíamos que no le estaba dejando nada bueno, las comiquitas no sé si usted en algún momento se acuerda de las comiquitas de yu-ghi-oh! Lo prohibieron, porque transmitía mucha agresividad, e incluso nosotros le hacíamos la vida imposible para que no lo viera pero, ¿Cómo hacíamos? De repente te dicen a ti, “el derecho del niño” y nosotros si le damos su derecho pero, él también tenía que cumplir con una obligación de mantener su cuarto limpio su cama arreglada, él no lo hacía, entonces nosotros

decíamos será que le tenemos que pegar cada vez que él no haga... entonces el psicólogo y el psiquiatra nos decían “no le pegue mas, no lo haga”

Entrevistador: ¿pero usted sentía que no tenía una estrategia para afrontar esa situación?

Padre: si para afrontar esa situación, osea no teníamos las herramientas que tenemos ahorita en U.D.A.F., para afrontarlo a él, era terrible él toda la vida fue así, un muchacho rebelde, pero rebelde no para canalizarse para lo bueno, se dejó manipular osea el cerebro de él no sé, a él le mandaron a hacer todos los exámenes, todos se los han hecho ¿Cuál puede ser el examen que usted me pueda preguntar en este momento que no se le haya hecho a él?, mira a él lo a visto un profesional que se preparó en Inglaterra, en Alemania, en Francia tremendo medico...

Y le hizo los estudios, el estudio ese que dura yo no sé cuantas horas y nos dijo “mire, su hijo está muy bien” no sé porque mi hijo es así, incluso había muchachos y niños ahí de esas edades que los estaba tratando ese medico, que estaban también con problemas, que unos los veía y decía ese niño está enfermo, yo no sé entonces porque él ha sido así si siempre ha estado con mi familia él ha hecho pataletas porque según nosotros queremos más a los primos de él...

¿Tú crees que ellos me han hecho lo que me ha hecho él? Bueno a lo mejor él se agarra porque uno de esos sobrinos me robó pero estando con él, a veces se agarra de eso pero yo le digo “hijo la confianza yo la depositaba en ti, no en él porque eres mi hijo” aquellos son mis sobrinos políticos, y también los quiero pero mi hijo eres tú, en quien tengo que tener más confianza es en ti, él a veces me pregunta “¿papá, tú crees en mí?” pero la confianza para recuperarla, en ti yo tengo que volver a pasar el tiempo para volverá recuperar la confianza, que yo crea el cambio en ti ¿entiendes? bueno lo que pasa es que él tenía quince meses cuando llegó a nuestro hogar, entonces nadie puede decir mejor que nosotros que él es esto aquello, nosotros sabemos quién es él, que hizo entonces es lo que yo digo, yo le pregunto a los que saben porque no tengo la información ¿en qué fallamos?, porque para ser padre no tenemos manual nosotros como seres

humanos tenemos que aprender a ser una familia en el camino, no tenemos quien nos diga, si podemos tener orientación pero... no es como...

Como la vida que te lo va enseñando poco a poco, hay cosas que a lo mejor ahorita no las cometo porque ya estoy orientado pero cuando uno es muchacho las comete pero... yo le dije a mi hijo "hijo, yo llegué a Caracas cuando tenía doce años, y también vi tipos que se drogaban pero nunca los tomé enserio." No me preguntes a mí porque a lo mejor pienses que te voy a caer a mentira, soy tu papá pero tú vas y le preguntas a otro, no le digas "mi papá" pregúntale "¿cómo es el tipo ese?" para ver que te dice para que me conozcas no como tu papá, para que te des cuenta a lo que he llegado yo con mi hijo, para que él se dé cuenta y valore lo que quiere, lo que tiene, que le pregunte al que me conoce, para que vea quien es su papá yo nunca he dicho que soy el mejor, pero para haber visto lo que ha pasado en mi barrio en mi pueblo como le digo, yo mira... bueno...

Entrevistador: ¿un detalle que pasamos por alto, como fue el proceso en el que su hijo se entera que es adoptado?

Padre: si bueno, el proceso de él que viene preparándose psicológicamente con la psicóloga de él, que lo quiere mucho, tenía como ocho años nueve años más o menos entonces él automáticamente le dice a la psicóloga "no eso yo lo sé" ¿y porque tú lo sabes? "porque me lo dijo una prima mía, que yo no era hijo de ellos" pero igual si ellos no son mis padres ellos me están dando la oportunidad de vivir, bueno, eso sucedió así él en ese momento nos abrazó... (Entrevistado hace una pausa larga y continúa llorando) nos dijo que éramos sus padres que nos ama... pero creo yo que no se protegió con todos esos valores que nosotros le sembramos como padres, como amigos... pero cada quien es un individuo, no podemos obligar a nadie que sea como nosotros, siempre queremos que sea mejor, nuestro hijo lo tomó de una manera osea...

Fuerte nos abrazó, se puso a llorar con nosotros, nos abrazó fuerte y nos dijo que pasara lo que pasara nosotros éramos sus padres, entonces después de

allí, bueno el cambió poco a poco cuando comenzó con esto cuando tomo ese carril me pregunto ¿en qué fallamos? Porque pasó esto.

Entrevistador: me queda una duda ¿el no lo buscaba cuando necesitaba aclarar alguna duda con respecto a sus emociones?

Padre: No, el nunca me buscaba para decirme algo, ni que le gustaba una muchacha no, él se la pasaba en la calle tuvo relaciones sexuales, tuvo relaciones sexuales recién operado de un testículo porque tenía varicocele, el médico le dijo “mira, tú te tienes que aguantar” yo le dije tú no puedes hacer nada, eso tiene que esperar una enfermera me dijo “dile a tu hijo que se cuide porque aquí, en esta unidad, hay muchas carajitas con enfermedades venéreas” mi información llegó a él, pero nunca aprendió a oír y lamentablemente si tu no oyes no progresas en la vida, lo que pasa es que él ha sido un niño, bueno ahora un hombre que tu le hablas y no te oye, y tu no le has terminado de hablar y él ya te tiene una solución, una solución chucuta porque tu no le has terminado de hablar, cuando él quiere hacer algo no termina de informarse eso es lo que tiene, claro, yo le dije a mi esposa no le pidas ahora que en un año de tratamiento vaya a cambiar lo que él aprendió en tres o cuatro años, tú no sabes cuánto tiempo necesita para recuperar esas células que ya están destruidas, que ya están quemadas cuando consumía, a él hay que darle duro para poder recuperarlo, si se puede recuperar, pero hay que ponerle un mundo.

Entrevistador: ¿Cómo ha sido el proceso de tratamiento para usted y su familia?

Padre: si, claro en eso estamos a nosotros, bueno a mí físicamente me estaba acabando la enfermedad de él porque... yo no dormía y si dormía mi esposa no dormía yo porque teníamos que estar pendiente pues, que no fuera a agredirnos, una vez que llegamos a... al Hospital allá (Hospital Clínico Universitario), nos refirieron para acá (Hospital Psiquiátrico de Caracas) nos atendieron muy excelente este...

Nos dieron las pautas que teníamos que continuar que teníamos que trabajar, trabajar, trabajar y si hemos conseguido mejoría este... ya estamos más tranquilos, si ha habido sus fallas pero como llegamos físicamente deteriorados

para acá, deteriorados por la enfermedad de él, si es verdad lo aceptamos como enfermedad que destruye a la familia y... como tal, hay que atacarla como familia, porque cuando se ataca individualmente no se consiguen las mejoras, este... por lo menos yo comparto que llegar aquí a U.D.A.F. para nosotros fue como le decimos “la casa de la vida” es bastante de verdad la mejora, vamos a decir que llevamos del cien por ciento un... treinta por ciento, porque recuerda que, y yo siempre se lo digo a mi esposa no creas que esto es de un día para otro porque el doctor mismo nos dijo, “mira, esta enfermedad es fuerte pero tienen que ir seguro con paso firme” y eso es lo que tenemos que hacer trabajemos, trabajemos, trabajemos y si esto...

