

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

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DIA
CASA PETARE / FUNDACIÓN JOSÉ FÉLIX RIBAS, EN LA
RECUPERACIÓN DE LA PERSONA CONSUMIDORA DE DROGAS.**

**Tesista: Isaloren Quintero Bernal
Tutor: Víctor Rivero**

Caracas, Abril de 2000.

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

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DIA
CASA DE PETARE/FUNDACIÓN JOSÉ FÉLIX RIBAS, EN LA
RECUPERACIÓN DE LA PERSONA CONSUMIDORA DE DROGAS.**

**Tesista: Isaloren Quintero Bernal
Tutor: Víctor Rivero**

Caracas, Abril de 2000

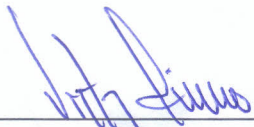
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
COMISIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

VEREDICTO

Reunidos el día 31-5-2009, los profesores VICTOR RIVERO, CRISTOBAL BASTIDAS Y RUTH DE LA HOZ, designados por el Consejo de Escuela en su sesión de fecha 02-05-00, para examinar el Trabajo Especial de Grado titulado: "SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DÍA CASA PETARE FUNDACIÓN JOSÉ FELIX RIBAS, EN LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA CONSUMIDORA DE DROGAS", presentado por la Br. Isaloren Quintero, hemos decidido **evaluarlo con la calificación de:**

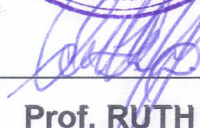
Aprobado Sobresaliente

Jurado Evaluador:


Prof. VICTOR RIVERO
Coordinador




Prof. CRISTOBAL BASTIDAS
Jurado


Prof. RUTH DE LA HOZ
Jurado

Trabajo Especial de Grado que se presenta ante la Ilustre
Universidad Central de Venezuela para optar al título de Licenciada en
Trabajo Social.

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DIA
CASA PETARE / FUNDACIÓN JOSÉ FÉLIX RIBAS, EN LA
RECUPERACIÓN DE LA PERSONA CONSUMIDORA DE DROGAS.**

A

V.R.H.A.

Aunque solo yo comprenda el por qué...

A

**Mi hermano "niño" por ser ejemplo de constancia, dedicación y
esfuerzo para alcanzar sus metas.**

A

Todos los jóvenes que han egresado del Hospital Día.

MIL GRACIAS !!!

A todas y cada una de las personas que incondicionalmente me apoyaron en la realización de esta investigación y muy especialmente:

a mis padres

a mis tías Milagros y Arelys

a mis Amigas, Sergia y Fanny

a Gonzalo

a Juvenal y José Javier

a Flor y Liliana

a Mauricio y Alegría

a Aníbal

a mis compañeros de Casa Petare

a los Profesores Víctor Rivero y Ruth de la Hoz

por la confianza y optimismo al asumir este trabajo.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**

**SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DIA
CASA PETARE / FUNDACION JOSE FELIX RIBAS, EN LA RECUPERACION DE
LA PERSONA CONSUMIDORA DE DROGAS.**

Autor: Isaloren Quintero Bernal
Caracas, Abril de 2000

RESUMEN

En las postrimerías del siglo XX uno de los fenómenos más complejos de la realidad social es la problemática de las drogas, entorno a la cual se conjugan una serie de factores de tipo históricos, económicos, políticos y sociales.

Una de las respuestas de la sociedad, ha sido la puesta en práctica de diversas estrategias de abordaje y tratamiento para las personas que se hacen dependientes al consumo de drogas.

Hasta principios de la década de los 90, en nuestro país el tratamiento que se ofrecía a estas personas estaba fundamentado en el modelo de las Comunidades Terapéuticas. El Hospital Día surge como una forma de responder a la demanda de servicios de una población cuyo perfil no se adecuaba a los criterios de ingreso de la Comunidades.

La investigación desarrollada muestra la experiencia del primer Hospital Día para personas consumidoras de drogas en el país, utilizando las herramientas de la sistematización como técnica de investigación social.

Entre los elementos más resaltantes encontramos que el Hospital Día, a pesar del corto tiempo en su funcionamiento operativo, es una alternativa valida para el tratamiento en drogas, ofreciendo ventajas tales como: reducción de costos, mantenimiento del usuario en contacto con su medio sociofamiliar, mayor involucración de la familia en el proceso de tratamiento y disminución de la dependencia institucional.

Dentro de esta dinámica el trabajador social es clave dentro del proceso de recuperación social, interviniendo en espacios microsociales como la familia y la comunidad.

Descriptores: Drogas, Tratamiento, Hospital Día, Trabajo Social.

INDICE

INTRODUCCION	p.p. 11
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	17
1.2. Justificación	22
1.3. Objetivos de la Investigación	24
1.4. Metodología de la Investigación	25
1.4.1. Procedimiento Metodológico	28
CAPITULO II. CONSIDERACIONES GENERALES ENTORNO AL ASUNTO DROGAS	
2.1. Definiciones y Conceptos	36
2.2. Clasificación de las drogas	47
2.3. Consideraciones Generales entorno al asunto drogas en Venezuela	50
2.4. Antecedentes del Tratamiento en drogas en Venezuela	61
CAPITULO III. EL TRATAMIENTO PARA PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS	
3.1. Consideraciones y Enfoques del problema drogas	70
3.1.1. Modelo Etico-Jurídico	70
3.1.2. Modelo Médico Sanitario	71
3.1.3. Modelo Psicosocial	72
3.1.4. Modelo Sociocultural	72
3.1.5. Modelo Geopolítico Estructural	73
3.2. Paradigmas en el abordaje del consumo de drogas	76
3.2.1. Paradigma de la Abstinencia Absoluta	77
3.2.2. Paradigma de la Reducción del Daño	79
3.3. Otros Planteamientos	82
3.4. Tipos de Tratamientos en Drogas	86
3.4.1. Comunidad Terapéutica	86
3.4.2. Ambulatorio	88
3.4.3. Hospital Día	89

CAPITULO IV. EL HOSPITAL DIA

4.1. El Hospital Día	91
4.2. El Hospital Día en Venezuela	97
4.3. El Hospital Día de la Fundación José Felix Ribas	101
4.3.1. Marco Institucional de la Fundación José Felix Ribas	101
4.4. Orígenes y Antecedentes del Hospital de la F.J.F.R.	107
4.4.1. Momento 1º: Las Semillas e Ideas (1992-1993)	108
4.4.2. Momento 2º: Propuesta de CODESPA (1994)	110
4.4.3. Momento 3º: Inicio Hospital Día. Parque Miranda (1995)	113
4.4.4. Momento 4º: Convenio con CODESPA (1996)	115
4.4.5. Momento 5º: Dificultades de financiamiento (1997)	118
4.4.6. Momento 6º: Consolidación del Hospital Día de Casa Petare (1998-1999)	120
4.5. Plan de Tratamiento de Hospital Día	124
4.5.1. Plan Básico y/o Regular	126
4.5.2. Plan a Corto Plazo	129
4.5.3. Plan Breve o Emergencia	130
4.5.4. Programa de Medio Día	130
4.5.5. Programa de Adolescentes	131
4.6. Aspectos Descriptivos de la dinámica de funcionamiento del Hospital Día	133
4.6.1. Actividades del Encuadre Terapéutico del Hospital Día	135
4.6.1.1. Actividades Psicoterapéuticas	137
4.6.1.2. Actividades Socioeducativas	145
4.6.1.3. Actividades Recreativas, Deportivas y Culturales	146
4.6.1.4. Actividades Operativas	147
4.6.1.5. Actividades relacionadas con el Proyecto de Vida	151
4.6.1.6. Actividades Especiales	153
4.7. Evolución y Nuevos Elementos del Hospital Día	154
4.7.1. En el Ambito Administrativo	155
4.7.2. En el Ambito Terapéutico	160
4.8. El Hospital Día: Alternativa de Tratamiento para personas consumidoras de drogas. La Construcción de una visión distinta del consumo de drogas y del consumidor	175

CAPITULO V. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

5.1. Rol del Trabajador Social en la dinámica de Hospital Día	181
5.1.1. Area Sociofamiliar	187
5.1.2. Area Terapéutica	191
5.1.3. Area de Recuperación Social	198
5.1.4. Area Institucional	201
5.1.5. Area Administrativa	202
5.1.6. Area Operativa	203
5.1.7. Actividades de Extensión	204
CONCLUSIONES	208
RECOMENDACIONES	214
REFERENCIAS	216
ANEXOS	223

INTRODUCCION

Es conocido que desde tiempos inmemoriales el ser humano ha hecho uso de las drogas con distintos fines. En algunos contextos se les utilizó como vehículo para comunicar sentimientos humanos, como componente importante de rituales mágico-religiosos, búsqueda de trascendencia e intercambios culturales, que les imprimían características bien específicas a la vivencia de quienes participaban en ellas, ya fuera de manera individual o colectiva.

Contemporáneamente la masificación del consumo ha obedecido al desarrollo del sistema capitalista y a dos de sus motores más importantes, los cuales son, la vertiginosa evolución tecnológica y el auge y aumento de los medios de comunicación, entre otros elementos, que han llevado a que el asunto drogas se haya redimensionado de tal forma que se le considera en la actualidad una problemática de carácter global, que afecta distintas áreas de la vida pública por el hecho de ser una mercancía muy particular por su carácter ilegal (del Olmo, 1997)

Es así como las drogas pasan a ser del dominio colectivo, su uso ya no está restringido a personajes de status dentro de la comunidad sino que su consumo pasa a formar parte de la cotidianidad de muchas personas sin distinción de clase social, género, edad, nivel de

instrucción, modificando el uso inicial que estas tenían, atribuyéndole así valores y significados distintos a los que históricamente se conocen.

En este sentido, las drogas pasan a ser un problema cuando el ser humano pierde el control sobre éstas y su consumo se hace recurrente, necesario e indispensable para su funcionamiento social.

Son muchas las interpretaciones, análisis y perspectivas realizadas entorno al tema, dada la complejidad de elementos que intervienen en su dinámica, de allí la importancia de comprender las distintas variaciones del discurso a lo largo de la historia que han pretendido comprender y dar respuesta a la problemática siendo interesante conocer los diferentes calificativos que ha recibido la persona consumidora de drogas, desde el ser considerado un delincuente, degenerado, enfermo, víctima, hasta la de cliente. (del Olmo, 1998)

Igual ha ocurrido con el trato de la sociedad a las personas que abusan de drogas. A partir de los años sesenta el consumidor es visto como un enfermo, como víctima de un "terrible mal del cual hay que salvar", planteándose la necesidad de tratarlos para que abandonen el consumo de drogas, surgiendo así los primeros centros de tratamientos para las personas consumidoras.

Estos centros de tratamientos fueron las Comunidades Terapéuticas, sistemas cerrados de internación bajo la concepción de la abstinencia absoluta como objetivo fundamental del proceso.

Sin embargo, los cambios en la dinámica social de las drogas y sus usos, así como una comprensión más amplia del consumo y del consumidor, han orientado los servicios de atención hacia alternativas que responden al contexto y expectativas del usuario.

El surgimiento de los Ambulatorios y Hospitales Día abren nuevas estrategias de abordaje para las personas que solicitan ayuda por consumo de drogas.

La modalidad de Hospital Día en el área de drogas, es de muy corta data en Venezuela. De allí, nuestro interés en conocer los planteamiento que sustentan esta alternativa de tratamiento.

La investigación llevada a cabo es un testimonio de nuestra experiencia de tres años de trabajo continuo en el Hospital Día de Casa Petare de la Fundación José Félix Ribas, en la recuperación de personas consumidoras de drogas.

Para ello, nos planteamos sistematizar la experiencia y recoger los elementos más importantes de su implementación y consolidación como programa de tratamiento en nuestro país.

La estructuración que le damos al resultado final de esta investigación la presentamos a través de cinco capítulos. El Capítulo I corresponde a las consideraciones preliminares, en términos del planteamiento del problema, justificación, objetivos y metodología seguida.

Las Consideraciones generales en torno al asunto drogas tales como, conceptos, definiciones, clasificaciones, así como una breve aproximación de la problemática de drogas en nuestro país, son abordadas en el Capítulo II

El Capítulo III fue dedicado al tratamiento para las personas consumidoras en donde nos pasearnos brevemente por las diferentes concepciones y modelos que dan explicación al uso de drogas.

Siendo el objetivo general de nuestra investigación sistematizar la experiencia del Hospital Día como modalidad de tratamiento en la recuperación de la persona que consume drogas, dedicamos el Capítulos IV donde a la par de la descripción y la reflexión vamos

mostrando lo que fue y lo es este centro de tratamiento, pionero en el área de drogas en nuestro país.

El Capítulo V muestra el Rol del Trabajador Social dentro de la dinámica de Hospital Día como miembro importante del equipo multidisciplinario.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La utilización de drogas por parte del ser humano es tan antigua como la propia historia de la humanidad, sin embargo, su expansión y auge se ubica a principios del siglo XIX iniciándose así la progresiva masificación del consumo impulsado entre otras cosas por el aumento y desarrollo de la tecnología, cambios en los sistemas de comunicación, incremento de la producción y globalización de los mercados.

La ruptura del hábitat natural de [las] drogas, casi todas actualmente ilegales pero de efecto psicotrópico significativo, ha sido consecuencia inmediata de los avances de la ciencia moderna, ante todo de la electrónica, lo cual ha facilitado la comunicación entre los hombres en todas sus formas, incrementando la velocidad de movilización [de mercancías] y reduciendo el espacio físico, en el sentido calificado por McLuhan como el fenómeno de la 'aldea global'. (López, 1993, p. 18)

Este cambio en el uso de las drogas determinó las respuestas de la sociedad para abordar el problema. Es así como se plantea a mediados del siglo XX estrategias de tratamiento enfocadas desde la salud mental que intentan contrarrestar el incremento del uso y abuso de drogas.

Dichas estrategias se encuentran enmarcadas en los modelos médico-sanitario-jurídico, donde la premisa fundamental es la restauración del bien jurídico de la salud. Valga acotar que en la actualidad los programas de tratamiento continúan influenciados por estos modelos.

Se observa el desarrollo de una serie de programas (...) se enfatiza y refuerza el estereotipo de la dependencia (...) predominan en la época explicaciones psicológicas y biológicas que legitiman la intervención terapéutica y el énfasis en el tratamiento. (del Olmo, 1998, p. 20)

La máxima estrategia de atención y abordaje para las personas consumidoras de drogas fue la implementada a partir del concepto de Comunidad Terapéutica, introducido por Maxwell Jones.

Maxwel Jones en 1952, sistematiza el concepto de Comunidad Terapéutica como alternativa de tratamiento en salud mental cuyo basamento está en el trabajo comunitario y en equipo, la democracia, la participación de la persona en su propio proceso de recuperación, la horizontalidad entre ésta y el equipo de salud, creando una verdadera revolución a la psiquiatría tradicional donde "... las representaciones imaginarias de la enfermedad mental [estaban vinculadas a la] animalidad, ocio, libertinaje ... y peligrosidad" (Majastre, 1973, p. 78)

Posteriormente en la década del 60, el modelo de las Comunidades Terapéuticas es aplicado en EE.UU. a la problemática de consumo de drogas. En Venezuela los programas de tratamiento para consumidores de drogas se inician en la década del 70, bajo la concepción y filosofía comunitaria.

Sobre este modelo surge todo lo que se conoce para el tratamiento en drogas. Sin embargo, como todo hecho social que se complejiza y transforma en su propia dinámica, la problemática de las drogas va adquiriendo características cada vez más complejas, nuevos actores, nuevas sustancias y/o patrones de consumo hacen necesario redefinir las estrategias para el abordaje de las personas que solicitan ayuda.

Es así como actualmente existen otros planteamientos para el abordaje terapéutico del consumidor, los centros de régimen cerrados ya no son la única alternativa para tratar este tipo de problemática, la apertura de Ambulatorios, Hospitales Día, entre otras opciones, permiten una atención integral al problema.

En Venezuela, no es sino hasta inicios de la década de los 90 cuando se implementan programas de tipo Ambulatorio para el tratamiento, pues anteriormente estos eran concebidos como centros de referencia, partiendo de la concepción de que la persona

consumidora de drogas debía aislarse de su medio ambiente a fin de superar el problema.

Los Ambulatorios no eran concebidos como centros de tratamiento, se creía que la recuperación de la persona dependiente a las drogas era sólo posible en un sistema de máxima contención como el brindado por la estructura terapéutica de las Comunidades. Sin embargo, la dinámica de esta compleja problemática va develando otras realidades producto de los cambios en los patrones de consumo, las características de la población que solicita ayuda y la aparición de nuevas sustancias hacen necesario responder con una variedad de estrategias de abordaje terapéutico.

En este sentido, el Hospital Día surge como una alternativa para el tratamiento de las personas consumidoras de drogas. Su historia es de corta data en Venezuela, por lo que creemos es una experiencia que no posee referencias sustanciales en nuestro contexto, al menos en cuanto al área de drogas se refiere.