Nos lo puso Dios es porque sabe que lo vamos a superar, que lo vamos a sacar adelante mi hijo tiene que ser un hombre de bien, porque como se lo digo yo a los demás son... enfermedades que esta , se las busca el hombre pero son enfermedades que tu puedes vencer, puedes vencer porque es mental tú la puedes superar, la misma enfermedad te va a enseñar a ser fuerte yo siempre le he dicho a él que a veces como dicen en términos políticos me guabinea, pero me mantengo firme en lo que he estado haciendo, así como cuando me dicen “pon los pies en la tierra” así mismo siempre lo he tratado, si lo critico es para que mejore no para que empeore, esa es parte de mi sabiduría la poca que pueda tener que Dios me ha dado en la vida ¿verdad? Entonces... que te puedo decir...

Entrevistador: ¿Qué es lo que espera a futuro para su familia?

Padre: para mi familia espero, bueno... felicidad, felicidad que seamos una familia como estaba antes feliz, no... mi familia mi esposa mi hijo y yo, no, sino mi familia completa porque así como somos aquí en U.D.A.F. una gran familia, que si tenemos un pedazo de pan, todos le damos un pellizquito, todos vamos a comer no es que yo vaya a comer solo y los de mas se queden con la boca abierta no, en eso no estoy de acuerdo porque eso no se lo transmití yo a mi familia a ninguno, yo les he dicho para saber vivir no hay que ser un “pipirinay” no, si poco tenemos poco comemos, porque como dice el libro ese que está leyendo mi esposa, uno tiene sus principios me di cuenta que alguna cosa que yo pueda hacer por ellos, por mi familia yo la puedo hacer digo yo, no hablo por los demás, para

tener como dicen una buena relación eso es lo que he transmitido a mi gente, se lo he transmitido a mi hijo, pero él lo hecha a un lado porque cree que lo tiene todo, incluso ahora que estamos colapsados con el dinero, que no tenemos dinero suficiente para ir a comer un restaurante como comíamos antes, ya eso se desapareció hijo... aparte no tenemos la misma cantidad de dinero que... que teníamos antes, y él ahora se tiene que acostumbrar a vivir como tiene que ser, porque no hay dinero como antes y cuando no se supo valorar lo que tenía, hay un dicho que no se pela: a pedir se queda...

Entrevistador: ¿Usted considera que puede conversar con su hijo mejor, antes de estar en tratamiento?

Padre: si, puedo conversar mejor con él, pero el todavía tiene problemas de que se burla de mí, y yo le digo “hijo no puedes hacer eso, no lo puedes hacer” porque si lo hace delante de otra persona le van a llamar la atención, y yo no le digo las groserías para que me respete a mí, ahorita por lo menos esta incomodo conmigo porque yo no le hablo, porque me dijo una grosería que no tiene porque decírmela, porque no amerita lo que yo hice que me dijera una grosería con decirme “mira papá, no me quites mi música” pero no puede salirme con una grosería porque... está pasando por encima de la norma, no puede cavilar no puede decir grosería, con decírmelo de otra manera ya está...

Que yo a veces le contesto mal es verdad pero soy un ser humano, así como yo entiendo a los demás los demás me tienen que entender a mí, porque si no es la ley de... no sé que será... pero con él hay que estar a la defensiva ¿Qué te pasa? cálmate, las cosas no pueden ser así como tú quieres.

No te creas la vida de mi hijo nos llegó fuerte, no creas que fue fácil él ha sido un niño rebelde pero a él no le faltó nada siempre tuvo hasta su propio cuarto solamente cuando esta chiquito digo de meses, de pañales fue que durmió con nosotros, yo a veces le digo hijo, ¿quien le puso los pañales a quien? ¿Quién le dio tetero a quien? Y él “bueno ya me lo estas sacando tú” yo le digo hijo, es para que me respetes yo no te estoy sacando nada a ti, si tu viniste a nuestras vidas es porque nosotros podíamos darte esa comodidad, no porque somos ricos sino

porque trabajamos y tenemos un hogar y cualquier cosa que hay que mejorar se mejora, yo le digo a él que se consigue personas en el camino que lo quieren ayudar a parte de su mamá y su papá, y esa suerte no todo el mundo la tiene, te lo digo yo como ser humano, el tiene primero que pensar las cosas antes de decirlas, y el tiene un error que se guía por lo que le dicen los demás es muy manipulable, y me pregunto ¿qué hago? No le vamos a pedir que cambie de la noche a la mañana él en estos días trajo un punto de entendimiento con la mamá, que se está llevando mejor porque la mamá es quien lo frena, pero también nos cansamos la gente nos ha dicho “pero métenlo en una vaina de locos” pero no es su hijo...

alguien una vez me dijo “agárralo y tóralo para la calle, con colchón y todo” pero como lo abandono si es mi hijo, yo no sé si el amor de nosotros será un amor... pendejo, una vez un sobrino me dijo “tío, ya no hay amor sincero” y yo le dije si, si hay amor sincero y el día que usted lo pierda lamentablemente usted no está bien, mi único interés es que mi familia esté mejor no para que me mantengan a mí, sino para que estén bien, aquí estoy aquí me tienen, seguiré viviendo porque mi hijo me necesita y hasta que Dios me lo permita porque para mí el amor no tiene precio, y por eso seguimos trabajando... Sí, bueno eso para terminar gracias por la entrevista hijo gracias por escucharme y espero que le sirva todo lo que le dije para su trabajo.

Anexo n° 2

Entrevista a Sujeto farmacodependiente con patología dual

Edad: 20 años.

Ocupación: sin ocupación actualmente.

Nacionalidad: venezolano

Grado de instrucción: Bachiller

Entrevistador: Bueno ya vamos a empezar la entrevista, necesito saber de tus primeros años cuéntame ¿cuáles son los primeros recuerdos que tú tienes?

Sujeto Farmacodependiente: Son Bonitos, mis primeros recuerdos son...de mi infancia, era cuando mi mamá y mi papá compartían, era una familia...organizada, respetuosa, pero había errores que eran muy... estrictos, muy correctos en sus cosas y... en esa infancia, y disculpa que te hable de lo... primero de lo malo que viví.

Entrevistador: no tranquilo puedes contar como te acuerdes.

Sujeto Farmacodependiente: Sufrí de violación... me violaron por las nalgas, me... (Silencio)

Entrevistador: pero vamos a empezar por orden, tus primeros recuerdos digamos los cinco años ¿qué recuerdas a los cinco años en tu casa en relación a tus padres?

Sujeto Farmacodependiente: que... mi papá... llegaba del trabajo y... yo corría hacia él muy contento porque era un niño muy alegre con mi papá siempre fui amarrado a mi padre, y lo abrazaba con amor y cariño pero mi papá es muy estricto y mi mamá bueno, siempre... yo... yo fui un amor con ella y un cariño y siempre me sacaba a pasear pa` muchos lados, este... cuando... me daba fiebre de alta temperatura porque sufría de amigdalitis mi mamá me bajaba la fiebre amanecía conmigo, pero también hubo la parte mala en que... yo estaba en el maternal, y fue cuando me violaron... que fue un señor que... eso fue a los cinco años, y a los cinco años mi tía abusaba de mí, me... este... me estimulaba sexualmente y a mí se me paraba ¿entiendes? a mí me gustaba y entonces yo tenía relaciones con mi tía yo ya sabía que era una mujer, sabía desnudar una mujer yo no tenía aquí en la mente de amor pues ni el sadismo.

Entrevistador: ¿tú no tenías en la mente la idea de que eso podía ser malo?

Sujeto Farmacodependiente: exactamente. No tenía la idea porque gustaba, me gustaba sentía placer exactamente.

Entrevistador: ¿eso fue a los cinco años?

Sujeto Farmacodependiente: si a los cinco años, a los seis años... fue mi primer colegio... me acuerdo yo la... Gabriela... Gabriela mistral.

Entrevistador: Ok, Cuéntame ahora de tu experiencia escolar.

Sujeto Farmacodependiente: Aja! en la Gabriela Mistral... me acuerdo... que... fue bien bonito y yo también viví lo que fue el fastidio, y el bulling, sobre mi color (explica entre lagrimas) se burlaban de mi, se burlaban de mi color decían que yo olía mal que se alejaban de mi de hecho me gustaba una muchacha que era... no fue mi primera novia, mi primera novia fue otra que... fue feita pero fue mi novia este... que me gustaba una muchacha que se llamaba Andrea y... no me prestó atención por lo mismo por el color y eso.