Es de interés en esta investigación, conocer la experiencia de este tipo de programas en la recuperación de la persona consumidora de drogas, a fin de sistematizar la práctica para contribuir en la implementación de otros centros de atención.

Por lo que describiremos la experiencia, los logros, alcances, obstáculos y limitaciones del Hospital Día de Casa Petare, de la Fundación José Félix Ribas.

1.2. JUSTIFICACION

La problemática social de la producción, tráfico y consumo de drogas más que responder a las utópicas esperanzas de "un mundo libre de drogas" se redimensiona como fenómeno de carácter social, económico, político, cultural, incidiendo de manera directa en la vida de los sujetos de una determinada sociedad, en un momento histórico determinado.

De allí que el conocimiento y abordaje de tan compleja problemática, a partir de estudios e investigaciones, sea de vital importancia a fin de avanzar en la comprensión objetiva de la misma.

El asunto drogas es un tema escabroso para su análisis dada la cantidad de elementos que se conjugan su dinámica. Es un tema no acabado que genera inquietud.

Con el desarrollo de esta investigación realizada en el marco del tratamiento a las personas dependientes a las drogas, contribuimos con la problematización del tema.

Las respuestas definitivas no están planteadas, más bien la intención es avanzar en la reflexión, en las propuestas y alternativas.

El tema de esta investigación tiene su razón de ser en inquietudes tanto personales como institucionales.

El trabajo que hemos desarrollado hasta ahora en el Hospital Día de la Fundación José Félix Ribas es necesario sistematizarlo, y dar pautas para una evaluación a futuro en la cual esta investigación sirva de punto de partida, de referente para el avance en la profundización del tema. En este sentido, este trabajo representa un aporte para la institución en cuanto ordena y sistematiza información que no estaba accesible al lector.

Asimismo, representa un insumo para futuras investigaciones del área contribuyendo a llenar el vacío existente en investigaciones relacionadas al Hospital Día como modalidad de tratamiento para las personas consumidoras de drogas, dado que, y esta fue una de las limitaciones encontradas en el desarrollo de esta investigación, el Hospital Día en el área de drogas, es una modalidad de muy corta data en nuestro país y no existen estudios referidos a esta alternativa de atención

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL:

1.- Sistematizar la experiencia del programa de Hospital Día de Casa Petare, Fundación José Félix Ribas, en la recuperación de la persona consumidora de drogas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer la estrategia terapéutica en la cual se centra el programa de Hospital Día para la recuperación de la persona consumidora de drogas.
2. Describir la dinámica de funcionamiento del Hospital Día
3. Conocer el Rol del Trabajador Social dentro de la dinámica del Hospital Día de la Casa de Petare.

1.4. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

La sistematización es una técnica de investigación social orientada hacia la búsqueda de conocimientos a partir de la experiencia vivida en un espacio de tiempo y contexto determinado, en donde los protagonistas de las experiencias adquieren un valor importante al trascender de la acción hacia la concientización y comunicación de lo realizado.

Sistematizar una experiencia pasa por ordenar y describir de manera coherente, jerárquica y objetiva un conjunto de hechos con el fin de interpretarlos y comprenderlos en la totalidad del proceso.

Sistematizar es reandar el camino para descubrir sus elementos más importantes y "...obtener una memoria de trabajo ... y tender un puente para la comunicación de experiencias ..." (Garcés, 1989 p. 12)

En este sentido, la sistematización se convierte en una herramienta importante para trascender del inmediatismo en que transcurre la práctica cotidiana y poder rescatar la esencia de ésta.

Sin embargo, sistematizar va más allá de darle orden a los datos que se tienen de una determinada experiencia, Jara (citado en Pierola, 1992) nos sugiere que la sistematización "... implica una primera teorización sobre experiencias a las que se ubica en un contexto determinado, se las cuestiona, se busca la relación entre ellas proyectándose a un análisis de mayor profundidad en términos de continuidad o cambio" (p.54)

De manera que, la sistematización tiene un sentido mas allá de la recolección y ordenamiento sistemático de datos y es la capacidad de contextualizar los hechos y a partir de estos generar conocimientos útiles para profundizar y mejorar las acciones futuras.

Por todos estos planteamientos consideramos que la sistematización es la técnica social idónea para cumplir con el objetivo general de esta investigación, que de acuerdo al estado de conocimiento y a la información existente (escasa, dispersa y descontextualizada) en torno al tema se ubica en las investigaciones de tipo exploratorio, dado que "los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no sido abordado antes." (Hernández, 1997, p. 59)

Nuestro interés en sistematizar la experiencia de tratamiento de un Hospital Día para personas consumidoras de drogas, se debe a que

esta es una modalidad de tratamiento de muy corta data en nuestro país, a diferencia de EE.UU. y Europa donde la misma tiene más de tres décadas en el área de atención, no sólo en drogas, sino en diversos ámbitos de la salud.

Como señalamos, el Hospital Día de la Fundación José Félix Ribas es pionero en el país en cuanto a tratamiento para personas que consumen drogas.

En este sentido y de acuerdo a fuentes consultadas tales como la "Guía bibliográfica sobre drogas" (1997), editado por el CEDIF/F.J.F.R., e "Investigaciones sobre el consumo de drogas en Venezuela" (1998), también editado por el CEDIF/F.J.F.R., no se encontraron antecedentes que sirvieran como marco de referencia a esta investigación.

De allí que, esta investigación sea considerada el primer paso para profundizar los estudios acerca del Hospital Día como modalidad de tratamiento para personas que consumen drogas.

El enfoque dado a este estudio hace énfasis en los registros históricos documentales y descriptivos dado que "se relatan hechos, se describen situaciones, se identifican lugares, fechas, personas e

instituciones ... " (Mena, 1995 p. 28) como una forma de ordenar la información.

1.4.1. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Ante todo, es importante recordar que la sistematización no es un concepto unívoco, al contrario permite adecuarlo según el interés del investigador, por cuanto no existe una única forma de sistematizar. Sin embargo, tomamos como orientación el método planteado por Garcés en 1989, que originalmente contempla cinco fases a saber:

1. **.Preparación** cuyo propósito es garantizar la ejecución en sí del proceso de sistematización, teniendo como tareas fundamentales elaborar o adecuar el modelo de sistematización a emplear así como los instrumentos para registrar y ordenar la información, esta fase debe arrojar como resultado el programa de trabajo a seguir.
2. **Acopio de la información**, esta fase tiene el propósito de recuperar la información necesaria, resaltando como tarea fundamental lo siguiente:

- Consulta de diversas fuentes de información
- La sistematización propiamente dicha de los antecedentes, el contexto y la coyuntura de los hechos con el fin de obtener una visión histórica del proceso.
- Rescatar el marco teórico del que parte la experiencia.

3. **Validación de la información**, el objetivo de esta fase es constatar que lo aseverado por el grupo encargado de la sistematización coincida con la visión general de los involucrados y determinar si hay suficientes datos para cubrir el objetivo planteado.

4. **Evaluación de la experiencia**, el propósito de esta fase es conceptualizar los factores intervinientes y sus interrelaciones, a fin de valorar la importancia cualitativa y cuantitativa de las acciones realizadas contrastadas con las acciones pretendidas para analizar los obstáculos y limitaciones del proceso.

5. **Programación de las acciones futuras**, el objetivo de ésta fase es garantizar que la concreción operacionalizada de los resultados se traduzcan en una programación de las acciones futuras conteniendo los insumos teóricos, metodológicos y evaluativos arrojados por el proceso de sistematización.

Ahora bien, para la sistematización de la experiencia del Hospital Día de la Casa de Petare, Fundación José Félix Ribas, en la recuperación de la persona consumidora de drogas, se aplicó el método Garcés (1989) descrito anteriormente adaptándolo a los objetivos de esta investigación.

Así, las fases seleccionadas para el proceso de sistematización fueron: **preparación, acopio de la información y evaluación de la experiencia**, considerando que las dos restantes no son aplicables a esta investigación.

A continuación expondremos el desarrollo de cada una de acuerdo a los objetivos planteados.

1. **Preparación:** El desarrollo de esta fase nos permitió planificar el proceso de sistematización en sí, para lo cual identificamos las circunstancias que justifican llevarlo a cabo.
2. **Acopio de la información**, recordemos que el objetivo de esta fase es recuperar la información necesaria. Para ello nos planteamos las siguientes tareas y/o actividades.

2.1 Arqueos y consultas bibliográficas para construir el marco referencial, para lo que acudimos a las

siguientes instituciones donde funcionan centros de documentación:

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS)
2. Escuela Salud Pública /Universidad Central de Venezuela.
3. Antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
4. Instituto Venezolano de Investigación Científica. (IVIC)
5. Centro de Documentación e Información de Fundación José Félix Ribas. (CEDIF)
6. Comisión Nacional Contra el uso Indevido de Drogas. (CONACUID)
7. Biblioteca de Casa Petare.

Es importante señalar que nos encontramos con serias dificultades en estas instituciones (excepto en el I.V.I.C.) para localizar referencias en torno al Hospital Día como modalidad del tratamiento.

2.2 Revisión de informes institucionales (informes mensuales, informes de gestión, documentos, proyectos, planes de tratamiento, memorandum, cuadernos de reunión clínica) a fin de localizar los datos relacionados a antecedentes, orígenes y contexto donde surge la experiencia, para lo cual se acudió a los archivos de Casa Petare y de la Fundación José Félix Ribas.

2.3 Entrevistas no estructuradas a expertos del área de drogas vinculados a la historia del Hospital Día de Casa Petare para localizar información específica de esta modalidad del tratamiento. Se realizaron entrevistas a: Dr. Robert Lespinasse, actual Director del Hospital Día La Castellana y Dr. Pedro Delgado, ex asesor médico de la F.J.F.R. y actual Coordinador del Grupo Humanas, servicio privado de atención en drogas.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a la Dra. Diana Rízquez, ex Directora del Ambulatorio de Parque Miranda y fundadora del Hospital Día de la Fundación José Félix Ribas, y al Dr. Juvenal Villasmil actual Director del Hospital Día de Casa Petare. (Ver anexos N° 3 Y 4 respectivamente)

Se aplicó un cuestionario de cuatro (4) preguntas abiertas al equipo terapéutico del Hospital Día, conformado por cuatro (4) psicólogos. Además se incluyeron dos (2) personas (un psicólogo y un psiquiatra) que actualmente no forman parte del equipo de Hospital Día, pero que inicialmente fueron terapeutas de la modalidad, por lo cual se considero importante conocer su visión, más cuando se encuentran en otra modalidad (ambos están en la modalidad de ambulatorio) (Ver anexo N° 5)

2.4 Identificación de variables para organizar la información. De acuerdo con los datos encontrados consideramos pertinentes organizarlos en tres variables: Administrativos, Terapéuticos y Operativos.

Lo administrativo, es tomado en el sentido amplio del término y tiene que ver con todos los aspectos relacionados al manejo gerencial y de organización interna del centro, desde el punto de vista de los recursos humanos, financieros y materiales.

Lo terapéutico, es un conjunto coherente de acciones cuyo objetivo fundamental es proporcionar beneficios y ayuda a las personas que se encuentran inmersos en la dinámica de tratamiento del Hospital Día.

Lo operativo, se refiere a los aspectos de orden doméstico que garantizan el funcionamiento adecuado del centro.

3. Evaluación de la experiencia. El propósito de esta fase fue engranar de un modo coherente toda la información obtenida en la fase anterior, resaltando los aspectos claves y/o trascendentes del proceso. La comprensión de la totalidad permitió hilvanar y contextualizar los

acontecimientos de una realidad que inicialmente se nos presentaba dispersa.

Por último podemos mencionar que los aspectos y procedimientos metodológicos para la organización, transcripción y presentación de esta investigación seguimos las orientaciones y planteamientos del Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (1998) conocido como "Manual de la UPEL", específicamente la segunda parte, Indicaciones Complementarias, que trata de las normas para la elaboración y presentación de los trabajos escritos.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES GENERALES ENTORNO AL ASUNTO DROGAS

2.1 DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Cuando hablamos de las drogas nos estamos refiriendo a varias consideraciones. En un primer término, es importante señalar que nos referimos a las drogas, no a “la droga” (del Olmo, 1992; Soler Insa, et.al. 1981) hecho que nos permite un amplio margen de análisis.

En segundo término cabe señalar que la terminología para designar todo lo relacionado con el asunto drogas es extensa, abundante y diversa, por lo cual se sistematizó aquellos elementos más resaltantes de la bibliografía consultada.

Así, nos apremia la definición del concepto drogas. La OMS (1990) entiende por drogas “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este”. (p. 25)

Para Alarcón et al. (1981) las drogas son

... una sustancia que, introducida en el cuerpo
por cualquiera de los mecanismos de

administración clásicos de los medicamentos (inhalación, ingestión, fricciones etc.), o nuevos (administración parental, endovenosa, etc.), tenga dicho producto utilidad terapéutica o no, sea capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto, condicionada por los efectos inmediatos (psicoactividad) o persistentes, de tal naturaleza que existe una evidente renuencia al uso continuado del producto. (p. 3)

Hasta ahora estos dos conceptos tocan aspectos fundamentalmente de orden técnico, en los cuales hay consenso en que las drogas son unas sustancias con capacidad de alterar y/o modificar, de acuerdo a los efectos que producen, ciertas y determinadas funciones cuando se ponen en contacto con un organismo vivo.

Ahora bien, existen otras definiciones las cuales incorporan elementos interesantes en torno a lo que socialmente denominamos drogas.

Así, para del Olmo (1998), las drogas

Son bienes de consumo sujetos a las leyes de la oferta y la demanda, con la particularidad de que se trata de sustancias psicoativas, capaces de alterar la conciencia y más específicamente, de producir alteraciones en el Sistema Nervioso Central, e incluso en el estado mental y en el comportamiento de los seres humanos, aunque también pueden cumplir una finalidad creativa o curativa dependiendo de la forma en que se usen. (p. 188)

Igualmente para el autor Argentino Viale, (1996) las drogas son

... antes que nada una cosa que ... no habla, no sale de vacaciones, no mata, ni tiene vida propia. Es utilizada por los hombres, quienes deciden que hacer con ella. Desde hace tiempo, es la materia prima fundamental para el mejor negocio de nuestros tiempos y, *por lo tanto, se encuentra sometida a las leyes de la oferta y la demanda.* (cursivas nuestras) (p. 42)

Para Thomas Zsasz (1992) las drogas “son una forma de propiedad” (p.31) una mercancía más del sistema capitalista, por tanto, un bien de consumo sujeto a las leyes del mercado

Para Funes (citado en Fundación de Ayuda contra la drogadicción, 1997) “droga será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo”. (p. 16)

Estos conceptos al reconocer que las drogas son una mercancía sujetas a la dinámica del sistema capitalista permite contextualizar el asunto drogas en un espacio histórico y de relaciones sociales, económicas, políticas y culturales, donde el ser humano es quien determina la relación y vínculo con determinadas sustancias.

Siendo así, las drogas dejan de ser ese “flagelo” que “sobredimensiona la sustancia, al extremo de otorgarle potencialidades superiores a las del hombre.” (Viale, 1996, p.43)

Para efectos de esta investigación, entendemos las drogas como bienes de consumo sujetas a la dinámica del mercado capitalista, cuya característica fundamental es su capacidad de producir efectos, de acuerdo al uso y manipulación, en el organismo de un ser vivo en variados aspectos de su existencia, tales como conducta, juicio, percepción, estado de ánimo, relaciones interpersonales etc.

En tal sentido, las drogas han existido siempre y hay consenso de que éstas se encuentran presentes en todas las culturas, cambiando el uso y significado atribuido por el ser humano, de allí que “... todas las sociedades de algún modo regulan, prohíben o establecen límites morales al consumo, distribución o posesión de drogas, por múltiples y complejas razones que van más allá de la protección a la salud y que varían en el tiempo y en el espacio.” (del Olmo, 1998, p. 118)

Esta consideración de las drogas como mercancías, en un contexto socioeconómico determinado nos permite entender la complejidad del fenómeno y trascender de la problemática individual para ubicarnos en el entramado de relaciones sociales, y ante la pregunta de por qué se ha incrementado el consumo de drogas

comprender que entre muchas otras cosas “... se ha creado un mercado diferente, en donde el abuso ha trascendido el uso y la afección económica a la curiosidad ingenua.” (López, 1993 p. 36)

Es importante reconocer entonces que el uso problemático de las drogas hoy en día nada tiene que ver con el uso, tradición histórica-cultural y ritual mágico-religioso que existía de éstos siglos atrás, entre muchas otras circunstancias se explica por la disponibilidad de drogas más puras, refinadas, potentes y específicas (debido a la tecnificación de los procesos químicos y de elaboración), más accesibilidad hacia estas, (a través de la red de mercados comerciales internacionales, la Internet), cambios en la producción (mayor cantidad de sustancias), por lo que “... el uso indiscriminado de estas sustancias surge con el desarrollo de las sociedades de consumo, como parte de la cultura capitalista”. (Mertenbaum, 1989, p. 150).