Entrevistador: y en ese momento que empezaste la escuela. ¿Cómo eran tus padres contigo? ¿Te ayudaban con las tareas, hablaban contigo de este problema?

Sujeto Farmacodependiente: yo le comentaba a mi mamá y mi mamá me secaba la cara, pero mi mamá era muy estricta cuando yo... llegaba sin la tarea copiada me pegaba me reventaba a palo, mi papá también, me pelaron con... con correa de cuero con mangueras, me pegaban pues mi papá lo niega pero fue verdad mi papá me pegaba a mí, ellos mismos lo reconocen a veces “nosotros no sentimos mal por... haber... hecho eso con él haberlo criado de esa manera” pero fue verdad yo viví una experiencia en mi infancia bonita y a la vez fea pues me acuerdo que... mi primera vez que... me llevaron a la dirección fue que le metí una mano a un niño por lo mismo de... por tanto decirme: “tú esto, y lo otro.” porque era enanito, de mi color, de mi tamaño y le metí una mano (lleva su puño derecho a la palma de la mano izquierda) le metí una mano y le puse el ojo moretiao, mi papá tuvo un problema con el director, que le quería hasta meter una mano al director, entonces mi papá me dijo estas palabras: “la próxima vez que tu vuelvas a llegar golpiao’ yo te voy a entra’ a palo.”

Entrevistador: ¿tú considerabas que eras un niño que se portaba bien o mal?

Sujeto Farmacodependiente: no, me portaba mal tremendo, una vez vi una niña desnuda en el baño (risas), otra vez... me entraba a golpe que con los muchachos todo el tiempo eeh... me escapa de clases era... tenia déficit de atención.

Entrevistador: ¿de atención?

Sujeto Farmacodependiente: no... no prestaba atención de hecho todavía me lo tengo porque a veces me pongo a leer, no puedo leer corrido porque nunca tuve concentración en la lectura en la mate... en la matemática si, en la matemática soy excelente este... fíjate que yo me acuerdo que para pasar a segundo grado... me hicieron... hacer los números del uno al cien... y yo los hice como dicen completo, sumaba, restaba... y... me querían pasar para segundo grado porque era bueno en la matemática me pasaron para segundo grado y ahí fue el maltrato de una profesora hacía mí... que me...

Entrevistador: ¿en la misma escuela?

Sujeto Farmacodependiente: en la misma escuela, me jalaba las orejas, me maltrataba era racista en esa época te acuerdas que antes que se pusiera Chávez existía el racismo, entonces... yo... como también era chavista, yo decía “viva Chávez” y allá eran escuálidos me pusieron el ojo montao’ entonces yo iba había otros que echaban vaina y no les pasaba nada, y a mí sí, vamos a citarle el representante sin embargo un día fue... ahí fue cuando empecé a venir porque tenía trastornos de conducta me empezó a ver mis primeros terapeutas fue por... por el este, por el este...

Entrevistador: ¿a qué edad?

Sujeto Farmacodependiente: a los seis años.

Entrevistador: ¿pero fue que tus papás hablaron contigo?

Sujeto Farmacodependiente: Hablaron con el director porque el director era un... un psiquiatra, entonces el director, mandó un... un tratamiento que es ribotril, para el comportamiento y broma entonces eran unas pastillitas chiquiticas y me la daban con jugo y me llevaban a terapia también, me gustaba la pastillita y broma pero eso me ponía... mas... peor era antes la hiperactividad me ponía peor, me ponía mas hiperactivo me entraba a golpes bueno pues era un... desastre y siempre me reventaban a palo` en el cuarto porque me portaba mal entonces... yo no ahí... cuando cumplo seis años, siete años viene la perdición ya no había más plata, me enamoré de una prima que ella hoy en día tiene su pareja, su hijo pero

eso me afectó a mi porque yo la amaba a ella, pero antes de eso vivimos una infancia muy bonita con ella me hizo un trastorno psicológico cuando ella me dejó... y.. allí... fue cuando empecé a tener ya a los dieci...

Entrevistador: Vamos con calma, me estás hablando de la parte de la escuela. ¿te cambiaron de escuela? ¿Por qué te cambiaban de escuela, tu sabias por qué?

Sujeto Farmacodependiente: porque mi comportamiento era hiperactivo... y nadie me soportaba entonces...

Entrevistador: ¿Qué hacías? dame un ejemplo.

Sujeto Farmacodependiente: no sencillamente me botaban del liceo, del colegio y... teníamos que buscar cupo en otro lado porque no me botaban ahí mismo sino al final de año.

Entrevistador: ¿y que decían tu mamá y tu papá de todo esto? ¿No hablaban contigo?

Sujeto Farmacodependiente: me reventaban a palo' (risas) nunca se sentaban a hablar conmigo hasta que... busqué la psicóloga... la psicóloga... el primer psicólogo mío fue Montilla y otra psicóloga mía fue... este... Petra. Y después vino la tercera que fue... una psiquiatra este... cónchale el nombre de ella se me olvida siempre... tuve... tres terapeutas.

Entrevistador: ¿a la edad de...?

Sujeto Farmacodependiente: No, el primer terapeuta fue a la edad de ocho años, ya porque mi papá era muy agresivo conmigo me entraba a cocotazos me daba cachetadas, me daba cónchale un maltrato psicológico entonces coño empecé a ser rebelde hacia mis padres me ponía a llorar era rebelde le salía con patadas, empecé a padecer de trastornos de conducta y de sentimientos que me ponía a llorar y quería irme de la casa bueno empezar deshacer de mi vida, entonces ahí... cumplí los... ocho años. Me llevaron para... la José martí, en la José Martí fui... un muchacho... excelente en las materias pero... como yo ya había pasado por segundo grado, y en segundo grado no le presté atención a las materias sino a las

noviecitas que tenía, ya la jodedera que tenía con los muchachos me iba para la calle y... para el patio del colegio y hechaba broma, me escapada del colegio y hechaba broma y prácticamente pase por debajo de la mesa segundo grado. Cuando llegué a tercer grado no sabía dividir y tú sabes que en tercer grado tú tienes que saber dividir y multiplicar, sumar... si sabia restar si sabia pero sin embargo fue allí cuando los profesores yo conocía los profesores Luis y Jorge, que se afincaron mas en mí y me ayudaron, porque sabían la problemática mía y sabían que yo era adoptado, entonces... ellos me ayudaron me acuerdo yo bien que ellos eran estrictos conmigo me regañaron y todo pero Luis me enseñó a leer a agarrar dictado, y el otro me enseñó a multiplicar y dividir pero no lo sabía bien, sabia mas sumar y restar.

Entrevistador: ¿y tus padres te ayudaban con las tareas?

Sujeto Farmacodependiente: si me ayudaban.

Entrevistador: ¿Quién te ayudaba más?

Sujeto Farmacodependiente: mi mamá, mi mamá pero cuando yo no hacía la tarea por lo menos no la copiaba y no hacía nada en el día porque me daba sueño, y era flojo pues me... me... ponía a... a... mi mamá me ponía a hacer tarea con una amiga mía que se llamaba Wendy que era una prima política y me ponía a hacer la tarea con ella rah rah rah... bueno, cuando yo me quedaba dormido mi mamá agarraba una correa y me daba duro, juas! Juas! Juas! “¿por qué te quedaste dormido?!” (simulando gritos) “tienes que hacer la tarea esto y lo otro.”. Empecé a sentir estrés en el pelo, empecé a rascar la cabeza me... me... empecé a sudar las manos... entonces... vivía en un estrés prácticamente.

Entrevistador: ¿ninguno de tus padres te reconocía cuando de repente hacías la tarea?

Sujeto Farmacodependiente: si me reconocían me daban cosas me daban paseos.

Entrevistador: ¿Cómo te reconocían? ¿Te daban abrazos te decían que te querían?