Otro de los términos importantes de revisar, es el relacionado al estado o situación que se crea en el establecimiento de la relación sujeto-drogas. Son muchos los términos que intentan explicar dicha relación, así tenemos por ejemplo: Toxicomanías, Adicción, Abuso, Dependencia, Farmacodependencia, Drogodependencia.

Antonio Escohotado (1992), en su texto “Aprendiendo de las drogas” nos recuerda como “... la toxicomanía es un concepto

desconocido hasta hace un siglo, mientras que los tóxicos básicos -y su libre consumo- existen hace milenios.” (p. 29)

El término adicción ha sido quizás el más usado para designar la particular relación establecida por el sujeto con determinadas sustancias llamadas drogas. Sin embargo, vale recordar que no solo se crean adicciones hacia las drogas, nuestro mundo moderno pone al alcance de la mano cada vez más mercancías y objetos, el consumismo, la avidez por el dinero, las ansias de poder, el afán hacia el juego, la Internet, etc., son ejemplo de “las nuevas adicciones”, donde lo coincidente es la búsqueda constante de placer caracterizado por la compulsión hacia éstas.

Adicción, del latín “addicere” significa unir a una persona con una u otra cosa. En relación a las drogas se refiere al uso compulsivo, crónico e incontrolable de una sustancia conocida como droga al grado que la persona no quiere o no puede interrumpir su uso. (Vittetoe, 1993 p. 45)

Es importante mencionar que en la década de los años 60 la OMS recomienda sustituir este término por el de “Dependencia a las Drogas”, dado el peso moral y recriminatorio de “adicción”.

Hablar de dependencia a las drogas va mas allá de las cantidades y efectos que estas puedan tener en la persona. Es más importante el uso y significado atribuido por el sujeto como parte de su vida cotidiana, los cambios y alteraciones que éste hace en sus relaciones personales y sociales, el cómo vive la persona la supresión de la sustancia, en fin, entender que es una "...pauta de comportamiento en la que sé prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes." (OMS, 1990, p. 24)

En este sentido, la categoría dependencia a las drogas hace referencia a la dinámica e interrelación de múltiples variables; es múlticausal por cuanto se hace necesario trascender el discurso simplista que se ubica reiteradamente en buscar la "causa" del problema y entender que una persona usa drogas en medio de unas condiciones de existencia, en un marco sociocultural, inserto en relaciones sociales complejas, en fin no "... fijarse exclusivamente en la dependencia *per se* ... por cuanto impide un análisis exacto de la manera en que el daño se manifiesta realmente y adquiere una dimensión social". (OMS, 1990, p. 26)

Entendemos la dependencia a las drogas, como una situación compleja en la cual existe por parte del sujeto una conducta incesante de búsqueda de la sustancia capaz de generar cambios y modificaciones significativas en las relaciones que la persona

establece con sus espacios vitales, viviendo “... con angustia y ansiedad la supresión del producto” (Alarcón et al., 1981, p. 8)

Como consecuencia directa de esta reflexión, se asume la categoría “persona consumidora de drogas” contraria a los términos adicto, toxicómano, drogómano, cocainómano, farmacodependiente, drogodependiente, o paciente por cuanto contribuyen a reforzar la estigmatización existente en torno al consumo y al consumidor de drogas, ya que los mismos contienen una carga despectiva y peyorativa importante .

...dichos términos tienen una gran carga estigmatizadora, y prejuiciosa, ligada íntimamente al concepto del vicio. (...) las palabras drogadicto y drogadicción no se corresponden con un discurso sobre el tráfico y consumo de drogas que apunte a un enfoque global y realista, porque (...) forman parte de los discursos médico-jurídico ... (Alayón et al. 1991, p. 160)

Por último, tenemos los términos Readaptación, Rehabilitación, Reinserción, Reeducación, etc., todos referidos al objetivo final del tratamiento para la persona consumidora de drogas.

Dichos términos se corresponden con una visión funcionalista y reduccionista del complejo proceso de cambio que inicia la persona

desde el mismo momento en el cual decide solicitar ayuda ante una situación que vive como problemática.

Este proceso implica un compromiso del sujeto, en tanto actor principal, por recuperar sus espacios vitales: familia, pareja, empleo, relaciones sociales, tiempo libre, etc. Supone la conquista de nuevos espacios de y en la vida cotidiana, supone el ejercicio de la responsabilidad de su vida, la conciencia del autogobierno.

Esta reflexión pasa por asumir una postura diferente a la asumida hasta ahora en los centros de tratamiento, los terapeutas, los trabajadores sociales no rehabilitamos a nadie, no reinseramos a nadie, creemos que cada sujeto que solicita ayuda lo hace desde su propia libertad de optar o no al cambio.

Comprender esto no es fácil y más desde la visión narcisista de los terapeutas quienes asumen muchas veces frente a la persona consumidora de drogas una posición de distanciamiento reforzada por el discurso estigmatizador en donde hay prevalencia por sus objetivos para que el otro cambie y en donde predominan los "...establecimientos de moralidad en los que se realiza una sorprendente síntesis entre obligación moral y ley cívica" (Foucault, citado en Majastre, 1973.p. 300)

En este sentido nos manejaremos con el término Recuperación, entendido tal como lo plantea Edex Kolektiboa (1993), para el cual es un proceso contante de búsqueda, cuestionamiento y construccion de un estilo de vida.

En este sentido, la recuperacion de la persona consumidora de drogas es un

... proceso de cuestionamiento del estilo de vida asociado al consumo de drogas y construcción de uno nuevo en el que el recurso a dichas sustancias vaya perdiendo importancia a medida que se desarrollan otras áreas de la vida del sujeto hasta ahora desatendidas.

El tiempo va dejando de girar obsesivamente en torno a las drogas (a su adquisición y consumo), y se va lentamente llenando de otros contenidos. En una dinámica siempre titubeante, con una duración y secuencias variables, cuyo desenlace es el autocontrol.
(p. 149)

Consideramos que este proceso es dinámico, complejo, de ningún modo lineal y uniforme sino con altas y bajas, contradictorio en su esencia, ético en su planteamiento, concebido desde el inicio y no como un agregado al final del tratamiento.

La categoría recuperación atribuye la responsabilidad al sujeto, hace alusión más a un ejercicio de decisión propia que al resultado

final de la sumatoria de variables. Es la persona quien decide Recuperarse y no la “garantía” de un programa, o de un centro de tratamiento.

2.2. CLASIFICACION DE LAS DROGAS

Como lo señalamos al inicio de este apartado, es mucho lo escrito entorno a las drogas, no menos abundante es la literatura referente a la clasificación de éstas. Desde la primera conocida en este siglo, realizada por L. Lewin en 1924, hasta nuestros días, existen clasificaciones que responden a diversos criterios: farmacológicos, químicos, jurídicos, sociales etc. Lo importante es, como nos señala Soler Insa, et al. (1981) que las clasificaciones responden a determinados contextos y momentos sociohistóricos, por cuanto “...todas las clasificaciones son parciales e insuficientes.” (p. 41)

Para efectos de esta investigación consideraremos la que realizará el Psiquiatra español Alfonso Fernández, (citado en del Olmo, 1998)

Así tenemos cuatro categorías, a saber:

1. *DROGAS INSTITUCIONALIZADA O LEGALES*, las cuales son aceptadas socialmente, por lo que disfrutan de un amplio margen de libertad para su producción, tráfico y consumo, tal es el caso del alcohol, nicotina, cafeína etc.

2. *DROGAS FARMACEUTICAS*, las cuales disponen de indicaciones médicas para su administración, tales como barbitúricos, anfetaminas, benzodiazepinas etc.
3. *DROGAS INDUSTRIALES*, comercializadas con finalidades no comestibles ni bebibles, por ejemplo las pegas, solventes, aerosoles, y otras sustancias inhalables.
4. *DROGAS CLANDESTINAS*, no gozan de aceptación por lo que su producción, tráfico y consumo se encuentran legalmente proscrito, por ejemplo la cocaína, marihuana, heroína etc. (p.189). (Ver anexo N° 1)

Esta clasificación permite comprender las drogas como un asunto complejo donde intervienen factores de tipo socioeconómico, cultural e histórico que determinan, entre otras cosas, patrones de uso y aceptación.

Esta clasificación también permite superar la distinción entre drogas legales e ilegales.

Todas las drogas al ser apropiadas por el ser humano producen alteraciones en éste, sin embargo, es importante el no hacer generalizaciones simplistas, ya que una misma droga tendrá usos distintos de acuerdo al contexto, sus efectos variarán de acuerdo a cada persona y a las expectativas de uso.

En este sentido, varios autores (Alarcón et. Al. 1981; Escohotado, 1995; del Olmo, 1998), señalan que para hablar de abuso y/o dependencia se deben considerar: 1) dosis, 2) pureza, 3) forma de ingerirla y ocasión para lo cual se emplea, 4) vida personal y social del sujeto que la usa, 5) estructura y contexto sociocultural, 6) condiciones de acceso y exposición al producto (oferta y demanda).

A lo largo de este apartado quisimos recoger brevemente las categorías y significados más relevantes del asunto drogas, pero sobre todo dejar sentado nuestro interés por ir construyendo un discurso distinto. Discurso que de cuenta de la desestigmatización del consumo y del consumidor de drogas, necesaria para la comprensión de los mismos como un acontecimiento en la vida de un sujeto.

2.3. CONSIDERACIONES GENERALES ENTORNO AL ASUNTO DROGAS EN VENEZUELA

Venezuela, similar a otros países latinoamericanos desde hace más de dos décadas viene sufriendo un fuerte proceso de crisis en todos los ámbitos de la vida nacional. A medida que la crisis socioeconómica, política, ética y cultural se profundiza, las condiciones y calidad de vida de la población van en descenso, incrementándose los niveles de pobreza crítica con las consecuencias sociales ya conocidas, entre ellas el desempleo y subempleo, deserción escolar, desnutrición, inseguridad, desmejoramiento de los servicios públicos, violencia social, aumento en el consumo de drogas, etc., todo lo cual genera en el colectivo una sensación de “desesperanza aprendida” reforzada por antivalores sociales donde predominan mensajes que incitan a la solución del problema por la vía fácil, el oportunismo, el consumismo desmedido.

El ascenso social por la vía del estudio y trabajo, es más una utopía de la ya desaparecida clase media que una posibilidad real, de allí, que la población de los sectores más golpeados por la crisis se ven en la necesidad de implementar estrategias de sobrevivencias muchas veces dentro del ámbito de la ilegalidad, es así, como vemos en nuestros barrios la venta de licores, remates de caballo, distribución y venta de drogas, etc., todas estas actividades incorporadas a la vida cotidiana. La esperanza de la gente no está ya centrada en el trabajo

como fuente de alcanzar el bien-estar social, sino en el Kino de la semana, las carreras del 5y6, la lotería “instantánea”

Esta realidad toca espacios microsociales como la familia y la comunidad. La familia como parte del sistema social, se ve afectada en la medida en que cada uno de sus miembros participa en relaciones sociales cada vez más violentas y atropellantes, un padre agobiado por la crisis económica, una madre exhausta por la doble jornada laboral, unos hijos en su mayoría niños, niñas y adolescentes que crecen frente a la “realidad” de una pantalla. La familia se ve supeditada a una sociedad donde se promueven valores contrarios a los que ésta intenta construir. La familia deja de ser un espacio de encuentro para la convivencia cotidiana, para la solución de los problemas, en tanto que, los medios de comunicación social refuerzan el individualismo y el consumismo.

La comunidad va perdiendo terreno para el crecimiento y la expansión del ser humano como ente político y social, el desarraigo cultural, la inseguridad, producto de los altos índices de delincuencia, merman los espacios colectivos, las personas se encuentran presas tras las rejas de sus propias casas, “... el descalabro de la cohesión comunitaria y de los mecanismos informales de regulación social ... la desmovilización comunitaria para obtener mejores condiciones de vida y resolver problemas comunes” (F.J.F.R., 1998, p. 1) son entre muchas otras cosas aristas de una realidad que se complejiza haciéndose necesario su intervención con y desde los actores involucrados.

Sobre y en este panorama se gesta la problemática del tráfico y consumo de drogas. En Venezuela es una problemática que tiene características muy particulares, actualmente no sabemos cuál es la dimensión ni especificidad es del complejo binomio tráfico/consumo.

Rosa del Olmo (1996) en un ensayo sobre la problemática de drogas en Venezuela, realiza una serie de preguntas en relación con variables tales como alcohol/accidentes de tránsito, alcohol/violencia, drogas farmacéuticas/medicalización, drogas/estrategias de sobrevivencias etc., y sobre las cuales no existen repuestas certeras.

Sus interrogantes nos inducen a otras, por ejemplo, cuál es la dimensión del tráfico y consumo de drogas en las cárceles de nuestro país, en las (os) trabajadoras (es) sexuales, cuál es la situación de los niños, niñas y adolescentes de y en la calle, o que se encuentran en el INAM relacionados con el consumo de drogas, existe alguna relación entre el aumento de los juegos de azar, la ingesta alcohólica y la crisis económica.

En Venezuela sabemos muy poco de todo esto por la carencia de investigaciones científicas y publicaciones confiables, así como por la ausencia de registros estadísticos. En este sentido, ni siquiera sabemos los casos que ingresan en las salas de emergencia de nuestros hospitales ... mientras no tengamos respuestas a estas interrogantes ... cualquier diagnóstico sobre la problemática de las drogas en Venezuela es simple especulación. (p. 5).

Precisar la magnitud del problema es difícil, entre otros factores por los subregistros de información en las distintas instancias donde se atiende a la persona que consume, así nos encontramos con variadas estadísticas (las de Conacuid, Policía Técnica Judicial, Línea de Ayuda Antidrogas, Fundación José Félix Ribas, etc.) ninguna en capacidad de mostrar la complejidad de la problemática, por su carácter parcial, no concluyentes y limitadas en términos muestrales.

Actualmente no existen en Venezuela estudios de carácter nacional que reflejen la situación del consumo de drogas en el país. Se han realizado algunas iniciativas (...) que demuestran parte de esta realidad, sin embargo, no son cifras representativas de la población general. (Conacuid, 1998, p. 2)

Como una manera de hacer frente a esta situación y unificar criterios de registros, la Conacuid desde 1997 está implementando una única “Ficha de Registro”. A partir de este instrumento estandarizado, Venezuela se incorpora al “Sistema Interamericano de Datos Uniformes para el Control del Consumo de Drogas”, (SIDUC) el cual es un sofwer que comparten todos los países latinoamericanos, estando avalado por la “Comisión Interamericana Contra el Uso de Drogas” (CICAD).

Si bien ésto es un esfuerzo importante desde el punto de vista de la sistematización, organización y prducción de información, es necesario concientizar la necesidad de sistematizar, analizar e interpretar datos e insumos cuantitativos y cualitativos del consumo de

drogas, que permitan ir aproximándonos a un diagnóstico más sensato de la situación del consumo, comercialización y microcomercialización de drogas en nuestro país.

Otro de los factores que dificultan tener una visión mensurable del problema, es el hecho de la división establecida entre drogas lícitas e ilícitas y su posterior ubicación en la Ficha de Registro.

Es difícil estimar el consumo de fármacos y medicamentos en nuestro país, por cuanto la gran mayoría es de venta legal y sin prescripción médica. Rementería de., (citado en del Olmo, 1997) señala la existencia de "... 174 sustancias psicoactivas sometidas a control internacional, de las cuales 167 son sintéticas producidas por la industria farmacéutica" (p. 2).

Sin embargo, la misma autora reflexiona en torno al hecho de que generalmente se asocia la problemática de drogas con el consumo de solo tres sustancias: Marihuana, Cocaína y Heroína. Esta simplificación genera un panorama poco real del problema, por ejemplo, muchas veces el hecho de que una droga sea legal (alcohol, tabaco, fármacos) tiende a disminuirse el valor al momento de registro.

Según las estadísticas para el año 1998 la droga de inicio para los sujetos que se reportan (4.263) fue la marihuana con un 44.71 %, seguido del alcohol con un 22.36%, y el tabaco se ubica en la sexta posición con un 3.52%. (Conacuid, 1998, p. 2). Es probable la existencia de un subregistro en estos datos dado que si bien la puerta de entrada para el consumidor de drogas clandestinas lo constituye la marihuana, es conocido que la ingesta de alcohol y tabaco son las sustancias de inicio del consumo.

Creemos que si no se distinguiera entre drogas lícitas e ilícitas los datos fueran otros.

Otro factor es el hecho que no existe regularidad en la realización de investigaciones y estudios epidemiológicos en materia de drogas. El último estudio de la Conacuid se realizó en el año de 1996, la Encuesta Nacional de Hogares por muestreo sobre el consumo de sustancias psicoactivas (en una muestra de 6.000 sujetos) representativa de la población a escala nacional reporta una prevalencia de vida en mayores de 15 años de 3.6% para marihuana y 1.6% para cocaína. (Conacuid, 1996, p. 14)

Igualmente en el Estudio sobre aptitudes y uso de sustancias psicoactivas por parte de los estudiantes de educación básica, media diversificada y profesional, sobre una muestra de 6697 sujetos representativa a nivel nacional, la prevalencia de consumo de vida para

marihuana fue de 1.8% y el uso de cocaína tuvo una tasa de prevalencia de vida de 1.3% (Conacuid, 1996, p.18)

Insistimos en valorar los esfuerzos realizados y también en la necesidad de contemplar la compleja problemática en todas sus dimensiones. Hoy día existe una realidad distinta a la de hace cuatro años, existen nuevas drogas, nuevos patrones y formas de consumo.

Como científicos sociales sabemos que la realidad es dinámica, cambiante y contradictoria por tanto los análisis y estudios deben ir a la par de la misma, a fin de proveer diagnósticos, análisis y estrategias ante el problema que nos ocupa.

Las drogas de diseño como las metanfetaminas (por ejemplo el éxtasis o pildora del amor), las fiestas Rave (fiestas de larga duración, entre dos y tres días, en las cuales se consume drogas, fundamentalmente éxtasis y marihuana, que combinadas con un tipo específico de música electrónica produce en las personas efectos alucinantes), cambio en las expectativas de uso, y la microcomercialización son elementos que no tienen respuesta aun, dada la escases de investigaciones en el área de drogas.

Esta situación tiene su origen en el hecho de que el Estado Venezolano no cuenta con Políticas Públicas coherentes que den

respuestas a la dinámica del tráfico y consumo de drogas. Si bien es cierto, la Conacuid máximo ente gubernamental en materia de drogas, ha declarado el problema de las drogas como una “Cuestión de Estado”, Ligia Sánchez (1998) en un extraordinario análisis acerca de la Democracia Venezolana y las Drogas, señala la “posición del avestruz” mantenida por el Estado Venezolano en las políticas públicas

... a pesar de la difusión del fenómeno de las drogas en Venezuela y su incremento en los últimos años se puede afirmar que el Estado Venezolano *no ha demostrado tener una política coherente para enfrentarlo.* (cursivas nuestras.) Si bien, a partir del planteamiento del problema se ha ido creando poco a poco a lo largo de estos años, la infraestructura necesaria ... no se observa la elaboración de alternativas que correspondan con la situación del país ... De ello se desprende que la programación es inexistente ... lo poco que se ha encontrado son esfuerzos aislados ... esta situación ha originado que se obvie la evaluación del camino a seguir y que se fomenten la implementación, con la consiguiente improvisación. (p. 228)

En este sentido el Estado Venezolano, las instituciones, la sociedad civil a pesar de todos los esfuerzos no han logrado responder de manera coherente, planificada e integral a esta compleja problemática donde se requieren no solo acciones inmediatas sino de una Política eficiente y oportuna que este a la par de la realidad y en donde intervengan todos los sectores y actores involucrados.

En virtud de esta carencia es necesario identificar y comprender algunos elementos del problema. Según datos de la Conacuid durante el año 1998 el perfil de los usuarios que consultaron los diferentes centros de tratamiento estuvo caracterizado por:

⇒ **un 90.90% del sexo masculino, y un 9.10% de sexo femenino** (Conacuid, 1998, p.11)

⇒ **el 93% de la poblacion del Hospital Día durante el 1998 corresponde al sexo masculino** (Garbari, 1999, p. 1)

Esta situación es interesante de analizar a la luz de la perspectiva de género y preguntarnos qué pasa con las mujeres y el consumo de drogas. La relación hombre-mujer en cuanto al consumo es de aproximadamente 3-1, sin embargo, es importante precisar que las mujeres acuden menos a los centros de tratamiento, entre otras cosas por la discriminación social existente hacia ellas.

El consumo de drogas en una sociedad machista como la nuestra es más tolerado socialmente en el hombre que en la mujer. Nuestra sociedad promueve el consumo de algunas drogas según el género (pensemos por ejemplo en los mensajes en torno al alcohol dirigidos hacia los hombres, o las indicaciones psicofarmacológicas dirigidas a las mujeres por sus “cuestiones de mujer”).

Igualmente, es importante señalar que de acuerdo a nuestra experiencia en el tratamiento de Hospital Día, las mujeres se mantienen menos tiempo en los centros, los cuales están diseñados fundamentalmente para una población masculina (aún cuando en los planes de tratamiento se contemplen para una población mixta), observándose en los programas de tratamiento el hecho de no considerar particularidades de la mujer como el embarazo o por ejemplo el cuidado de los hijos, situación que alegan muchas de ellas al abandonar el tratamiento.

- ⇒ **El 26.20% se encuentra ubicado en el rango de edad comprendida entre los 20-24 años, seguido de un 22.61% ubicados entre los 15-19 años.** (Conacuid, 1998, p. 11)
- ⇒ **En el Hospital Dia tenemos para ese mismo año un reporte del 65% en las edades comprendidas entre 14 y 25 años, siendo la edad promedio 24 años.** (Garbari, 1999, p. 1)

Si bien es cierto, la adolescencia por sus características es uno de los factores de riesgo a analizar en torno al consumo de drogas, por cuanto la edad de inicio es cada vez mas baja.

Sin embargo, es importante considerar que la población venezolana se caracteriza por ser una población eminentemente joven,

por lo tanto esto no debe ser un elemento reforzador del mito en relación con que las drogas es un problema solo de los jóvenes.

Actualmente, se observan cada vez más adultos consumidores de drogas, si agrupamos los rangos de edad tenemos que el 29.76% tiene entre 30-40 años y más. (Conacuid, 1998, p. 11)

Ante este hecho, el consumo de drogas debe ser entendido como una situación en donde se involucran personas de distintas edades, desde el joven que consume en la adolescencia como símbolo de rebeldía, para experimentar nuevas experiencias, para ser aceptado por el grupo de pares, hasta adultos jóvenes, amas de casa, trabajadores, padres de familia. (del Olmo, 1998, p.190)

⇒La droga de mayor consumo es la cocaína en sus distintas presentaciones, Crack, Cocaína Inhalada/Perico, y Bazuco (siguiendo ese orden), con un 85.08%, seguido de la marihuana con un 9.43%. (Conacuid, 1998, p. 4)

⇒Según el perfil sociodemográfico del Hospital Día para el año 1998 el 96% de las personas consumía cocaína en sus diversas presentaciones (cocaína inhalada, crack) (Garbari, 1999, p. 2).

2.4. ANTECEDENTES DEL TRATAMIENTO EN DROGAS EN VENEZUELA

Las acciones y respuestas a la problemática de drogas en nuestro país se inician fundamentalmente en la década del 70. En 1960 y antes de esta fecha el consumo de Marihuana (principal droga de consumo), era visto como un vicio por parte de una minoría de la población. No existía una legislación que respondiera a tal situación por cuanto el consumidor era considerado un delincuente a quien se le aplicaba la Ley de Vagos y Maleantes.

Existen imprecisiones en relación a la historia del tratamiento en drogas en Venezuela. Algunos autores señalan al “Centro de Tratamiento Comunitario” (CETRAC) como la primera Comunidad Terapéutica creada en Venezuela en el año 1972 (Vidal, 1992). Sin embargo, encontramos otros registros en donde se registra que “... el primer centro se creo en Marzo de 1971, denominado ZAP, luego surgieron dos más auspiciados por la Fundación Fedex [Fundación para el tratamiento y prevención de adolescentes con problemas de drogas]. Estas instituciones fracasaron y posteriormente se creo CADEX, concebido como Centro de Tratamiento y Rehabilitación Ambulatorio” (Alfonzo, 1991, p 88.).

Obviando estas imprecisiones cronológicas, los registros refieren, como lo señalamos anteriormente, la década del 70 como el punto de partida para el surgimiento de distintos centros de tratamiento para personas consumidoras de drogas en nuestro país, muchos de ellos desarrollados por la iniciativa de profesionales de la salud mental, fundamentalmente Psiquiatras y Psicólogos, en el ámbito privado, ya muchas desaparecidas hoy día.

Paralelamente a la creación de CETRAC, se funda el Servicio N° 4 del Hospital Psiquiátrico de Caracas, una Comunidad Terapéutica de nombre Amor, Vida y Luz (AVILUZ). En el año 1975 surge Hogar Vida Nueva, Comunidad Terapéutica de inspiración Evangélico-Cristiana, y el Servicio N° 5 para alcohólicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas.

Es importante mencionar como acción institucional durante ese mismo año, la creación de la Comisión contra el Uso Indebido de la Droga (CCUID) y la elaboración del Anteproyecto de Ley sobre Sustancias estupefacientes y Psicotrópicas.

En 1984 el Gobierno Nacional asume la problemática de las drogas como una “Cuestión de Estado” y se promulga la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (LOSEP), la cual viene a llenar el vacío existente en materia legislativa.

En esta Ley se contemplan cuatro áreas fundamentales para responder al complejo binomio Tráfico/Consumo. Dichas áreas son:

- Control y Fiscalización
- Represión
- Tratamiento, Rehabilitación y Readaptación Social
- Prevención

Para efectos de este apartado haremos mención a los artículos relacionados con el Tratamiento contemplados en la LOSEP. En el Capítulo II, “Del Consumo y las Medidas de Seguridad”, el artículo 49 establece quienes quedaran sujetos a dichas medidas de seguridad:

1° El consumidor de las sustancias (...) 2°
Quien siendo consumidor, posea dichas
sustancias en dosis personal para su consumo
inmediato. (p. 18)

En este sentido, el artículo 50 establece para estos casos la aplicación de las siguientes medidas de seguridad (nótese que se habla de medidas de seguridad y no de medidas de prevención, evidenciándose la carga represiva en el discurso para abordar el tema de las drogas por parte del Estado Venezolano.)

1 ° Internamiento en un centro de rehabilitación
o de terapia especializada 2° Cura o
desintoxicación 3° Readaptación social 4°

Libertad Vigilada o seguimiento 5° Expulsión
del territorio de la República del extranjero
consumidor. (p.19)

Aun cuando en esta legislación se contemplaba el área de tratamiento “para el año 1984, no existía en Venezuela ninguna institución del estado abocada al tratamiento del uso y abuso de drogas”. (Ruíz, 1990 p. 3).

Es así como el Ministerio de la Juventud de esa época crea la “Comunidad Terapéutica Piloto El Junquito”, extendiendo posteriormente la experiencia a otras regiones del país con comunidades y centros ambulatorios.

En este sentido, en 1986 el Estado Venezolano crea por decreto la Fundación José Félix Ribas, con el objeto de dar estabilidad a los programas y centros iniciados como experiencias pilotos y que requerían de un soporte institucional para su consolidación.

La Fundación José Félix Ribas, será entonces una institución sin fines de lucro adscrita al Ministerio de la Familia, hoy Ministerio de Salud y Desarrollo Social, instancia ejecutora de las políticas de drogas en las áreas de investigación, prevención y tratamiento del uso de drogas.

Actualmente no hay precisión en el número de centros de tratamiento que existen en Venezuela. Según la Conacuid habían registradas hasta Enero de 1999, 52 instituciones públicas y privadas, dedicadas a la problemática de drogas, de las cuales 17 ofrecen programas de Tratamiento y Rehabilitación para el consumo de drogas. Esta información fue obtenida a través de la consulta directa del fichero institucional de la Conacuid, ubicado en el Centro de Documentación y Referencia.

Esta situación se mantiene a pesar de la legislación existente, que intenta ser el marco de referencia para todo lo concerniente al asunto drogas en el país, sin embargo, vemos como las acciones del Estado y de la sociedad civil siguen siendo limitadas, fragmentadas, unidimensionales y dispersas, llegando incluso a presentarse discursos incoherentes.

Así vemos, por ejemplo, como aun hoy existen instituciones, personalidades del sector drogas y medios de comunicación social que continúan refiriéndose al asunto drogas con términos como “flagelo”, “narcotráfico”, “epidemia” cuando hace ya más de una década se propuso el cambio de este discurso por no adecuarse a la realidad venezolana. (Alayón et. al. 1991).

Si bien es cierto, con la culminación de esta década se han desarrollado múltiples propuestas y esfuerzos por responder al

problema, aún se observa cierta anarquía en cuanto a la Política de Tratamiento a seguir, así como un vacío en torno al organismo rector que aglutine de manera coherente todos los centros de tratamiento existentes en el país.

En este sentido Ligía Sánchez, (1998) nos refiere que “las áreas más inestables han sido las de prevención y el tratamiento. En primer lugar porque no ha habido uniformidad en cuanto a su definición y delimitación (...) ha sido muy difícil la identificación del organismo responsable de llevar a cabo el tratamiento” (p. 225).

Otra de las características del estado actual del tratamiento en Venezuela es lo relacionado con las concepciones y/o paradigmas que orientan la acción.

Actualmente los centros de tratamiento continúan abordando el problema como en la década del 60, programas libres de drogas, énfasis en el daño de las drogas sobre el individuo, exigencias burocráticas y administrativas para el ingreso de las personas a los centros de tratamiento, pocas opciones en cuanto a modalidades de tratamiento, psicologización y psiquiatrización del problema, diferenciación entre drogas legales e ilegales, discurso descontextualizado entre otras cosas, nos hacen pensar que el tratamiento en Venezuela mantiene una visión parcializada e insuficiente, ubicados aun en los modelos ético-jurídico “que

criminaliza el problema o el médico-sanitario que lo medicaliza".
(Ramírez, 1991, p. 98).

CAPITULO III

EL TRATAMIENTO PARA PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS

Detrás del médico no hay ningún capataz ... pero, en cambio él está obligado, no a vender su fuerza de trabajo, no la simple tensión de sus músculos, sino toda su personalidad como ser humano. El resultado de ello es que los médicos no quieren y no pueden ver que, en definitiva, su ropa de trabajo es sólo un uniforme de prisionero más elegante que el de los otros.

L. Trotsky.

1912.

3.1. CONSIDERACIONES Y ENFOQUES DEL PROBLEMA DROGAS

En cada contexto y momento histórico se ha intentado buscar explicaciones a la problemática de drogas y con ellas el desarrollo de estrategias para el abordaje a la persona consumidora de drogas.

A continuación haremos un recorrido por distintos enfoques, modelos y paradigmas que sustentan el tratamiento para las personas que consumen drogas.

3.1.1.- Modelo Etico-Jurídico.

En este modelo las estrategias son netamente represivas, con una marcada criminalización del problema, donde no se hace distinción entre el consumidor y el traficante ya que ambos son considerados como delincuentes. Ante lo cual Alcalá (1991) nos comenta:

El consumidor es tomado como un delincuente y se hace sujeto de acciones represivas, debe ser castigado con cárcel y aislado de la sociedad, la cual lo estigmatiza como drogadicto. (p. 222)

Como vemos se hace énfasis en las sanciones legales, penalizando la conducta del consumidor. Se distingue entre drogas lícitas e ilícitas.

3.1.2.- Modelo Médico-Sanitario.

Las estrategias son exclusivamente médicas, el consumidor es considerado un enfermo. Se destacan los efectos de las drogas sobre el organismo por lo que la alternativa es el sometimiento a tratamiento médico para la superación del problema.

No hay distinción entre drogas lícitas e ilícitas, este modelo plantea una limitación que "... consiste en no tomar en cuenta al tráfico ni al traficante de drogas, como partes actuantes de este fenómeno global" (Alcalá, 1991 p. 223), así, se medicaliza e individualiza el problema dejando la responsabilidad de las acciones al sector salud.

3.1.3.- Modelo Psicosocial.

Incorpora el ambiente social como un factor más que propicia el consumo. Al consumidor se le sigue considerando un enfermo con trastornos de conducta y desadaptación social. Se atribuye la responsabilidad al individuo, a la familia y al grupo de pares.

Si bien, esta aproximación constituye un avance en relación con los modelos anteriores, por el reconocimiento del sujeto en un entorno social “... sigue siendo un enfoque parcial e individualizado y su alcance social se queda tan solo en el ámbito familiar” (Alcalá, 1991,p. 222), dada la marcada psicologización del problema. Así, las estrategias continúan en el ámbito de la salud.

3.1.4.- Modelo Sociocultural.

Se destacan factores culturales que favorecen el consumo tales como valores, medio social, grupo de pares, la pobreza, costumbres, por lo que el énfasis estara en el cambio y modificación de estos para enfrentar el problema.

Recalca que los factores del medio, la pobreza, los hábitos y las costumbres, así como el consumo de drogas socialmente aceptadas (alcohol y tabaco) al igual que la disponibilidad de las drogas ilícitas inciden directamente en el consumo. (Figuerola, 1995, p. 4).

Las limitaciones de este modelo es que ignora los aspectos económicos y políticos.

3.1.5.- Modelo Geopolítico Estructural.