Sujeto Farmacodependiente: no... no... me daban cosas, paseos, pero cuando no hacía nada me castigaban severamente pues. Este... las tareas que... me pusieron a mi fueron las olimpiadas matemáticas, yo no las hice, porque era flojo yo era nada mas suma y resta, suma y resta y se pusieron conmigo a aprenderme la tabla de multiplicar porque había multiplicación entonces al final, y allí yo ya estaba con Petra y Benavides y Benavides le dice a mi papá, que era Benavides Montilla y le dijo a mi papá “ponlo a hacer la suma y la resta y dale este libro” yo... era un libro de caligrafía Palmer, entonces y en matemática me puso a hacer cien ejercicios suma resta y multiplicación porque era la única, quedé agotado, pero las hice todas, todas, y no te voy a decir que no fue difícil y tal porque... (risas) me costó primera vez que presté atención para no saber dividir ni multiplicar bien, lo hice bien, entonces... el profesor Armando le dijo: “yo te lo puedo pasar pa’ cuarto grado” a mi me habían pasado de grado con D o sea, con D, pero yo no estaba bien preparado. “Yo te lo puedo volver a aceptar aquí pero... y llévate a otro colegio para que te lo preparen, porque él no está bien preparado.” “el debería estar en tercer grado todavía”.

Mi papá me llevó a la casa y me reventó a palo que tal..., porque raspaste que tal, la psicóloga al tiempo Petra cuando yo la conozco, y ella le dijo a mi papá “no le estén dando más golpes a él porque no está ayudando” ahí fue cuando empezó el trastorno de conducta mío porque a veces mi mamá se ponía a llorar y me decía, pero era cuando yo sabía que era adoptado, porque una prima mía que se había enamorado de mí, como ella estaba tan enamorado de mí, me dijo: “tú eres adoptado y tú puedes ser mi novio” entonces yo le dije no, es pero es que... o sea ella me gustaba pero no tanto como mi otra prima Andrea que era mi primer amor mi primera novia pues entonces... yo...

Entrevistador: ¿y qué sentiste después que tu prima te dijo que eras adoptado?

Sujeto Farmacodependiente: no bueno o sea yo no le creí, hasta que me lo dice mi mamá por su boca, pero antes de que eso pasara pasó un proceso que fue la psicología, allí ella Petra me ponía a hacer palitos chinos, todos los ejercicios de concentración, y era porque como yo me desconcentraba muy fácil, bueno tú te habrás dado de cuenta que a veces me preguntas, y yo te puedo responder rápido

porque es algo que ya es normal de mi ya ¿ves? entonces... cuando... eso sucede...

Entrevistador: ya me dijiste como te enteraste por tu prima como eso sucedió, pero ahora me puedes decir ¿cómo te enteraste por tus padres que eres adoptado?

Sujeto Farmacodependiente: allá es donde voy, un día en la terapia cuando ya paso para, para segundo grado que estaba en segundo grado no me habían dicho porque en segundo grado también tuve problemas porque era un colegio de niños pago y yo... esteem.. me enamoré de una morenita hermosa que yo gustaba mucho de ella, esa fue mi novia, y tuve problemas con un muchacho que me hacía bulling fuertemente, que se llamaba Ronald, y empezaba ese muchacho a darme lepe, a pegarme, que era caraoteka, y yo como era el más mayor yo no podía golpiarlo pues, pero como allí yo comencé a ser impulsivo le metí un golpe a tres muchachos allá, y me suspendieron por una semana, entonces empezaron otra vez los problemas del colegio y mi mamá empezó a mas o menos castigarme, a quitarme el play, me quitaba el play y me castigaban severamente con sus palabras. Mi papá tampoco me castigaba así ya severamente, pero cuando pasaba tiempo ya y me suspendían, ahí si me pegaban ¡juas! ¡juas! Volvían a lo mismo era con correa de cuero ¡pao! ¡pao! y la correa de cuero marca.

Entrevistador: y te vuelvo a preguntar, ¿Cómo fue que te dijeron tus padres?

Sujeto Farmacodependiente: ahí voy, entonces al tiempo, cuando paso para tercer grado, todavía no sabía que era adoptado... yo ya era un buen estudiante, seguía viviendo el bulling, seguía pasando lo mismo, seguía pasando lo mismo de antes me botaron de ese colegio, y ahí si me mantuve estable por dos años en ese colegio que fue el Latinoamericano, en el Latinoamericano...

Me acuerdo que cuando llego, me enamoré de una pelirroja que se llamaba Andrea, pero de mi se enamoraba una catirita que se llamaba Andrea también, Andrea Castellanos y Andrea Payares, pero ahí yo tenía un amigo mío, que me hacía mucho bulling que se llamaba Cristian, yo me uní con él y echabamos broma, nunca le pegué porque nos llevábamos bien y echabamos broma, cuando llego a cuarto grado es cuando yo me quieren, porque me estaba portando bien ya

no tenía tanto problemas en el colegio, mi maestra fue Ninoska, y... este... ella me defendía y broma entonces un día llegó mi mamá y mi papá y me compraron un... una... ¿cómo es que se llama eso? un Toronto y una Samba, a mí me gusta la Samba y ellos se ponen hablar de la terapia y me preguntaron qué pasaría si yo fuera adoptado, y yo les dije “yo quiero a mis padres tal como son” y fue ahí cuando me dijeron “mira hijo, nosotros queremos decirte que tu eres adoptado” por un lado sentí rencor, rencor por qué coño lleve tanto palo...

También me sentía superado por mis primos, porque mi mamá le daba más importancia a mis primos, pero yo no veía el otro lado de la parte que ahora si lo veo que... mis primos no tuvieron papá, mis primos no tuvieron los privilegios que yo que tuve, lo mejor entonces... eso nunca lo había visto, a veces no vale que te den ¡bombas y castillos! ni que te den el cielo y la tierra, sino el amor, el afecto, eso yo siento que le faltó a mi mamá conmigo, un abrazo, un te quiero, seguir adelante que se sientan orgullosos de mí, mi papá a veces no se siente orgulloso de mí.

Entrevistador: tú dices que tu papá no se siente orgulloso de ti. ¿Él te lo dice?

Sujeto Farmacodependiente: No, pero yo veo su actitud hacia mí, su comportamiento hacia mí que me hacen sentir que no está orgullosos de mí, me hace sentir que soy un enfermo y tengo que salir por lo menos de esta enfermedad y... con eso me hace sentir mal, y el no siente que yo soy su hijo, y se tiene que sentir orgulloso como todo padre que he visto que agarra a su hijo y lo abraza, yo quiero que él un día me diga “me siento orgulloso de ti” porque él me ha acompañado en las buenas, y en las malas y yo he estado con él en las buenas y en las malas y de ahora en adelante, eh... a lo que yo me entero que soy adoptado, eso fue como...

Wow... (con lagrimas en los ojos) de una vez pregunté ¿Quién es mi mamá? Porque quien siempre... (toma una pausa respira, y dice llorando) yo siempre he querido saber lo que se siente ser amado, ser querido, y no me llena el amor de mi madre, porque he tenido problemas con mi madre y mi padre, y por los problemas es que yo me he querido ir de la casa, he tenido mente trastornada

pues me he querido ir de la casa he querido, y fue allí cuando empecé con mi primer deterioro que fue el alcohol, a los doce años

Entrevistador: ¿y ya estabas en el liceo?

Sujeto Farmacodependiente: No, estaba en quinto grado porque a mí me habían retrocedido dos años fue mi primer deterioro legal, que fue con mis primos con una botella de whisky, y como él bebía yo quería ser igual de adulto que él, porque me quería parecer igual que ellos pues.

Entrevistador: ¿pero fue en tu casa o fue en donde?

Sujeto Farmacodependiente: fue en mi casa y yo me deterioré, ahí fue cuando mi primo abuso de mí, porque yo estaba deteriorado y le dije “primo ayúdame” y él me bañó, y me metió el dedo por el rabo y comenzó reírse de mí, a grabarme desnudo, y yo no me puse a llorar ni nada, que aunque yo estaba rascao’ uno se acuerda ¿verdad?, al siguiente día amanecí con un dolor estomacal, empecé a vomitar, por el ratón que tenía, le dije a mi mamá y mi papá, y mi papá me reventó a correazo... debido a eso... yo... empecé a escondidas a tomar licor, yo tomaba licor, no tomaba cerveza ni nada sino licor, bueno tomaba chimeneau, whisky... ¿cómo es que se llama? Anís...