A partir del 1984 la Conacuid promueve la construcción de un modelo integrador, el cual pretende superar la visión parcializada e insuficiente de los modelos anteriores y asumir el binomio tráfico/consumo de drogas a partir de los aspectos sociales económicos, políticos, por lo que el asunto se

... politiza y redimensiona como fenómeno global y problema social que incluye al individuo, a la familia, la comunidad y la sociedad con sus causas económicas, sociales, políticas, culturales, bélicas, de salud, diplomáticas, etc., para superar así unos modelos con orientación hacia un enfoque individual que, basados en la evidencia, obvian las causas, despolitizándolo.... (Ramírez, 1991, p. 101).

Así, el modelo Geopolítico Estructural concibe el uso y consumo de drogas como un proceso complejo

...mediante el cual los individuos actúan a través de la modificación transitoria de su percepción de lo real, con la finalidad de compensar carencias o satisfacer necesidades y expectativas creadas en el plano personal, familiar o colectivo. (...) [donde] el consumidor de drogas es un denunciante evasivo que expresa en forma individual una crisis de la sociedad (Alcalá, 1991, p. 224).

Desde esta perspectiva se supera la concepción del consumidor como enfermo. La persona que consume drogas es un actor social en un contexto socioeconómico e histórico determinado que establece una relación particular con unas mercancías denominadas drogas.

La compleja problemática del consumo de drogas trasciende el ámbito de la salud y se reconocen sus implicaciones como fenómeno económico, social, político, cultural, existencial.

Es importante destacar que este modelo no distingue entre drogas lícitas e ilícitas, pero si establece diferencias entre los tipos de consumidores apoyándose en lo que establece la LOSEP, ya que no todo los consumidores se hacen dependientes, ni usan las drogas por las mismas circunstancias y expectativas.

Esta clasificación que hace la ley nos permite saber cuán dependiente es o no el consumidor, desmitificar el consumo de drogas asociado siempre a la dependencia y darnos cuenta de que el abordaje a cada persona es diferente, no solo de acuerdo a su tipo de consumo, sino a su historia personal. (Alcalá, 1991, p. 226)

En este sentido, es necesario la construcción por parte de la sociedad (instituciones, ONG's) de una serie de alternativas y estrategias para el abordaje del consumo dependiendo de las condiciones de cada caso en particular.

Igualmente la LOSEP contempla que el consumidor compulsivo de drogas, caracterizado por “altos niveles de consumo en frecuencia e intensidad, con dependencia fisiológica o psicológica, de manera que el funcionamiento individual y social se reduce al mínimo” (Losep, arto 57, p.62) debe recibir atención de un personal especializado e interdisciplinario, considerando para el diseño de tratamiento y recuperación el tipo de droga consumida, tiempo de consumo, deterioro en el ámbito familiar, social, emocional.

Por último, es importante destacar que el modelo Geopolítico Estructural plantea la integración de las estrategias de tratamiento y recuperación como un proceso, no solo médico sino también psicológico, social, contemplando tanto los aspectos emocionales como educacionales, laborales, familiares.

El tratamiento para las personas dependientes a las drogas, según McCaffrey, (1996) en el “Estudio de la Efectividad del Protocolo del Tratamiento” señala que un tratamiento efectivo de drogas debe conducir los siguientes resultados y/o consecuencias:

- Uso reducido de drogas primarias.
- Mejoramiento del funcionamiento de los usuarios de drogas en términos de empleo.
- Mejoramiento de las condiciones educacionales.
- Mejoramiento de las relaciones interpersonales.
- Mejoras en las condiciones médicas y un mejoramiento general de la salud.
- Mejoramiento de las condiciones legales.
- Mejoramiento de las condición de salud mental.
- Mejoramiento de los factores no criminales de seguridad pública.
- Disminución de la violencia doméstica.
- Cambios positivos en los valores sociales y sistemas.

Es decir, se consideran otros indicadores de mejoría y recuperación y no solo la abstinencia absoluta.

3.2. PARADIGMAS EN EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE DROGAS

Actualmente existen dos grandes paradigmas para el tratamiento y abordaje de la problemática de consumo de drogas, el Paradigma de la Abstinencia Absoluta y el Paradigma de la Reducción del Daño. La

identificación con uno u otro determinará los enfoques y estrategias para dar respuestas al problema.

Veamos brevemente el planteamiento de cada uno.

3.2.1. PARADIGMA DE LA ABSTINENCIA ABSOLUTA

Lo que sustenta el paradigma de la Abstinencia Absoluta es la concepción moral de las drogas desde la peligrosidad. La premisa fundamental y general

... es que las drogas son malas y peligrosas para el individuo y la sociedad, de ahí que la policía debe mantener a los ciudadanos alejados de las drogas por el bien de la sociedad y su vez, los médicos deben impedir el consumo en nombre de la salud del individuo. (Mitchell, 1989 citado en del Olmo, 1992, p. 78)

Sobre este paradigma nacen muchos de los programas y servicios de tratamiento durante las décadas del 60 y 70 “que basan sus prácticas en un modelo abstencionista, cuyo objetivo prioritario es el abandono del consumo de drogas.” (Rossi, 1998, p. 48).

El discurso filosófico es desde el idealismo de un “Mundo Libre de Drogas”, de allí que el argumento que sustenta la práctica profesional es “... el tratamiento compulsivo que otorga preeminencia al criterio de la defensa social, más que a la particular situación del individuo y sus deseo o posibilidades.” (Rossi, 1998, p. 49).

En este sentido, el individuo es visto como enfermo por lo que privarán tratamientos terapéuticos de marcado corte psicológico y psiquiátrico, los cuales dependiendo de la corriente teórica harán hincapié en interpretaciones psicoanalíticas, terapias conductuales, tratamientos psicofarmacológicos, etc.

Si bien, “las modalidades varían en un amplio espectro que abarca desde enfoques psiquiátricos hasta propuestas con fuerte contenido religioso” (Rossi, 1998, p. 48), las estrategias e intervenciones se orientan a un supraobjetivo: la abstinencia. El indicador de curabilidad es el no uso de las drogas

Haciendo una correlación de elementos este paradigma cobija a los modelos Etico-Jurídico, Médico-Sanitario, Psicosocial y Sociocultural, los cuales desde una u otra perspectiva plantean estrategias que hacen énfasis en las drogas como mecanismo activo del problema, de allí el énfasis en su control/eliminación.

3.2.2. PARADIGMA DE LA REDUCCION DEL DAÑO

Como contra parte, la reducción del daño es un concepto que tiene sus orígenes en la década del 70 en Holanda, desarrollándose posteriormente en Europa, Occidental, Australia, “y en los últimos años en Canadá y los EE.UU. En América Latina, este modelo está poco difundido, con excepción de Brasil. (Rossi, 1998, p.50).

El discurso filosófico se ubica desde la realidad de la compleja problemática del tráfico y consumo de drogas considerando los intereses económicos, políticos y sociales que subyacen en ésta.

Este paradigma también recibe la denominación de “Programa de Objetivos Intermedios”, que se basan en la consecución de metas realistas acordes con las necesidades del sujeto, tomando en cuenta otros elementos más allá de la abstinencia, la cual no se descarta, pero no es el objetivo que nuclea el proceso, sino más bien el favorecimiento de la calidad de vida de la persona, “... se persiguen objetivos más realistas que permitan mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de aquellas personas que aún no han tomado la decisión firme de decir no a las drogas”. (Edex Kolektiboa, 1993, p. 35)

Se puede decir, que este planteamiento se ha afianzado en esta década observándose un cambio importante en el discurso sobre todo el que le otorga a las drogas poderes sobrenaturales y así

... hemos pasado de 'la droga mata' hacia un eclecticismo normalizado que llamó 'el aprender a cuidarse' dejando de poner atención solamente en la sustancia y resaltando más las necesidades del individuo. (Roldan, 1997, p. 3).

A través de este planteamiento el énfasis no está puesto solo en la sustancia y sus efectos, sino que existen objetivos integrales que abarcan diversos ámbitos de la vida del sujeto.

En este sentido será importante la disminución del consumo de la droga de mayor impacto, así como la distancia entre un consumo y otro, el fomento de la responsabilidad laboral, académica, familiar y social. Es decir, los objetivos del tratamiento

... en lugar de dirigirlo a la abstinencia absoluta (debe ser más bien) bajar un poco las expectativas del tratamiento, en algunos casos no se puede exigir cero recaídas, sino solo la disminución del porcentaje de éstas. (Villasmil, 1999, p. 4).

Los indicadores de curabilidad estarán orientados hacia el “... mejoramiento de la estabilidad económica y laboral, la adaptación social y la reducción de la delincuencia” (Edex Kolektiboa, 1993, p. 38), así como la disminución de la violencia doméstica, de los accidentes de tránsito, problemas legales y de seguridad pública, adecuada utilización del tiempo libre.

Desde este paradigma se avanza en la desestigmatización del consumo y del consumidor visto generalmente con rechazo, para asumir una postura más humana, entendiendo el consumo como un acontecimiento dentro de la vida de un sujeto y así atrevernos “... a escuchar el latido íntimo que en cada individuo da cuenta de su itinerario tóxico” (Edex Kolektiboa, 1993, p. 65) pero siempre respetando sus “deseos y capacidades de dejar o no tomar drogas, cuando anteriormente era una única elección: tomo drogas o me curo” (Roldan, 1997, p. 6).

Arriesgándonos a caer en reduccionismos simplistas, pudiéramos decir que este paradigma es compatible con el modelo Geopolítico Estructural, por cuanto se pretende enmarcar la problemática del tráfico y consumo de drogas en un contexto social superando el ámbito de la salud e involucrando elementos políticos, económicos, sociales y en donde el consumidor es un actor más del complejo entramado de relaciones que subyace al consumo de drogas.

3.3. OTROS PLANTEAMIENTOS

Por último, queremos destacar el planteamiento de Bruce Alexander (1987) quien refiere que dentro de una gran proliferación de teorías “existen fundamentalmente dos puntos de vista diferentes sobre la adicción. El primero conceptualiza la adicción como una enfermedad (modelo patológico) y el segundo como una manera de imitar (modelo adaptativo)” (p. 31)

Brevemente describiremos los elementos más importantes de cada modelo.

El modelo patológico relaciona adicción/enfermedad, otorgándole un peso importante a la predisposición genética y a la susceptibilidad del individuo frente a las drogas.

El modelo adaptativo sugiere que la adicción es una respuesta de adaptación del sujeto a una situación extrema que sin el uso de drogas sería intolerable para este, es una vía sustituta la cual provee de significados, organización, soporte social y aunque visiblemente dañinas proveen algo esencial al sujeto.

... el modelo patológico asume que las personas adictas son enfermas. El modelo adaptativo propone que no existe ninguna enfermedad, patología o desorden, y asume que las personas adictas están respondiendo a su adaptabilidad dentro de las limitaciones de sus propias habilidades, percepciones y medio ambiente (...) que los sostiene en una situación, que de otra forma sería dramática... (Alexander, 1987, p. 32)

Como lo señalamos al inicio de este apartado existen múltiples enfoques, perspectivas, modelos y/o paradigmas que plantean su propia manera de interpretar el complejo fenómeno del consumo de drogas.

Estos postulados teóricos, por llamarlos de alguna manera, a su vez proporcionan estrategias de acción para el abordaje del consumidor. A continuación haremos mención a las distintas estrategias, servicios y modalidades de atención más usuales, y actualmente disponibles en el país, para la persona que consume drogas y solicita ayuda.

El texto ABC de las drogodependencias, señala 4 estrategias de intervención terapéutica, a saber:

1. Individual: Orientada a escuchar el proceso singular de cada sujeto, las razones que en su caso particular le han conducido y le

- mantienen en una relación de dependencia hacia unas u otras drogas.
2. Grupal: Permite rentabilizar recursos (...) y aprovechar las dinámicas que en los grupos se generan para trabajar la ubicación psicosocial de cada sujeto.
 3. Familiar: En sentido estricto, busca reestructurar el funcionamiento de la familia en la que ha aparecido una drogodependencia, para hacer menos probable su mantenimiento.
 4. Comunitaria: Movilización de todos aquellos recursos sociales normalizados que pueden favorecer el proceso de recuperación: laborales, educativos, culturales, etc. (Edex Kolektiboa, 1993, p. 45)

La OMS (1990) ante la magnitud del problema de las drogas plantea que el tratamiento no debe concebirse como la única estrategia de respuesta a la problemática, sino debe “ser sólo una pequeña parte de la respuesta de conjunto” (p. 78)

Por cuanto el tratamiento será efectivo en la medida en que se consideren un espectro muy amplio de respuestas diversas, es decir, un tratamiento único para abordar la multiplicidad de situaciones generadas por el consumo y los consumidores de drogas, será un rotundo fracaso.

En este sentido, se hace necesario considerar los patrones de uso, vías de administración, características y particularidades del sujeto que usa la droga, los tipo de drogas, expectativas de uso en el sujeto, etc., ya que por la diversidad de usos y abuso de las drogas

hay que contemplar un amplio abanico de respuestas. “... un tratamiento único para todos los afectados por el problema no beneficia a los consumidores, ya que es importantísimo, el modo e intensidad del consumo y la historia personal “ (Alcalá, 1991, p. 229) de cada sujeto que decide incorporarse a un proceso terapéutico de cambio.

Igualmente es importante destacar, que el tratamiento aporta elementos claves para la recuperación de la persona pero “... lo corriente es que surta efectos en combinación con otros acontecimientos de la vida y con el sistema de apoyo social, o como elemento que refuerza el proceso natural de maduración del individuo” (OMS, 1990, p. 82)

De allí, la necesidad de no concebir el tratamiento como un hecho aislado, sino como un proceso que supone un conjunto de acciones, donde se contemplen las expectativas y necesidades del sujeto, la potencialización de sus recursos emocionales, familiares y sociales, la contextualización dentro de un marco familiar, comunitario y social, la construcción y recuperación de espacios vitales: familia, empleo, pareja, amigos.

3.4. TIPOS DE TRATAMIENTO EN DROGAS

3.4.1.- Comunidades Terapéuticas

El concepto de Comunidad Terapéutica es sistematizado por Maxwel Jones en 1952 en su libro “Psiquiatría Social en la práctica. La idea de la Comunidad Terapéutica.” Esta nueva modalidad de tratamiento en salud mental revolucionó y dio apoyo al movimiento de cambios y reformas de la psiquiatría tradicional.

Las ideas originarias de Jones fueron aplicadas a excombatientes de la II Guerra Mundial y consistió fundamentalmente en la convivencia de médicos y pacientes en condiciones de igualdad en un espacio de asamblea donde todos tenían participación en la organización diaria de las actividades (Goti, 1990).

En el área de la dependencia a las drogas, las primeras comunidades terapéuticas surgen en los EEUU, Synanon en 1958 y Daytop Village en 1963 (Goti, 1990, Vidal, 1992).

Una comunidad Terapéutica es una modalidad de tratamiento con una organización social interna de carácter residencial, la cual

tiene como objetivo el logro de la convivencia de un grupo de personas que comparten una problemática en común.

Según Rafael Ernesto López, (1994) precursor de esta modalidad de tratamiento en nuestro país, una Comunidad Terapéutica "... es una estructura que guarda una cohesión interna, cuyo objetivo esencial lo constituye el logro de una situación que puede ser en su totalidad coherentemente terapéutica." (p. 31).

Con esta definición coincide Vidal, (1992) para quien una Comunidad Terapéutica es "... una modalidad de tratamiento que se caracteriza por la existencia de una organización social en la cual todos los recursos existentes están estructurados coherentemente con intención terapéutica." (p. 67).

Así vemos, que lo fundamental en una Comunidad Terapéutica es su sistema estructurado y organizado, donde la convivencia humana adquiere sentido terapéutico, es decir, se utiliza como ayuda y apoyo para el proceso de cambio que llevan a cabo las personas presentes en ella.

Lo determinante y característico de una comunidad terapéutica es el clima grupal y familiar que se gesta a partir de la convivencia cotidiana.

En la actualidad existen múltiples centros de atención comunitaria para personas consumidoras de drogas. En el ámbito internacional existen acuerdos para admitir que una comunidad sea considerada terapéutica. Dichos acuerdos son básicamente “un criterio de admisión, un programa, un tiempo de estancia limitado por fases, un objetivo final, que debe ser la reincorporación sociofamiliar” (Sanahuja, citado en Vidal, 1992, p. 69).

3.4.2.- Ambulatorios

Modalidad de tratamiento caracterizada por su régimen abierto para personas que presentan un consumo de drogas no compulsivo y que se encuentran laboral o académicamente activas.

Constituye un servicio de tratamiento y rehabilitación bajo régimen abierto ... destinado a brindar asistencia integral a aquellas personas ... que no ameritan de ser contenidos en un tratamiento bajo régimen de internación”, (Ruíz, 1990, p. 19).

Actualmente los ambulatorios constituyen opciones para aquellas personas que por su condición de trabajadores, jefes de familia, o por el mantenimiento de una actividad académica, no pueden separarse de su medio sociofamiliar. Desde el punto de vista de

costos, son económicamente más rentables en su funcionamiento y mantenimiento tanto operativo como administrativo.

3.4.3.- Hospital Día.

También llamados Centros de Internación Intermedia, Casa Día o Internación Diurna, es una modalidad de tratamiento la cual ofrece un programa de contención diurna a las personas, que si bien no requieren de la contención máxima de la comunidad terapéutica, el ambulatorio es insuficiente para emprender el proceso de recuperación personal y social.

La característica fundamental de esta modalidad, es que permite el contacto de la persona con su medio sociofamiliar y comunitario durante las horas nocturnas y fines de semana, por cuanto la dependencia institucional disminuye considerablemente.

CAPITULO IV

EL HOSPITAL DIA

4.1. EL HOSPITAL DÍA

La raíz latina hospes, significa huesped, la cual tiene dos acepciones, comensal u hospedero. El huésped era recibido en el hospitium, que quiere decir atención a personas hospedadas, de ésta se deriva hospitalis, expresión de amable, caritativo con la persona hospedada.

El sentido del término significa que "... hay alguien hospedado y que hay alguien o muchas personas, que lo atienden con solicitud, amor, caridad, y responsabilidad" (Escuela de Salud Pública, s/f, p.79)

Los registros históricos dan cuenta de que los hospitales existen desde hace muchos años y como todas las organizaciones sociales se van transformando y modernizando a fin de satisfacer las demandas y necesidades de la población de usuarios. Así vemos que, inicialmente los hospitales eran concebidos como centros de restauración de la salud a través de servicios de atención cerrados, internados o de hospitalización.

Hoy día el hospital moderno es una organización social que cumple funciones de:

- Asistencia médica integral.
- Restauración de la salud a través del diagnóstico tratamiento físico y social.
- Docencia
- Investigación.
- Prevención.

Las tendencias actuales es hacia los Hospitales Día, hospitalización a domicilio, ampliación del horario en la consulta externa, participación del individuo y la comunidad en los costos de su atención, esto conlleva a una maximización de los recursos humanos, técnicos, materiales, mejorar la calidad de atención, ampliar la cobertura, y disminuir los costos. (García S, 1996)

El surgimiento de los Hospitales Día tienen que ver con este planteamiento. El Dr. Lespinasse actual director del Hospital Día La Castellana, nos refiere las ventajas de esta modalidad de tratamiento.

El costo cama/día para pacientes internos es muy alto, un paciente en Hospital Día cuesta menos ya que se disminuyen los costos de inversión y se obtienen buenos resultados de manera que el Hospital Día es una alternativa frente a la crisis. (Entrevista personal no estructurada. R. Lespinasse, Julio 26,1999.)

Igualmente otra de las ventajas mencionadas es en cuanto a que por la modalidad misma de tratamiento semi-interno se disminuye la

institucionalización de la persona dado el contacto con su medio socio familiar.

Así mismo, el Dr. Delgado actual coordinador de “Humanas”, institución privada para el tratamiento en drogas, vinculado antiguamente a la F.J.F.R. y director de un Hospital Día en el ámbito privado para tratamiento en drogas, coincide con el planteamiento anterior en cuanto refiere que las ventajas del Hospital Día son:

Económicamente rentable. Contacto sociofamiliar, menos institucionalización de la persona en tratamiento. Facilita proceso de resocialización. Incorpora a la familia estrechamente con el proceso. Rinde los mismos beneficio que la internación. (Entrevista personal no estructurada, P. Delgado, Julio 22, 1999)

Tales planteamientos corresponden al surgimiento de los Hospitales Día como modalidades de tratamiento.

Como lo mencionamos anteriormente, lo que se ofrecía eran sistemas cerrados de internación u hospitalización, sin embargo, el cambio en el perfil de la persona que solicita ayuda (la persona requiere más contención de ofrecida en el ambulatorio, pero menos que la comunidad terapéutica) hacen surgir nuevas estrategias de abordaje y atención.

De allí, que los Hospitales Día constituyan una alternativa de atención y tratamiento no solo en el área de drogas sino en variadas y diversas áreas de la salud.

En los EE. UU. y Europa el Hospital Día es una modalidad de atención ampliamente desarrollada, siendo, su aplicación más limitada en América Latina dado el predominio de las Comunidades Terapéuticas, por lo menos en cuanto a la problemática de drogas se refiere.

En nuestro país la situación es poco alentadora, según las indagaciones realizadas en el antiguo M.S.A.S., hoy Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en Venezuela existe un Hospital Día para la atención de personas con problemas psiquiátricos el cual es el “Hospital Día de La Castellana”, que funciona desde 1935 bajo la dependencia del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.).

A través de la realización de esta investigación pudimos constatar que no existen en Venezuela investigaciones en esta área, y menos sobre estudios comparativos entre la modalidad de Hospital Día y Comunidades Terapéuticas, por lo que fue necesario referirnos a las experiencias de otros países. Específicamente en EE.UU. en donde encontramos dos investigaciones importantes acerca del Hospital Día y en las cuales observamos concordancia con los planteamientos de los

médicos psiquiatras venezolanos entrevistados en relación con las ventajas de estos centros de tratamiento.

El primer estudio “Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation (Alterman, 1994), (Efectividad y costo en pacientes internos versus Hospital Día en rehabilitación de cocaína), fue realizado a 111 personas dependientes a la cocaína, todos del sexo masculino, afroamericanos, de bajos recursos económicos. Entre los hallazgos más importantes se encontraron:

1. El costo para tratamiento en Hospital Día es de 135\$ por día y de 225\$ por día para la internación, dada esta diferencia de costos, la internación debería estar canalizada más hacia aquellas personas con impedimentos para participar en tratamientos externo tales con problemas físicos, psiquiátricos y/o motivacionales.
2. Los pacientes de internación fueron más propensos que los de Hospital Día a terminar el tratamiento, esto debe ser considerado para aquellos paciente que no tienen motivación interna.
3. El Hospital Día fue más exitoso en enganchar a los pacientes para la atención posterior (seguimiento)
4. Existen pocas diferencias estadísticas o clínicas entre Hospital Día y Centro de internación, en cuanto a los resultados de seguimiento ambos programas pueden ser efectivos. (p. 159-161)

La segunda investigación “Treatment goals, continuity of care and out come in a day hospital substance abuse rehabilitation program”

(McKay, et. al.1994), (Metas de tratamiento, continuidad de cuidados y resultados en programas de rehabilitación de abuso de sustancias en Hospital Día.), realizado en 180 personas dependientes a cocaína y alcohol, veteranos de guerra, todos del sexo masculino, principalmente negros, de bajo nivel socioeconómico. Entre los elementos que destacan podemos mencionar:

1. La rehabilitación en Hospital Día puede ser efectiva en un amplio rango de usuario de sustancias.
2. Se ha encontrado que las personas dependientes a la cocaína, aleatoriamente asignados a Hospital Día generalmente tienen resultados similares a aquellos tratados en instalaciones cerrada.
3. Las personas que completan la rehabilitación por abuso de sustancias en Hospital Día y luego continúan en grupos de auto ayuda tienen mayor propensión a mostrar tasa inferiores de uso de alcohol y cocaína durante el seguimiento.
4. No influye la severidad de la adicción o de los problemas psicosociales para efectuar tratamiento en Hospital Día
5. Las personas que eligen permanecer más tiempo en el tratamiento observan mejores indicadores de resultados positivos. (p. 257-258)

Como lo señalábamos anteriormente, en Venezuela no hay estudios relacionados al Hospital Día, sin embargo la experiencia nos confirma que ciertamente el hecho de que la persona se mantenga el mayor tiempo posible en tratamiento, mejores serán los resultados y pronósticos en cuanto a la recuperación. Igualmente nuestra

experiencia nos confirma que el Hospital Día como modalidad de tratamiento ofrece beneficios similares a los de internación.

4.2. EL HOSPITAL DÍA EN VENEZUELA

Como fue referido anteriormente en nuestro país esta modalidad tiene una corta data al menos en el área de drogas.

Así vemos, que en el país existe un Hospital Día para personas con diferentes problemas psiquiátricos del IVSS, pero que no atiende a personas con problemas de drogas por considerar que “esta contraindicado para drogadictos y alcohólicos” (Entrevista personal no estructurada, R. Lespinasse, Julio 26, 1999).

El primer Hospital Día en drogas en Venezuela del cual se tienen referencias es el creado por la Fundación José Félix Ribas en el año 1993 (Ver Orígenes y Antecedentes del Hospital Día/FJFR).

En el ámbito privado de tratamiento en drogas se tienen referencias de un Hospital Día creado en 1994-1995 el cual no se mantuvo en el tiempo por problemas de orden técnico, financiero y programático.

Este fue el caso del Hospital Día conducido por el Dr. Delgado a principio de esta década.

Este Hospital Día funcionaba inicialmente con un programa abierto y luego se estructuró un encuadre de 12 semanas en donde se brindaban actividades de corte terapéutico, socioeducativo, recreativo y deportivo. El tratamiento estaba diseñado para personas que tuvieran cierta capacidad de contención sociofamiliar, capacidades y destrezas sociales conservadas. (Entrevista personal no estructurada, P. Delgado, Julio 22, 1999)

Igualmente sabemos que en la Unidad de Atención al Farmacodependiente (UDAF) del Hospital Psiquiátrico de Caracas, durante el año 1996, se ofrecía el sistema de Hospital Día, pero desarrollado con el mismo programa de Comunidad Terapéutica, es decir, no había una modalidad de tratamiento de Hospital Día sino que las personas cumplían el encuadre comunitario (espacios físicos y terapéuticos, actividades, plan motivacional) con la diferencia de que iban a dormir a sus casas, el horario era de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. durante 6 meses.

Estas son las tres experiencias de las que obtuvimos información a través de entrevista no estructuradas a expertos, colegas y amigos del área realizadas en la fase inicial de esta investigación (Julio/Agosto1999).

En cuanto a la F.J.F.R., esta inicia la atención al consumidor a través de la modalidad de Comunidad Terapéutica y actualmente mantiene dos Hospitales Día, el Hospital Día de la Casa de Petare, en funcionamiento desde finales de 1994, y el Hospital Día de Mérida en funcionamiento desde 1998, implementado a partir de la experiencia de Casa Petare. Igualmente en el año 1998 se inicio un Hospital Día en el Centro de Educación Preventiva Integral y Participación Socio-Cultural (C.E.P.I.) de Caraballeda, Edo. Vargas, el cual también recibió asesoramiento del Hospital Día de Petare. Sin embargo es importante destacar que a raíz de la situación de tragedia nacional ocurrida en el estado Vargas en diciembre del pasado año, este centro actualmente no se encuentra funcionando.

En cuanto al sistema de los Hospitales Día encontramos en la referencias de otros países, como EEUU, marcadas diferencias con el sistema nuestro. Según las referencias consultadas (Alterman, 1994; McKay, et. al.1994) el tratamiento en Hospital Día es de 30 días, 27 horas semanales. En el Hospital Día de la F.J.F.R. el tratamiento es de seis meses, 50 horas semanales aproximadamente.

En cuanto a las estrategias terapéuticas no hay variaciones significativas, las estrategias de abordaje, el uso de terapias individuales, grupales y familiares, las actividades educativas, cine, lectura y demás actividades recreacionales y grupos de autoayuda, forman parte de proceso durante y después del tratamiento en Hospital Día.

Una diferencia significativa es que los tratamientos en E.E.U.U. hacen uso de los grupos de autoayuda, incorporándolos como estrategia terapéutica durante el tratamiento y posteriormente en la etapa de seguimiento. (Alterman, 1994)

En nuestro país esto no se estila, los grupos de autoayuda tipo Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos funcionan independientes de las instituciones que ofrecen tratamiento, ni aún como motivación personal el individuo que cumple un proceso terapéutico en alguna institución acude a un grupo de autoayuda.

Sería interesante profundizar en este tema, ya que según lo que se reporta es que “los pacientes que completan la rehabilitación por abuso de sustancia en Hospital Día y luego continúan en grupo de autoayuda tienen mayor propensión a mostrar tasas inferiores de uso de alcohol y cocaína durante el seguimiento” (McKay et. al. 1994 p. 257)

4.3. EL HOSPITAL DE LA FUNDACION JOSE FELIX RIBAS

4.3.1. Marco Institucional de la Fundación José Félix Ribas.

La Fundación José Félix Ribas es una institución sin fines de lucro, creada por el Estado Venezolano mediante el decreto N° 1.366 en fecha 20 de Noviembre de 1986, adscrita al antiguo Ministerio de la Familia, hoy Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

La Fundación cuenta entre sus instancias rectoras con un Organo de Tutela, una Junta Directiva y un Nivel Ejecutivo. La tutela corresponde al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, específicamente al Vice-Ministerio de Desarrollo Social. La junta directiva esta conformada por representantes de los ministerios de Salud y Desarrollo Social, Interior y Justicia, Educación y un representante de las Comunidades Terapéuticas.

Es importante mencionar que actualmente la Fundación esta viviendo un proceso de reestructuración, lo que ha generado cambios en la estructura organizativa, así como la creación de nuevas instancias. En este sentido, no se ha diseñado el organigrama definitivo de la institución. (V. Galera, Entrevista Telefónica, Abril 10, 2000)

Siendo una Fundación del Estado, es la instancia ejecutara de las políticas de drogas en las áreas de Investigación, Prevención y Tratamiento.

La misión de la Fundación es ofrecer a las personas, grupos e instituciones alternativas de acción frente al consumo de drogas a través de la implementación de servicios y programas de investigación, prevención, tratamiento, formación de recursos humanos y asistencia técnica en el área de drogas.

Uno de los objetivos generales de la Fundación es “brindar atención especializada a personas que presentan problemas de consumo de drogas, a través de la asistencia individual y familiar, con el uso de diferentes modalidades de tratamiento”. (Plan Nacional de Tratamiento, F.J.F.R., 1990 p. 5)

A continuación especificaremos brevemente lo que la Fundación se plantea en el área de tratamiento.

Según el Plan de Tratamiento cuya revisión documental, recopilación y redacción final estuvo a cargo de Hellen Ruiz y Pilar Quintero en Abril de 1990, se define que el tratamiento

esta constituido por el conjunto de acciones dirigidas a obtener la reducción de la demanda de la droga, modificando la sintomatología y condición de enfermedad asociada al abuso de sustancias y/o dependencia, con la finalidad de obtener la recuperación del estado de salud bio-psico-social del individuo y su familia" (p. 8)

Para el logro de este objetivo, la Fundación a través de sus centros de tratamiento ofrece tres modalidades de atención para el tratamiento del consumo y abuso de drogas. Dichas modalidades tratan de responder a las características del sujeto, su historia de consumo, a las expectativas que este mantenga para el tratamiento, del apoyo o contención familiar, así como de la necesidad de separarlo o no de su medio sociofamiliar.

Las modalidades de tratamiento ofrecidas por la Fundación José Félix Ribas son:

1.- Ambulatorios: Para personas que se inician en el consumo, o para aquellas en las que el consumo no es compulsivo y mantienen algún tipo de actividad laboral, académica, son jefes y /o sostén de hogar.

2.- Hospital Día: Para aquellas personas que necesitan contención durante las horas diurnas y cuentan con una familia o

tutor que les brinde apoyo y contención durante las horas nocturnas y fines de semana.

3.- Comunidades Terapéuticas: Para personas que presentan un consumo compulsivo o intensificado que requieren separarse temporalmente de su entorno sociofamiliar dado que el mismo constituye un factor de riesgo para su proceso de recuperación, y por lo tanto necesitan un sistema altamente estructurado y de contención máxima.

A su vez se ofrece un Plan integrado donde, de acuerdo a las necesidades, características y expectativas de la persona se pueden combinar más de una modalidad a fin de ofrecer un tratamiento integral. Por ejemplo iniciar el tratamiento en Comunidad Terapéutica y continuar en Hospital Día, o iniciar en Hospital Día y culminar en el Ambulatorio.

Los servicios de asistencia que se ofrecen en las distintas modalidades de atención incluyen: terapias individual, grupal y familiar, terapias alternativas (farmacoterapia, socioterapia), actividades culturales y recreativas así como todas aquellas diseñadas en pro del desarrollo de las potencialidades de las personas que solicitan ayuda.

Todas estas actividades son llevadas a cabo por un equipo multidisciplinario conformado por profesionales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y auxiliares de centro.