Entrevistador: ¿pero los conseguías en tu casa, como lo conseguías?

Sujeto Farmacodependiente: Estaba con mis primos, y mis primos me daban, me rascaban... eh... a los trece años... a los trece años paso para quinto grado, no mentira a los doce años paso para quinto grado, y a los doce años viví una etapa con una profesora y con otra subdirectora que me tenían rabia, rabia... y me hicieron la vida imposible.

Entrevistador: ¿Por qué dices que te tenían rabia? ¿Qué hicieron para que tú digas que te tenían rabia?

Sujeto Farmacodependiente: Porque cuando yo llegué el primer día de clases, “siéntate allá” porque ellas sabían que era hiperactivo, pero ella siempre que yo hacia algo me ponía mal, me decía que yo era tremendo, y allí fue cuando una vez

ella yo me comencé a juntar con los muchachos, yo siempre fui alegre bochinero, y comencé a jugar con ellos pelotica e´ goma, y en el recreo eran quince minutos nada mas, imagínate, cuando el recreo es media hora entonces... bueno yo... en ese momento me enamoré de Andrea castellano y fue cuando perdí... cuando tuve mi primer relación sexual de tanto ver pornografía y broma.

Entrevistador: vamos a detenernos en esta parte, ¿tus padres alguna vez te hablaron de sexualidad?

Sujeto Farmacodependiente: No nunca, mi mamá siempre por ese lado me decía “no, eso es grosería”, “eso es grosería” entonces una vez mi mamá me cachetió, a mí, en la cara porque me descubrió que estaba viendo pornografía, pero la pornografía no la ponía yo sino mis primos.

Entrevistador: ¿y cómo veían ellos pornografía?

Sujeto Farmacodependiente: Escondidos en la casa veíamos en Direct tv pornografía, entonces yo era un niño de siete, ocho años y yo bajaba y me masturbaba, me masturbaba pues, entonces cuando eso yo me enamoré de esa muchacha y a esa muchacha le gustó yo y... Hasta que una vez una vez yo la besaba mucho en el patio del colegio y ella me daba muchas cachetadas me celaba hasta que yo le dije “mira ¿qué te pasa? ¿Porque me cacheteas mucho?” y no le pegué, yo nunca le pegué, cuando estoy bueno y sano yo nunca le pego a las mujeres entonces ella... ella me... me agarró tanta rabia que me mandó a fuñir con los hermanos, me fuñeron... (risas)

Entrevistador: me dijiste que tú cuando tuviste esa primera relación sexual tenías trece,

Sujeto Farmacodependiente: no vale, doce.

Entrevistador: ¿y usaste protección?

Sujeto Farmacodependiente: No vale a rin pelao´ (risas) no hubo protección me salieron unas pepitas en el pene, pero te vuelvo y te repito eso es algo normal de mi cuerpo, no usamos protección porque era una niña, era una chama y nos

gustamos, bueno nosotros... ella se bajó la falda se bajo la pantaleta y fuimos al baño la empecé y la besar me gustó y... la penetré... y me sentí... chamo, tu sabes que cuando uno prueba eso la primera vez va con todo y nosotros después de eso teníamos mas relaciones y chamo yo ya estaba desarrollado pero yo tenía el pene desarrollado pero no tenía un pene para usar un cordón (condón) pues, y lo hacíamos a rin pelao' y yo la protegía a ella, la cuidaba mucho, la celaba porque era mi novia, siempre, pero era porque como me celaba mucho a ella no le gustaba que yo me pusiera con las demás muchachas, y había muchachas que se ponían a ser comentarios que yo tenía relaciones con ella, como yo era el caballero más desarrollado de todos los que había ahí, el más mayor entonces me buscaban esas muchachas y entonces se ponía peor, claro, de su parte no hubo problemas todo el mundo sabía que era novio de ella, cuando yo me dejé de ella fue por un problema que tuvimos porque me celaba mucho me cacheteaba mucho era muy "chiki nais" era muy mente polla pues, entonces... ahí fue... cuando...

Tuve mi segunda relación sexual, con otra mujer, y fue cuando empecé a tener relaciones sexuales a escondidas con las carajitas, a escondidas siempre... sin usar cordón (condón), hasta que cumplí los quince años y ahí si porque llegué a primera año a los quince años llegué a primer año a los catorce llegué... a los catorce compre mis cordones (condones) porque ya me quedaban, comencé a masturbarme con los cordones (condones) a ver si me quedaban (risas) y luego empecé a tener relaciones con mujeres de mi...

Entrevistador: ¿y tu papá nunca habló contigo de mujeres?

Sujeto Farmacodependiente: si mi papá, con mi papá si llegué a hablar no con mi mamá, entonces mi papá "¡no, tú quieres tener siempre una mentalidad morbosa!" (en tono de reclamo) "que siempre tienes meterle el guevo" "que ponerle el guevo" pero como yo me la quería dar de mas macho me cojía a las mujeres y ya, y si se van no importa porque yo no andaba enamoraó' ni tenía eso en la mente todavía entonces...

Entrevistador: ¿eso fue ya estando en el liceo?

Sujeto Farmacodependiente: si cuando llegué al... al... séptimo grado me enamore de Bracho y... tuve sexo con ella... le quité su santidad, y tuve el problema con la mamá, porque la mamá se había dado cuenta, y entonces me iban a denunciar y todo pero yo le dije “señora su hija fue la que buscó la relación sexual” yo no la obligué a que abriera las piernas, entonces lo entendió entonces después ella se desentendió de mí me empaté con otra muchacha pero siempre...

Entrevistador: vamos a hablar de la parte del liceo, ¿tus padres hablaron contigo del liceo? ¿Los riesgos que se tiene en el liceo?

Sujeto Farmacodependiente: me hablaron que el liceo salen las mujeres preñadas... que el liceo es como la universidad bueno yo cuando entré al liceo... Bueno yo siempre hablo de las mujeres porque es lo que me gusta, soy mujeriego me empaté con una chamita de octavo grado una morenita, era feíta pero uno como dicen debe agarrar fallo, (risas) entonces yo me empaté con ella para que dijeran “coño el nuevo se empató con una de octavo grado” (risas) bueno allí fue cuando conocí a Luis Pinto que ese era un repitiente que para mí no fue una mala persona y bueno... me junté con Luis, Eric, John, y Carlos...

Éramos el grupo que mas echaba broma y cuando había una pelea salíamos nosotros por nuestro salón, y nos hacíamos respetar, yo me hice popular porque me junté con la cuarentena como decimos aquí, con los deteriorados, le hacía maldad a los muchachos, calzón chino, los metía a la poceta... nos jodíamos entre nosotros mismos nos metíamos lepes entre nosotros mismos nos caíamos a golpes entre nosotros mismos como hermanos que éramos, en ese momento existe lo que era, lo que se llama jubilarse, nos jubilábamos, y...

Yo como tenía problemas de conducta también en el liceo una vez le toqué una nalga a una gocha que me gustaba, (risas) le toqué las nalgas, ella se lo dijo al director y el director por una semana bueno, entonces yo sé que fue mi responsabilidad pero yo igual iba pal´ liceo para que mi mamá y mi papá no se dieran cuenta y me espera afuera a que se jubilaran los panas y me iba con ellos pa´ San Martín, y por ahí comenzamos a joder a fumar cigarrillo, después fué la Marihuana...

Entrevistador: ¿el cigarrillo fue a qué edad?

Sujeto Farmacodependiente: a los quince.

Entrevistador: ¿y cómo fue tu primer contacto con el cigarrillo? ¿Te lo ofrecieron. Tu lo buscaste?

Sujeto Farmacodependiente: no yo lo vi y como que me provocó, y fumé primero empecé fumando, fumando, hasta que me empezó a gustar como yo veía que a las muchachas le gustaban los chicos que fumaban, y broma, yo era entonces como el más popular de eso grupos y bueno y el más respetado porque como era bochincherero y broma me había ganado el cariño de las mujeres, y de los amigos, de los amigos y también como yo era el organizador de las bromas de los eventos... por lo menos... había ron, y yo decía “hay tal rumba en tal sitio nos vamos que tal” con eso yo le robaba plata a mi papá, hasta eso yo le robaba hasta un millón de bolívares a mi papá, pa’ gastar en la fiesta con las muchachas, también le daba a los compañeros míos de ahí, comprábamos botellas, cigarrillos, marihuana nos drogábamos y... y después tirábamos con las carajitas, a veces sin cordón, (condón) y nos cogíamos a las carajitas después ellas por su lado y nosotros por nuestro lado.