Actualmente la Fundación cuenta con los siguientes centros de tratamiento:

UBICACION	CENTROS	MODALIDADES
Distrito Federal y área Metropolitana de Caracas	Parque Miranda	Ambulatorio
	Casa Petare	Hospital Día - Ambulatorio
	El Junquito	Comunidad Terapéutica
Estado Vargas	Centro de Educación Preventiva e Integral Caraballeda	Ambulatorio - Hospital Día (*)
Zulia	Comunidad Terapéutica Maracaibo	Comunidad Terapéutica - Ambulatorio
Mérida	Centro de Atención Integral Mérida	Ambulatorio - Hospital Día
Monagas	Comunidad Terapéutica de Maturín	Comunidad Terapéutica - Ambulatorio

(*) no estan en funcionamiento

Actualmente la fundación tiene una política de expansión considerando el incremento del consumo de drogas en la población, es así como se esta estudiando la posibilidad de aperturar “Casas de

Prevencion Integral”, en las cuales se concentren actividades tanto de prevención como de tratamiento.

4.4. ORIGENES Y ANTECEDENTES DEL HOSPITAL DIA DE LA FUNDACIÓN JOSE FELIX RIBAS.

En la historia del Hospital Día de la Fundación José Felix Ribas, es posible ubicar grandes momentos que marcaron pauta para ser lo que es en la actualidad. En cada momento se pueden ubicar elementos claves que definen o redefinen la construcción y proceso de este centro de tratamiento.

Veamos cronológicamente la ubicación de seis momentos y sus elementos más resaltantes.

Primera Etapa: Orígenes y Antecedentes del Hospital Día de Parque Miranda				Segunda Etapa: Instalación y Consolidación del Hospital Día de Casa Petare		
Elementos más resaltantes	1º 1993	2º 1994	3º 1995	4º 1996	5º 1997	6º 1998/1999
	Cambios en el perfil de usuarios que demanda atención.	Presentación del Proyecto a la ONG's Española	Inicio del Hospital Día de Parque Miranda	Firma de convenio con Codespa	Dificultades de financiamiento	Consolidación de la filosofía de tratamiento de Hospital Día
	Presentación de anteproyecto de Hospital Día para la Alcaldía de Sucre.	Cooperación de Desarrollo Panamericano (Codespa).			Redefinición del Proyecto de Hospital Día para ajustarlo a los recursos existentes	Presentación de la experiencia en el ámbito nacional e Internacional
	Primeras reflexiones acerca de la necesidad de crear una modalidad de tratamiento intermedia entre el Ambulatorio y la Comunidad Terapéutica.	Jornadas de reflexión en el Ambulatorio de Parque Miranda			Apertura del Ambulatorio. Presentación de Ponencia en Argentina Primeros cambios en la concepción del tratamiento del Hospital Día.	

4.4.1. Momento 1º: Las Primeras Semillas e Ideas 1992-1993.

En el año 1992 aproximadamente, la F.J.F.R. atravesaba una fuerte crisis económica razón por la que fue necesario cerrar el centro Ambulatorio de San Bernardino, y trasladarlo a las instalaciones del Complejo Deportivo Parque Miranda, en un local debajo de las gradas de la piscina, en donde funcionaba con un mínimo de recursos materiales y en condiciones no adecuadas para el trabajo terapéutico. Para este momento la directora del centro es la Dra. Diana Ríquez. A la vez la Fundación mantenía un ambulatorio en el Parque Central.

Dada la fuerte crisis financiera, se plantea que cada centro debía autogestionarse y buscar los recursos financieros para su adecuado funcionamiento. En 1993 se habla por primera vez en la Fundación de descentralización, razón por la que cada centro debía hacer contacto con el gobierno local de la jurisdicción donde estaban ubicados (Alcaldías, Gobernaciones), y presentar proyectos para conseguir financiamientos.

Es así, como el ambulatorio Parque Miranda se interesa en conocer las necesidades del área metropolitana, específicamente del Municipio Sucre a fin de presentar un proyecto que estuviese dirigido hacia la satisfacción de las mismas para garantizar así la viabilidad y financiamiento por parte de la Alcaldía.

Paralelamente ocurre un hecho que marca pauta y son las semillas para la idea del Hospital Día de la F.J.F.R., el cual se refiere a los cambios en el perfil de usuarios que demanda atención, que para ese momento se caracteriza por ser

una población ubicada entre los 18-25 años, fundamentalmente del sexo masculino, con un consumo mixto de drogas (marihuana, cocaína, alcohol), y con una historia de consumo entre 5 y 8 años para el momento que consulta, y para quienes la fundación ofrecía dos modalidades de atención: el ambulatorio y la comunidad terapéutica. (D. Ríquez, Entrevista Personal semi estructurada, Septiembre 20, 1999. Ver anexo N° 3)

Ahora bien, al ambulatorio como centro de referencia comienza a solicitar atención una población de jóvenes preadolescentes y adolescentes (13-18 años), muchos de ellos referidos por la Alcaldía del Municipio Sucre a partir de una ordenanza municipal, la cual contemplaba la detención de los menores de edad encontrados en la calle después de las 9:00 p.m.

Por la edad y situación psicosocial estos jóvenes no se adaptaban a ninguno de los modelos de tratamiento existentes en la fundación, ya que por un lado requerían de mayor contención que la ofrecida en el ambulatorio, pero a la vez no se adaptaban a la estructura normativa que caracteriza la comunidad terapéutica.

Esto conlleva a la necesidad de replantearse y reflexionar acerca de la creación de un modelo intermedio en el cual estos jóvenes pudieran realizar tratamiento.

... nos empiezan a llegar una cantidad entre niños y adolescentes... que no están dentro de los estándares generales ... y que se [podían beneficiar] de una situación intermedia, ni tan flojita como el ambulatorio, ni tan fuerte como la comunidad terapéutica, ósea que había un tipo de paciente especial... (D. Ríquez, Entrevista Personal semi-estructurada, Septiembre 20, 1999. Ver Anexo N° 3)

En el segundo trimestre del 1993, comienza el movimiento en Parque Miranda en torno a la posibilidad de convertir el ambulatorio en un Hospital Día, por todo lo planteado anteriormente. En mayo de ese mismo año se presenta un anteproyecto a la Alcaldía de Sucre, el cual no se logra llevar a cabo por razones burocráticas.

4.4.2. Momento 2°: Propuesta de Cooperación de Desarrollo Panamericano (CODESPA) 1994.

A fines de noviembre de 1994, se presenta la propuesta del “Proyecto Petare de prevención integral del consumo de drogas” a ser realizado conjuntamente por un consorcio de ONG’s venezolanas, trece

en total, bajo la dirección de CODESPA, ONG's Española perteneciente a la Comunidad Económica Europea.

El Proyecto Petare estaría destinado a atender la demanda de la población de Petare y sería en términos de intervención igual al ensayado y puesto en práctica por el Proyecto Baruta.

Los fines que se persiguen en el Proyecto Petare están expresados en un fin principal, fines secundarios y objetivos derivados, el fin principal era “prevenir el consumo de drogas en el Municipio Petare”, y entre los secundarios encontramos “configurar un modelo corporativo de ejecución de proyecto de prevención integral del consumo de drogas de localización específica a través de la coordinación de esfuerzo de diversas ONG's venezolanas con o sin experiencias en el ámbito de las drogas”. (Proyecto Petare, 1994, p. 22)

En términos de objetivos específicos el proyecto se plantea 33 objetivos, entre los cuales el número 25 hace referencia a lo que sería la participación de la FJFR en el macro proyecto como es “ofrecer un servicio ambulatorio” en el marco de la prevención terciaria, es decir, en el área de tratamiento.

El proyecto se estructura en siete programas diseñados para atender a diversos factores de riesgo, cada organización intervendría en uno o más programas.

El programa Vera de Prevención Integral, en donde la FJFR a través de su programa de prevención terciaria ofrecería el servicio de Hospital Día “una modalidad de intervención menos costosa que un centro de intervención y más efectiva que un servicio ambulatorio”. (Proyecto Petare, 1994, p.24). Este servicio debía ofrecer atención a adolescentes y adultos de ambos sexo, consumidores de drogas, residentes en Petare.

El proyecto debía contener actividades educativas y terapéuticas, orientación familiar y comunitaria, asistencia médica y nutricional, nivelación académica, orientación vocacional, entre otras.

Es importante destacar, que la FJFR participaba también en el programa IV de Educación Preventiva Positiva a través de su programa de prevención primaria.

En cuanto al financiamiento existía un plan de financiación global con aportes de:. Comunidad Económica Europea, Codespa, ONG's y otros como por ejemplo la embajada Británica y una ONG alemana, etc.

Para FJFR el financiamiento estaba planteado en los siguientes términos: “La acción cuenta con un aporte por valor de US\$17.929 que realizará la Embajada Británica en Caracas a favor de la FJFR” el cual sería usado para el financiamiento del programa de prevención primaria.

El costo total para la implementación del programa de Hospital Día era de US\$ 201.461 de los cuales US\$182.200 sería contribución de la Comunidad Económica Europea y US\$ 19.940 aporte local de la Fundación José Félix Ribas, es decir, 90.36% de aporte de la CEE y 9.64% de la Fundación. (Proyecto Petare, 1994, p. 27)

Durante el año 1995 se da inicio al Proyecto Petare, no así la firma del convenio con la FJFR.

4.4.3. Momento 3º: Inicio del Hospital Día de Parque Miranda 1995

El Hospital Día surge como una manera de dar respuesta a la población de usuarios que consulta el ambulatorio de Parque Miranda.

Es así como el Hospital Día se inicia con los recursos económicos, materiales y humanos del ambulatorio Parque Miranda en vista de que la situación financiera continuaba siendo deficitaria.

En virtud de las características de la población que acudía a solicitar ayuda, este centro inicialmente se ideó para atender adolescentes (14 a 18) y adultos jóvenes de (18 a 25), de ambos sexos, consumidores de drogas y que contaran con familiares, tutores, representantes o instituciones que se responsabilizaran de la contención fuera de las horas de Hospital Día.

El programa se lleva a cabo a través de actividades psicoterapéuticas (grupos, asambleas, terapias individuales, terapias familiares.), socioeducativas y recreativas.

Es importante mencionar que la obtención de esta información tuvo un grado considerable de dificultad, dado que no fue posible localizar los proyectos escritos y documentos que sustentan el inicio de este centro de tratamiento en la FJFR.

Para la obtención de la información necesaria para este apartado se realizó una entrevista semi-estructurada a la Doctora Diana Ríquez (ver anexo N° 3) fundadora del proyecto original de Hospital Día, así como la consulta del anteproyecto de Hospital Día

realizado en 1993 y que fue ubicado en el Cedif (Centro de Documentación e Información de la F.J.F.R.)

4.4.4. Momento 4º: Convenio con CODESPA 1996

Como lo señalamos anteriormente estaba planteado la firma de un convenio entre la Fundación José Félix Ribas y Codespa en el marco del Proyecto Petare para iniciar el programa de Hospital Día.

En mayo de 1996 se firma el convenio y se presenta un nuevo proyecto de Hospital Día (diferente al presentado inicialmente en el año 1994, en cuanto a cobertura, actividades de funcionamiento, recursos humanos etc.).

Sin embargo, es importante mencionar que cuando se inició el Proyecto Petare ya el Hospital Día tenía un año y medio funcionando en las condiciones descritas anteriormente de allí que en esta segunda etapa, fue necesario reajustar lo que se tenía a las nuevas exigencias y objetivos que supone el inicio del mismo.

En este sentido, fue necesario desde acondicionar un local idóneo para el desenvolvimiento efectivo y eficaz del programa hasta la elaboración del plan tratamiento, pasando por la contratación y entrenamiento del Recurso Humano.

Si bien es cierto, la Comunidad Económica Europea aportaría prácticamente la totalidad de los recursos del funcionamiento, el Hospital Día se inicia gracias a los aportes de la Fundación José Félix Ribas, es decir, para no retrasar el inicio del programa y como CODESPA aun no había hecho efectivo el aporte en la fecha acordada, la Fundación decidió asumir los costos de funcionamiento y es así como el Hospital Día se inicia inserto en el Proyecto Petare pero sin recibir el aporte económico necesario para cubrir todos los objetivos propuestos.

Ya en este momento se observa la primera dificultad si bien de tipo económico, ésta afectó los objetivos terapéuticos a implementar, veamos por qué.

Inicialmente el recurso humano que participaría en el proyecto era como se establece en el informe de gestión de fecha 23 de julio de 1996, el siguiente:

- Un director (aporte F.J.F.R.)
- Un coordinador de tratamiento (aporte C.E.)

- Cuatro terapeutas (aporte F.J.F.R.)
- Un médico de familia (aporte C.E.)
- Un trabajador social (aporte F.J.F.R.)
- Seis terapeutas (aporte C.E.)
- Un administrador (aporte C. E.)
- Cuatro Instructores (aporte C.E.)
- Cuatro Monitores (aporte C.E.)
- Una secretaria de administración (aporte C.E.)
- Una recepcionista (aporte C.E.)
- Tres trabajadoras sociales (aporte C.E.)
- Cuatro terapeutas ocupacionales (aporte C.E.)
- Dos vigilantes (aporte C.E.)
- Dos aseadoras (aporte C.E.)
- Una enfermera o enfermero (aporte C.E.)
- Un asistente de investigación (aporte C.E.)

Sin embargo el proyecto se inicia con el siguiente personal:

- Un director (F.J.F.R.)
- Un coordinador terapéutico (C.E.)
- Tres terapeutas (F.J.F.R.)
- Un medico de familia (F.J.F.R.)
- Un trabajador social (F.J.F.R.)
- 5 terapeutas (C.E.)
- 3 Monitores (C.E.)
- 1 Trabajador social (C.E.)
- 1 Terapeuta ocupacional (C.E.)

Es decir, la proyección del Recurso Humano necesario era de 38 personas y el proyecto se inicia con 18 lo cual significa un 55% menos del personal idóneo para cubrir los objetivos y metas planteadas.

Esto conllevó a que las actividades fuesen reformadas, así como también la oferta de servicio, la cual fue adecuada a los recursos existentes. Inicialmente se tenía previsto atender con 10 terapeutas un total de 60 pacientes en Hospital Día y 300 pacientes en Ambulatorio, dado el déficit del Recurso Humano se disminuyó la oferta llegando a atender 30 pacientes en Hospital Día y se pospuso durante ese año la apertura del ambulatorio.

4.4.5. Momento 5º: Dificultades de financiamiento Año 1997.

A finales de 1996 la situación financiera de la F.J.F.R. se torna crítica dado que los aportes de CODESPA aun no habían sido recibidos y la Fundación económicamente no podía continuar asumiendo el costo total del Hospital Día.

Esto trajo como consecuencia que en Enero de 1997 se debe prescindir del recurso humano contratado para el proyecto y mantener el funcionamiento de Hospital Día con el personal fijo de la Fundación. Es decir, se reduce nuevamente el recurso humano de 18 personas a 9 personas, a saber: un director, cuatro terapeutas, una trabajadora social, dos monitores y una secretaria.

A su vez esto supuso una nueva redefinición del proyecto a fin de adecuar los objetivos y actividades al personal existente.

Es importante mencionar que a pesar de los cambios y dificultades económicas el Hospital Día continuaba funcionando, satisfaciendo las necesidades de la demanda, que ya para ese momento se amplía en términos de ofrecer atención no solo a la población de Petare, como estaba establecido inicialmente, sino también a la población del área metropolitana de Caracas.

Esta permanencia del Programa de Hospital Día, aún en medio de las dificultades señaladas, se debió entre otras razones al seguimiento de una línea de trabajo establecida desde la dirección del centro. Línea de trabajo constituida por:

- Conformación de la estrategia terapéutica (atención integral)
- Adhesión a los objetivos terapéuticos del tratamiento
- Responsabilidad en el respeto y cumplimiento del encuadre de Hospital Día
- Solidez y coherencia en el equipo de trabajo

Igualmente podemos mencionar que a finales del tercer trimestre del año 1997 comienzan a germinar las primeras semillas para la

construcción de la filosofía de Hospital Día ya que hasta el momento era asumida la filosofía comunitaria como modelo de tratamiento. Esto tiene su origen en un viaje a Argentina realizado por el director del centro, que marca pauta en lo que será la concepción del tratamiento del Hospital Día.

Se da esta experiencia de llevar esta ponencia, en Argentina se recogen nuevas experiencias, se visitan los Hospitales Día del CENARESO, gente que tienen 20 años de experiencia en Hospitales Día en adicción y bueno esa experiencia permitió definir de una forma mas clara algunas ideas que nosotros veníamos teniendo de lo que debía ser una filosofía del Hospital Día y que finalmente más adelante la definimos como una filosofía humana, en relación a lo que es la atención al paciente. (J. Villasmil, Entrevista personal semi estructurada, Agosto 24, 1999. Ver anexo N° 4)

4.4.6. Momento 6°: Consolidación del Hospital Día de Casa Petare Años 1998 I 1999

Pasada la etapa de instalación, donde los esfuerzos se concentraron en levantar las bases tanto en lo administrativo y operativo como en lo terapéutico, la intención se centra en consolidar esas bases, es decir, mantener y reforzar el esfuerzo realizado, avanzando hacia nuevas perspectivas pero sin perder de vista el camino recorrido hasta ese momento.