Entrevistador: ya que estas hablando de tu contacto con la droga ilegal, ¿cómo fue ese primer contacto?

Sujeto Farmacodependiente: ¿con la marihuana?

Entrevistador: si.

Sujeto Farmacodependiente: me la ofrecieron, los mismos muchachos con los que yo andaba, uno de ellos era vendedor de droga saco una paca e’ marihuana y dijo “chamo, ve acá la marihuana es mejor que el cigarrillo” yo le creí yo le dije vamo a’ fumar cuando fumé, al primer momento sentí un mareo así se me nubló los ojos y... empecé a toser... y a vomitar... pero me gustó la broma y empecé, “se hombre que tal” y empecé (se lleva las manos a la boca simulando el consumo) ahí fue cuando empecé a fumarla, después no me gustó la marihuana,

después que la había probado no me gustó tanto... empecé con el perico... y con el popper.

Entrevistador: ¿y cómo llegaste a estas otras sustancias?

Sujeto Farmacodependiente: el perico porque yo trabajaba de colector con mi papá, pero después como mi papá no me paga mucha plata yo quería que me pagaran más y yo me iba con otros pa' la vega con los otros camioneteros me ponía y un día llegué ¿qué es esto? “esto y lo otro”

Entrevistador: ¿y los otros camioneteros consumían?

Sujeto Farmacodependiente: si los otros camioneteros consumían, yo me ponía con ellos, ¿Cuánto cuesta esto? ¿quién la vende? “un tipo así que tal” y yo me llegaba, pa' donde el jibaro con los mismos estudiantes míos los que consumían perico y bueno y me guelía la nariz, y ahí empezaba todo mi trastorno psicológico porque cuando tu medio me decías ¿hola como estas? Yo ¡Qué es lo que te pasa! ¡que tal! (simula gestualidad agresiva.)

Entrevistador: te pusiste más agresivo, desarrollaste la agresividad.

Sujeto Farmacodependiente: si agresividad, llegaba a la casa a veces rascao, ´ drogao, ´ llegaba era a dormir pero cuando mi papá me empezaba a decir “no porque tú, pin, pun pan,” “que tal, no joda.”

Entrevistador: ¿y tú llegaste a consumir varias sustancias a la vez?

Sujeto Farmacodependiente: marihuana, perico y el alcohol, yo te consumía de todo.

Entrevistador: ¿y cómo fue en tu casa como se enteraron tu papá y tu mamá?

Sujeto Farmacodependiente: ellos no se enteraron, hasta los dieciocho años que yo cumplí que estaba yendo al culto evangélico.

Entrevistador: ¿estuviste desde los quince hasta los dieciocho sin que ellos se enteraran?

Sujeto Farmacodependiente: sin que ellos se enteraran porque yo... osea yo consumía, pero a escondidas, consumía siempre a escondidas, y ellos nunca lo sabían y ellos cuando se enteraron se enteraron porque yo le dije ni siquiera pensaron que yo consumía. Entonces... yo... llegaba tarde a veces del liceo y era porque estaba consumiendo. Yo a veces lo pienso y me arrepiento, porque me jubilaba de física y química y yo necesitaba eso para nivelarme para la universidad. Entonces fíjate... que... empezó el trastorno psicológico, porque en la casa, mi mamá llegaba y discutía conmigo...

Entonces ellos no sabían, todo eso no sabían lo que me pegaba a mi era la depresión por mis padres la discusión de mis padres porque siempre había una discusión, siempre había esto mi mamá era muy impulsiva conmigo, mi papá también entonces yo también le reclamaba a mi papá frente a mi mamá, primero el deterioro legal (alcohol) y los cigarrillos, porque a la primera que me viera los cigarrillos me iba a dar una pescosá, y me iba a reventá la jeta, yo no respetaba a mi papá por ese lado entonces yo tomé la cerveza, entonces tomaba cerveza pin, pun, pan... yo me rascaba y me escapaba, iba a la calle consumía entonces... a los...

Entrevistador: ¿cómo empezó ese problema que tú dices que te persigue hasta hoy día de la impulsividad?

Sujeto Farmacodependiente: bueno por lo mismo de... de... de... lo que pasó, fue que quise ser siempre el pilar, siempre quise ser el mejor para mi familia pero cuando yo, llegaba a la casa mi papá siempre como te dije no me veía como un pilar, sino como un error... como un error eso es lo que yo creía... entonces mi... yo... yo llegaba a la calle y ¿bueno papá? y es lo mismo, me ponía a hablar con las muchachas pin, pun, pan, me iba con los malandros y me ponía a fumar uno... (Se lleva las manos a la boca simulando el consumo) y mas nada, yo un día llegué y le cantaba la zona, yo cantaba la zona cuando yo era una lacra “mira por ahí vienen los pacos” y era callejero y una vez se llevaron preso a un primo mío porque le encontraron droga, yo siempre he tenido contacto con la droga aunque no lo creas, un tío mío consumía alcohol, un primo mío traficaba droga, había unos tíos que consumían droga.

Entrevistador: ¿pero de ellos nunca llegaste a tener sustancia directamente?

Sujeto Farmacodependiente: no, hasta que yo necesité de la sustancia y ellos me dieron. Este... empezaba a cavilar, “la droga” “coño me gusta esto” con reggaetón, para mí el reggaetón porque era la música con la que yo me deterioraba (drogaba), entonces... me empaté con una chamita, llamada Oriana, y la chama cuando se enamoró de mi tenía quince años, y yo le decía que no porque era una menor “vamos a empatarnos aunque sea” y me empaté con ella para no decirle que no, entonces... en ese momento, eh... yo empecé a tener trastorno me enamoré no de ella sino de otra chama, y esa chama me engaño cuando me engaña, consumo, osea cuando me engaña, cuando vivo frustraciones cuando me frustró, consumo ¿ves? entonces me escapaba, me iba para el basurero a fumar marihuana porque eso es lo que me daba más satisfacción.

Entrevistador: ¿Cómo la conseguías?

Sujeto Farmacodependiente: Con un primo mío, un primo mío la conseguía, y como yo soy así buena gente comparto con la gente, si malandrizo pero cuando estoy drogado, con una persona sí que se meta conmigo, una rabia, pero yo compartía con la gente y me decían “caraota que tal, pan” y nos íbamos. Y pendiente yo que mi papá nunca me viera en eso... me echaba perfume tomaba... este, malta porque la malta corta el olor parece mentira, pero si fumas... (sujeto se detiene, ve al entrevistador y se ríe) pero si llegas a ver a una persona fumando marihuana y toma malta, se le corta el olor a marihuana se le corta de la boca, y... te echas perfume y ya.

Entonces... me empaté con Oriana le quité la santidad cuando ella cumple los dieciséis años después se empató con un primo mío, que era medio raro, pero como yo me la eché él se la quiso echar. Entonces ella buscó su objetivo porque el objetivo de ella era yo, entonces yo terminé con ella después entonces fue cuando me enamoré, me enamoré por primera vez de Elsi que me encantaba era mi amor, entonces...

Me acuerdo yo muy bien que se día salí iba a comprar tarjetas telefónicas porque yo estaba chateando con una chama llamada Jennifer que estaba buena que

iba a ser mi novia pero... yo era el amante porque ella tenía un novio pero yo si le hablaba y broma, pero ella tenía su novio entonces ella iba a terminar con el novio pa' empatarse conmigo pero ella era santera, y a mí no me gustaba yo siempre he sido cristiano y para mí no... si me hubiera quedado con ella un fuera sido feliz porque... (risas), pero a la otra la conocí porque yo le estaba cayendo a una chama se llamaba María Paola que yo la veía en la calle con la mamá y le gritaba (entono burlón) "suegra" yo me... me... la vi y le hablé a esa chama le caí, y la conquisté y fuimos novios al primer día tuvimos, a los días tuvimos sexo, después al siguiente día tuvimos sexo y siempre lo teníamos hasta que... un día me decidí vamos a hacerlo sin cordón (condón) porque ya somos marido y mujer, estamos teniendo sexo, estamos haciendo el amor bueno vamos a ver y me lo quité, y lo hicimos hasta que un día ella me dijo "estamos fornicando" y yo le dije ¿qué es eso de fornicando? "Estamos haciendo el amor antes del matrimonio y eso está prohibido, vas a tener que ir a la iglesia" ahí fue cuando recibí la palabra de Dios por primera vez, y me llegó, hallé la forma de no consumir droga por un rato...

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo?

Sujeto Farmacodependiente: un año... como un año... yo tuve ilusiones me estaba haciendo unas suposiciones, me hice un mundo con ella porque ella fue pa' mi casa fue la primera mujer que lleve pa' mi casa. Entonces... yo conocía a la mamá, la mamá de ella nunca le caí bien. Entonces... yo me acuerdo como nos habíamos empatado ella había ya la mamá me conocía a mi mamá me había prometido como se dice de todo, pero ella fue la primera que me falló porque me fue infiel, entonces...

Entrevistador: ¿cómo te esteraste tú de su infidelidad?

Sujeto Farmacodependiente: bueno... un día que venía saliendo y la vi con otro tipo. Besándose... estaban besándose y me dijo "no ese es mi amigo" ¿tu amigo y lo estas besando en la boca? ¡qué verga te pasa! El tipo se fue porque si el tipo se me acerca le clavo un coñazo, yo peleo, yo pego duro. Eso me decepcionó.

Entrevistador: ¿y volviste al consumo?

Sujeto Farmacodependiente: si, volví al consumo y al alcohol, me cogí a otra carajita por despecho que fue una amiga mía le conté, ella me dijo que la iba a cachetear yo le dije que no porque esa chama era mi novia, y ella me empezó a hacer hasta que tuvimos relaciones sexuales y hasta allí llegó todo porque tenía su novio también, y que ella era nada mas mi amiga, con derecho. Ahorita la mujer no es fiel, te es infiel hasta en tu cara.

Entrevistador: volvamos a la parte del consumo de alcohol ¿Cómo fue el proceso de recaída?

Sujeto Farmacodependiente: bueno porque yo discutía con ella, discutía con mi mamá y mi papá por el cacho de ella yo me iba de la casa y me drogaba legal, e ilegalmente, la marihuana con el alcohol bueno... entonces... no pensaba todavía consumir perico entonces... bueno fue cuanto al tiempo se dejo de mí por mi comportamiento, me puso la caución me denunció y todo entonces... yo...ella fue a fiscalía y todo pa' ponerme una caución entonces... yo... coño no lo acepto todavía porque yo todavía la amo a ella, la perdono y el día en que bueno, como yo se lo dije un día a ella, "el día que ella me vea a mí como un novio, yo la aceptaré"

Yo la amo, aquí con toda la honestidad, porque uno tiene que perdonar las cosas porque para eso estamos aquí, para perdonar a las personas por lo que nos hayan hecho, hoy voy a la iglesia católica cristiana, pero antes de ir a la iglesia yo decidí confesarle a mi padre a los dieciocho años como dice la iglesia "honrar a padre y madre" entonces yo se lo dije a mi papá, "mira papá yo tengo que decirte algo" yo tenía miedo que mi papá me fuera a dar una cachetada.

Entonces... mi papá decidió darme un abrazo y me dijo "eres un hombre y eres valiente" le estás dando la cara y te vamos a ayudar, fuimos para la Central en el piso... en el clínico en la Central primer piso yo le dije a la doctora la verdad, consumí droga así y broma pa' acá pin, pun, pan, le explique todos mis rollos con mis padres entonces... me dijo "te voy a mandar para este lugar" que era U.D.A.F. y vine aquí porque la droga me tenia psicosis y mi novia me había dejado y estaba peor tenía una parálisis facial.

Entrevistador: ¿y esa parálisis porque fué?

Sujeto Farmacodependiente: por una sobredosis, mezclé alcohol con... perico, después fumé marihuana cuando me acosté a dormir, sentí un remolino aquí en el coco, veía rojo no sabía lo que estaba pasando al siguiente día me paré no sentía la cara no le paré bola me fui para la playa (risas) y empecé a hablar así con la boca pa' un lado y tenía un ojo mas apagao' que otro, entonces... mi mamá le pidió al Doctor José Gregorio Hernández Y el Doctor José Gregorio Hernández me hizo el milagro, yo sentí cuando un doctor me paró "pa' vete."

Entrevistador: ¿y donde sentiste eso?

Sujeto Farmacodependiente: en el mismo hospital, yo sentí que un doctor me hizo parar pero no le pude ver la cara entonces todo el mundo "fue el Doctor José Gregorio Hernández" y después chamo, a los días "no, que tienes que hacer terapia" y yo mismo comencé a hablar y a los días no pareciera que tuviera la parálisis (risas) no se nota mucho, pero cuando me ven el ojo, si entonces... yo decidí no pensar en ella, pero todavía pienso en ella, me siento solo necesito con quien hablar, con quien compartir, con quien sexualizar, entonces... es difícil.

Entrevistador. ¿Cómo llegaste a tratamiento?

Sujeto Farmacodependiente: bueno yo llegué aquí, el primer día que llegué aquí me acuerdo que... me atendió una doctora, me atendió yo llorando y broma que eso es lo que está en la historia. Entonces... llegué, y me fui para, el servicio de espera recuerdo que el primer día esta un negrito conmigo, estaba un chamo era enfermito así como Luis, y... estaba Alexis, y... Jorge entonces Alexis y Jorge pasaron pa' tratamiento yo me quedé solo y no me sabía las normas y tenía que decir las normas completicas (risas) y dale, dale, y dale,

Entrevistador: ¿Cómo llegaste a tratamiento y te dijeron todas las normas las aceptaste?

Sujeto Farmacodependiente: si las acepté, si supieras hasta practicaba las normas hasta... cuando yo decidí cambiar mi vida y no dar un paso atrás (pisa fuerte el piso) a veces yo quiero dar pa' atrás pero no puedo sino me caigo, sino

me caigo, entonces... yo llegué aquí... yo sé que llegué un diciembre, un noviembre-diciembre el venti-algo y voy a cumplir dos años aquí, en el servicio de tratamiento tengo un año bueno... yo tengo aquí en realidad como cuatro años.

Entrevistador. ¿Tus padres como asumieron este tratamiento?

Sujeto Farmacodependiente: al principio ellos no asumieron pero después empezaron a hacer los cambios, pero mi mamá es muy difícil, mi mamá es muy soberbia me sacaba las cosas en cara porque me trataron en espera catorce semanas.

Entrevistador. ¿En ese trascurso tuviste problemas con tus padres?

Sujeto Farmacodependiente: eso fue una vez que... recaí.

Eso fue en un diciembre exactamente, recaí... me escapé de la casa me pinté de colores y me fui a buscar a un camionetero que es amigo mío, “vamos a comer cochino” y fuimos y comimos cochino, ahora vamos a gueler... y fuimos ahora vamos a... tirar vamos pues cuadramos unas putas y empezamos a tirar lin, lin, lin, yo me sentí mal porque estaba deprimido con lo de mi jeva, y vamos a estar claro por más que uno sienta placer no es lo mismo por haber perdido el amor de tu vida entonces... yo... llegué a mi casa drogao’ estaba mi primo y me decía “eres un coño e’ madre” y estaba mi papá ¡pégame! Y yo no le pegaba, yo le tengo respeto a mi mamá también, le pegaba a las paredes, a las ollas tiraba las cosas era un desastre, era un infierno, ese día me llevaron amarrao’ porque empecé a escuchar música a todo volumen y vaina, me llevaron amarrao’ me trajeron para acá y no me recibieron después me llevaron para ique para el clínico y me inyectaron una broma ahí amarilla y yo al rato estaba ¡wiiiiii! (risas),

Y llegué durmiendo (risas) y dije “mas nunca recaigo” (risas) yo de paso no podía evacuar, duré dos días sin evacuar, no podía ni tirarme un peo así ¡trah! (risas) ahora si me puedo tirar mis peos tranquilo (risas) pero más nunca recaigo pero me vas a decir todo el mundo se tira un peo (risas) entonces coño, ¿tú sabes que es no poder evacuar?.

Bueno ahí fue cuando conocí a Jenny, yo estaba enamoraó de ella, yo le caía reservadamente, no le caía así tan boleta Jenny me quiso mucho, y quería ser mi pareja se venía conmigo, pero Jenny desertó y entonces me deje de Jenny y vuelvo y te repito se hizo más difícil pa' mi porque a uno le hace falta su pareja ¿entiendes? Entonces...

Entrevistador. ¿Cómo has sentido tu cambio durante el tratamiento?

Sujeto Farmacodependiente: bueno, yo si he sentido el cambio en mi... porque yo antes era muy impulsivo, era muy grosero hablaba mucho calé, sigo hablando calé, pero poco a poco lo voy mejorando no soy perfecto pero trato de llegar a la perfección de hacer bien las cosas, este... eh... mira he mejorado mi humildad, era muy prepotente no me podían decir una cosa mala porque una vez estuve tirando la puerta, tirando la silla (risas) el amor que le agarré a las terapeutas.

Te soy sincero, honestamente, he cambiado mi estilo de vida ya no consumo, cuando veo la cuarentena me pongo las gríngolas una vez me saludó la cuarentena me llegó así en una moto ¡juas! “epa caraota” yo ¿Qué paso? “epa que tal, que pin, pun, pan” y me pone así la marihuana y yo lo que dije fue “hermano, si usted me quiere seguir tratando déjelo hasta aquí porque yo no consumo” me dijo “si que eres pajuo que eres una fresa, que tal” no le paré.

“Que te voy a mete' unos tiros” ellos me conocen a mí, tengo mis problemas también que no los voy a recordar, bueno le dije “hermano, cuando usted quiera, yo quiero” ahí yo se que hice mal porque me enganché pero no le paré lo que hice fue bañarme, comer, y se me calmó la ansiedad y he estudiado mucho la cuarentena y mi papá ha sido cuarentena para mí porque ellos han consumido deterioro legal (alcohol) y yo le he dicho “coño papá, yo no puedo acompañarte porque están bebiendo fuman tabaco” y yo bien lejos por allá porque el olorcito llega. Pero toda mi familia me quiere me tiene cariño, afecto.

Entrevistador. ¿Tú sientes que tus padres te reconocen el cambio, tu les reconoces el cambio a ellos?

Sujeto Farmacodependiente: si les reconozco el cambio porque el cambio de mi mamá es del cielo a la tierra, mi mamá no es la misma de antes.

Entrevistador. ¿Antes no te decían “te quiero” y ahora sí?

Sujeto Farmacodependiente: no para mí no, no ha llegado todavía allí, quisiera que tu hablaras con ella y le dijeras a mi mamá, porque de verdad yo necesito un abrazo y un te quiero (sujeto habla con voz llorosa) y también de mi papá porque yo amo mucho a mi papá, si tú me pones a elegir entre mi mamá y mi papá te digo que los quiero a los dos pero a mi papá lo prefiero porque es un hombre digno, honrado, honesto, yo más bien me siento apenado de ser la persona que fui, he cambiado y el cambio sigue. Yo quiero ser ingeniero mecánico de automóviles y si Dios quiere ayudar a mi papá y a mi mamá y a mi papá en todo yo a veces me quiero ir de la casa, pero digo ¿qué voy a hacer en otra casa? Voy a estar ahí solo sin mis padres y no, prefiero vivir con mi papá y mi mamá y el afecto.

Anexo N° 4

RESUMEN DE HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

(Transcripción fiel y exacta de la historia social original, de la cual se suprimieron los nombres del grupo familiar por razones de ética y confidencialidad.)

Inicio del Tratamiento: Noviembre de 2013 (27/11/2013)

Sujeto de tez oscura, de 1 metro 65 centímetros de estura y peso aproximado de 67 kilogramos.

Lugar de residencia: casa de los padres en La Vega.

Edad: 20 años

Sexo: Masculino

Diagnóstico previo: Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral especificado como Trastorno Orgánico de la personalidad. (F0.70/ F07.- CIE 10)

Sujeto que acude a consulta en compañía de sus padres por voluntad propia, vestido de acuerdo a edad y sexo, inicia consumo de Alcohol (OH) desde los 8-9 años con aumento en la adolescencia de 20 cervezas aproximadamente, a los 13 años inicia el consumo de tabaco, de 2-3 cigarrillos hasta 2 cajas diarias hasta los 19 años, a los 14 años inicia el consumo de THC (marihuana) interdiario, luego de 2-3 veces a día, a los 17 años inicia consumo de cocaína y crack.

Drogas de consumo/edad de inicio

OH —————> 08

TAB—————> 13

MH —————> 14

COC—————> 17

Adquisición de las sustancias:

Comprada, regalada.

Datos Familiares

Padre:

Sujeto de tez oscura, de 1 metro 63 centímetros de estatura y peso aproximado de 67 kilogramos.

Edad: 53 años

Profesión u oficio: Transportista en línea de camionetas de La Vega.

Madre:

Sujeta de tez clara, de 1 metro 55 centímetros de estatura y de peso aproximado de 65 kilogramos.

Edad: 52 años

Profesión u oficio: Licenciada en Contaduría pública egresada de la Universidad Nacional Abierta, con dos postgrados en finanzas y auditoria en la Universidad Central de Venezuela, actualmente se encuentra Jubilada.

Desarrollo

Luego de 15 años de convivencia, al no poder tener hijos deciden adoptar y deciden comenzar el proceso formal ante el INAM (?), el cual consistió en someterse a pruebas psiquiátricas, psicológicas, asistirá charlas y talleres para padres, visita domiciliaria de Trabajo Social, así mismo varias instituciones para buscar un niño de 0 a 2 años de edad aproximadamente según vb de la madre “cuando conocimos a ----- era un bebé de 15 meses, ese día se abrazó a mi esposo.” Realizamos todas las gestiones pertinentes por el tribunal. Refieren que según los antecedentes que logran investigar “hijo de una prostituta, farmacodependiente, el niño presentó altos grados de desnutrición.”

Inicia escolaridad a los cuatro (04) años, niño hiperactivo, le gustaba dibujar en segundo grado de primaria fue referido al UMPI para recibir terapias por hiperactividad, conflictos escolares múltiples a los 8 años inicia consulta psicológica, lo inscribieron en béisbol pero era muy rebelde, practico natación. Realizó primaria en 6 colegios diferentes por mala conducta, el único grado que realizó con buena conducta es el sexto grado.

Al comenzar bachillerato, presenta cambios conductuales los padres presumen consumo de alcohol con los compañeros, agresividad verbal. Inicia consumo de alcohol a los 14 años de edad, cigarrillo, marihuana según vb del paciente “robaba a mi papá, yo era mala conducta, le falta el respeto a los profesores, me fugaba del liceo”, sin embargo manifiesta que le gustaba practicar beisbol, a los 15 años fue denunciado por agredir a un tío, pasó tres años presentándose en tribunales de menores, fue detenido en varias oportunidades en estado de ebriedad y drogado. A los 17 años le colocan una caución de no acercarse a la ex-novia. Según vb del paciente “yo estaba muy enamorado de ella pero su familia no dejó que me le acercara, yo no aceptaba eso y la perseguía”. “Me gradué de bachiller y comienzo el servicio militar, solo soporte tres meses, no aguanté las humillaciones, demasiada corrupción y me deprimió cuando murió el presidente Chávez.”

Última evaluación hasta la fecha: 30/03/2015

Llega a consulta acompañado de sus padres, refiere inicio del uso de Oxycodal 600 mg bid, al inicio le dio erupción que no se ha repetido, ha bajado la impulsividad con inicio del tratamiento.

Tratamiento farmacológico:

Oxycodal 300 mg 8 am – 600 mg 8 pm.

Pregobin: 75 mg 8am.

Moditen ampollas ½ ampolla cada 15 días.