Destaca la necesidad. de consolidar la posición del Hospital Día como centro de tratamiento frente al asunto drogas, es así como se aprovechan diferentes instancias y espacios donde se da a conocer el cómo vemos este complejo asunto de las drogas y que respuestas damos desde nuestro quehacer profesional y cotidiano en el Hospital Día.

Este momento de Hospital Día se caracteriza por la expansión en tanto que se da a conocer nuestra experiencia tanto en Venezuela como en el exterior, participando en dos eventos internacionales (Colombia 1998, Chile 1999,) lo que permite nutrirnos de otras experiencias para ir consolidando nuestra propia visión del asunto drogas.

En este sentido la reflexión a lo interno del centro constituye la posibilidad de redefinir la concepción del tratamiento y adecuarlo a las características inherentes de la modalidad de Hospital Día.

Planteamientos como la reducción del daño, problematización a cerca de si la dependencia a las drogas es o no una enfermedad mental, flexibilización de la normativa, particularización del tratamiento según cada caso, apertura a diferentes estrategias de abordaje (conductistas, gestálticas, psicodinámicas, humanistas, sociológicas) son algunos de los elementos claves que se asumen en este momento de la historia de Hospital Día. (Ver Evolución y Nuevos Elementos.)

A partir de este momento se puede establecer incluso una línea fronteriza (sin que lo fronterizo fragmente, sino que más bien permita diferenciar dentro del todo algunas de sus partes) entre el Hospital Día antes y después de 1997.

El Hospital Día de 1996 estaba construido sobre la estructura de la filosofía comunitaria en términos de la concepción, estrategia y operativización del tratamiento (conceptos, normas, plan motivacional).

El Hospital Día de 1997 comienza a alejarse de los planteamientos comunitarios, pudiéramos decir que la solidez de nuestras bases tienen un componente importante de lo comunitario y a partir de allí fuimos construyendo nuestra propia edificación, construcción no acabada que se va redefiniendo con la práctica.

Bueno, en primer término acuérdate que el Hospital Día es un programa semi-abierto, la comunidad terapéutica es un programa cerrado, ya eso se distancia al Hospital Día de la comunidad terapéutica, cosa central en el Hospital Día es que los pacientes mantienen un vínculo con la familia, con su medio socio-familiar, en la comunidad terapéutica no, la comunidad terapéutica se maneja con la concepción de la abstinencia absoluta, el Hospital Día se perfila con una filosofía de reducción del daño con respecto al tratamiento (...) otro elemento que nos aleja de la filosofía comunitaria es la posibilidad de nosotros ver la mejoría del paciente a través de la familia cosa que no es posible en la comunidad terapéutica, porque en la comunidad terapéutica los pacientes están allí encerrados, están en unas

condiciones ideales que no son la realidad con la que se encuentra el paciente.

Qué nos acerca a la comunidad, bueno, nos acercan los planteamientos de Maxwell Jones: la libertad, la democracia, la igualdad, nos acerca un discurso que debe ser coherente, nos acerca el trabajo en grupo, nos acerca el trabajo comunitario, esa concepción del trabajo comunitario como el devolver o reparar servicios en la comunidad, como una manera de pagarle a la comunidad el daño echo por mí en el consumo de drogas, en eso hay convergencia, hay coincidencia más bien y de hecho eso está, en el intersticio del Hospital Día se respiran aires comunitarios. (J. Villasmil, Entrevista personal semi-estructurada, Agosto 24, 1999 (Ver anexo N° 4)

Como vemos la Historia del Hospital Día como modalidad de tratamiento fue y sigue siendo producto de un proceso, en donde los aspectos tanto administrativos como terapéuticos fueron consolidando la estrategia de atención.

A continuación presentamos el Plan de Tratamiento, eje fundamental del Hospital Día para la atención de la persona consumidora de drogas.

4.5. PLAN DE TRATAMIENTO DE HOPITAL DIA

El Hospital Día de la Casa de Petare es una modalidad de tratamiento para jóvenes y adultos jóvenes con problemas de drogas, de 13 a 45 años de edad, mixto y de régimen semi-interno, estructurado a través de un encuadre terapéutico conformado por actividades psicoterapéuticas, socioeducativas, recreativas, culturales y deportivas, llevadas a cabo por un equipo multidisciplinario de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y monitores.

Su funcionamiento está determinado por una dinámica muy particular y es el hecho de poseer un régimen semi- interno donde la persona no pierde el contacto con su medio socio familiar.

El Hospital Día presta sus servicios de Lunes a Viernes en un horario comprendido entre las 8:00 a.m. y las 6:00 p.m., siendo una condición necesaria, más no limitante, la participación de la familia o un tutor para garantizar la contención a la persona que inicia el tratamiento, durante las horas nocturnas y los fines de semana.

La estrategia de abordaje terapéutico es grupal, el tratamiento es entendido como un proceso, esto es como un continuum de situaciones y circunstancias todas de carácter terapéutico, es decir, de aprendizaje

y crecimiento para el que lo vive. En términos metodológicos esta dividido en momentos, pero sin perder la visión de proceso, atravesado por un conjunto de normas operativas y conductuales estructuradas en un Plan Motivacional (Ver Glosario, anexo N° 2).

Las técnicas utilizadas son variadas, evidenciándose una tendencia hacia lo ecléctico, en donde se conjugan herramientas de tipo conductual, de la corriente dinámica, guesáltica, humanística, social, aunque predomina la concepción del problema como enfermedad mental con marcados componentes psicológicos y psiquiátricos en el abordaje.

La estructura del Hospital Día está contenida en el “Plan de Tratamiento”, que es el documento que contiene los lineamientos que rige el tratamiento que se ofrece. El mismo fue elaborado por el equipo terapéutico durante el año 1996 y anualmente es sometido a una revisión a fin de adecuarlo a las exigencias y características de la demanda de servicio.

Entendiendo que cada persona presenta una problemática particular con características y especificidades propias, atendiendo a su historia personal, historia y tipo de consumo, situación sociofamiliar e.o., se contemplan planes de tratamiento adaptados a las necesidades particulares de cada persona. Así tenemos un Plan Básico y/o regular de 6. meses y 4 Planes especiales de variación en cuanto al tiempo. El

objetivo de esto es ofrecer a la persona una ayuda eficaz para el momento de la solicitud de ayuda considerando su condición, estado y situación de consumo. Estos planes se desarrollan como un proceso continuo, con duración, momentos, objetivos y actividades propias de cada uno.

A continuación describiremos con detalles dicho Plan de Tratamiento.

4.5.1.- Plan Básico y/o Regular:

Se refiere al plan cuya duración es de 6 meses en promedio, de Lunes a Viernes en un horario comprendido entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m., dividido operativamente en tres momentos. Este plan esta concebido para aquellas personas cuyo consumo de drogas es regular, intensivo o compulsivo y en donde se aprecia un deterioro en las áreas familiar, académica, laboral, social, etc., lo suficientemente importante que conllevan a la persona a solicitar ayuda que le permita desarrollar la capacidad de gerenciar un proyecto de vida productivo en términos del bien-estar.

Los momentos de este Plan son tres: Un primer momento se corresponde con el inicio de la persona en tratamiento, tiene una duración entre quince días a un mes, el objetivo fundamental es

familiarizar a la persona con la institución, favorecer un ambiente de adaptación al ambiente de la Casa, a la normativa y al contexto general de estar en un proceso terapéutico de revisión y crecimiento emocional.

Las características propias de este momento es que la persona debe cumplir con una serie de normas dentro de la Casa entre ellas el seguimiento y la cuarentena preventiva, (ver Glosario, anexo N° 2) ambas concebidas como medidas de protección tanto para el que llega como para el grupo que ya se encuentra en tratamiento.

El familiar en este momento del tratamiento tiene el compromiso y la responsabilidad de realizar el seguimiento en las horas nocturnas y durante los fines de semana.

Durante este tiempo la persona se incorpora a todas las actividades del encuadre a excepción de los Grupos emocionales, en su lugar asiste a los grupos de inducción. Igualmente no se encuentra incorporado al plan motivacional. Recibe terapia individual una vez por semana en una sesión de 50 minutos.

Una vez alcanzado los objetivos fundamentales de este primer momento, la persona se inicia en un segundo momento que puede contemplar una duración entre tres y cuatro meses aproximadamente.

El objetivo fundamental es que la persona reflexione sobre las situaciones que lo conllevaron al consumo de drogas, “profundizando en su conflictiva emocional y en aquellos factores que podrían estar provocando la necesidad de consumo” (Plan de Tratamiento, 1998, p. 17) La persona es incorporado al Plan Motivacional, deja de asistir a los grupos de inducción para incorporarse a los grupos emocionales. Se le levantan las cuarentenas preventivas. La persona va obteniendo logros dentro y fuera de la Casa, entre ellos el levantamiento de seguimiento interno y familiar.

El último momento del proceso está concebido para un tiempo promedio de uno a dos meses, y tiene como objetivo consolidar las herramientas y aprendizajes del proceso. La persona es capaz de manejarse sin seguimiento tanto dentro como fuera de la Casa, puede haber optado al cargo de Encargado de Área o Auxiliar de Casa en función de su crecimiento emocional, y desarrollo de actitudes de liderazgo.

Durante este proceso se modifica el encuadre de rutina a fin de que la persona inicie acciones en pro de poner en marcha su proyecto de vida, tendrá permisos para asistir a entrevistas de trabajo, inicio de la actividad académica etc.

La participación de la Trabajadora Social es de vital importancia ya que le corresponde orientar la concreción del proyecto de vida (ver

Cap. Rol del trabajador social). Es válido recordar que el proceso de recuperación se concibe desde el inicio del tratamiento y no como un agregado del proceso final de este, sin embargo sera la dinámica y ritmo personal de cada sujeto lo que determinará el inicio o no de actividades paralelas (trabajo y/o estudios) al tratamiento, bien sea desde el comienzo de este o a medida que avanza el proceso.

La culminación del proceso supone el egreso por alta terapéutica.

4.5.2.- Plan a Corto Plazo:

Es un plan especial para las personas egresadas por alta terapéutica, que sufren tropiezos importantes y que ameritan un espacio de contención para la revisión de la situación. Igualmente esta indicado para personas de otras modalidades de atención que deseen culminar su proceso en Hospital Día, o para aquellas que aun no habiendo realizado un proceso de tratamiento se adecuan a este sistema, por su características y condiciones de consumo. Este tratamiento esta pautado para un tiempo máximo de tres meses, o según indicaciones y/o evaluaciones del equipo terapéutico.

4.5.3.- Plan de Tratamiento Breve o de Emergencia:

Es un Plan de tratamiento para aquellos pacientes egresados de cualquier centro de la F.J.F.R., que se encuentran en una situación personal de riesgo o recaída (de menor intensidad que la que se produce en el tratamiento a corto plazo y según el tipo de drogas). El objetivo principal es brindar contención y superación de situaciones de riesgo para luego continuar con su tratamiento ambulatorio. El tiempo de duración oscila entre quince días y un mes, tratando de no desvincularlo de sus actividades laborales y/o académicas.

4.5.4- Programa de Medio Día

Es un Plan diseñado para aquellas personas que se encuentran laboral y/o académicamente activos pero que mantienen un consumo no compulsivo y solicitan ayuda para el logro de la abstinencia. A diferencia de los otros tipos de tratamiento, el paciente asiste al Hospital de Día solo medio turno para dedicar el resto de la jornada a sus actividades y compromisos socio laborales.

4.5.5.- Programa de Adolescentes.

Consiste en un Plan variable destinado a los adolescentes considerando tanto las características e intereses particulares de esta etapa del desarrollo como los recursos personales y edad cronológica.

El objetivo fundamental es mantener al joven dentro del programa de tratamiento incorporándolo a una serie de actividades atractivas y motivacionales que permitan el abordaje terapéutico del problema del consumo de drogas. Las actividades son planificadas por el equipo terapéutico previa evaluación y seguimiento de cada persona. Además del programa regular, el cumplimiento de estas actividades se lleva a cabo a través de la creación de nuevos espacios terapéuticos, durante el mismo período de seis meses en promedio.

La población para quienes están dirigidos estos Planes de tratamiento deben cumplir con los criterios de ingreso que se encuentran estipulados en el Plan de Tratamiento del Hospital Día. Dichos criterios son:

1. Edad comprendida entre los 13 y los 45 años
2. Consumo de drogas regular, intensivo o compulsivo

3. Situación irregular en las areas académica, laboral, y/o sociofamiliar
4. Disponibilidad de un representante o tutor para la contención (no indispensable)

Asi mismo el Plan de Tratamiento establece los criterios de exclusión para realizar el tratamiento en la modalidad de Hospital Día. Dichos criterios son:

1. Enfermedad física limitante (no incluye discapacitados) y descompensada
2. Patología Psiquiátrica descompensada para ese momento
3. Retardo mental moderado o grave
4. Personas que no tengan problemas de dependencia a las drogas
5. Personas con intoxicación aguda o sobredosis y que ameriten desintoxicación
6. Personas con daño orgánico cerebral severo

4.6. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LA DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DIA

Como lo señalamos al inicio, el funcionamiento operativo del Hospital Día se estructura sobre la base del Encuadre Terapéutico, este término heredado del psicoanálisis (pues corresponde a lo que analógicamente es el setting), se refiere a la estructura o marco que regula los contenidos de la situación terapéutica "... comprende todos aquellos aspectos de la situación terapéutica que deben ser regulares, mantenidos, y nunca alterados, para que paradójicamente pueda lograrse un cambio." (López, 1994, p. 25).

Esto incluye aspectos que tienen que ver con el horario, las actividades, los responsables de su realización, la disposición y utilización de los espacios etc. El encuadre tienen como objetivo facilitar en la persona la internalización de elementos que propicien el cambio de la estructura interna (López, 1994, p. 27).

La explicación psicodinámica se orienta hacia el hecho de que las personas dependientes a las drogas tienen poco estructurado el sistema de normas, autocontrol, tolerancia, etc. por lo que es necesario brindarles las herramientas, estructurando el afuera se lograra estructurar la dinámica interior.

El encuadre del Hospital Día ésta conformado por una serie de actividades, que estructuradas de manera coherente conforman lo que es el “encuadre terapéutico” (ver anexo N° 6) que tal como se señaló anteriormente, debe ser constante, regular y sistemático en su aplicación.

Estas actividades fueron inicialmente diseñadas por el equipo terapéutico, su cumplimiento, sistematización y evaluación es igualmente responsabilidad de éste. Es importante señalar que anualmente el encuadre terapéutico es sometido a una evaluación a fin de decidir los cambios y reestructuraciones necesarios. En esta evaluación participan todos los actores involucrados equipo terapéutico, personas en tratamiento, familiares, egresados.

Los cambios surgidos de la dinámica cotidiana, por ejemplo, necesidad de adelantar o retrasar alguna actividad, modificar alguna actividad etc., es evaluado en la reunión clínica que se realiza semanalmente, y se requiere el consenso de todo el equipo terapéutico.

Una de las normas del equipo terapéutico es precisamente en el respeto y aplicación del encuadre, esto tienen su fundamento en la explicación del setting psicoanalista que ya detallamos con anterioridad.

Para efectos metodológicos las actividades son divididas de acuerdo a los objetivos y fines, así las actividades serian de tipo: Psicoterapéuticas, Socio-educativas, Recreativas, deportivas y culturales, Operativas, las relacionadas al Proyecto de Vida, Actividades Especiales, sin embargo todas se encuentran vinculadas en una dinámica que les confiere sentido terapéutico, es decir, en su esencia encierran un aprendizaje y crecimiento emocional para la persona que vive el proceso.

4.6.1. ACTIVIDADES DEL ENCUADRE TERAPEUTICO DEL HOSPITAL DIA.

4.6.1.1.- Actividades Psicoterapéuticas

- 4.6.1.1.1. Terapia Individual
- 4.6.1.1.2. Terapia Familiar
- 4.6.1.1.3. Terapia de Pareja
- 4.6.1.1.4. Terapia de Grupo
 - 4.6.1.1.4.1. Emocional
 - 4.6.1.1.4.2. Asambleas
 - 4.6.1.1.4.2.1. Ordinarias
 - 4.6.1.1.4.2.2. Especiales
 - 4.6.1.1.4.3. Asambleas
- 4.6.1.1.5. Recibimiento
- 4.6.1.1.6. Aprendizaje de Normas
- 4.6.1.1.7. Factores de Riesgo
- 4.6.1.1.8. Cierre

4.6.1.2.- Actividades Socio-educativas

- 4.6.1.2.1. Socioterapia
- 4.6.1.2.2. Cine-Lectura Vivencial

4.6.1.3.- Operativas

- 4.6.1.3.1. Asamblea Operativa
- 4.6.1.3.2. Actividad con el Monitor
- 4.6.1.3.3. Actividad por Área
- 4.6.1.3.4. Limpieza

4.6.1.4.- Actividades Recreativas, Deportivas y Culturales

- 4.6.1.4.1. Deportes
- 4.6.1.4.2. Paseos
- 4.6.1.4.3. Visitas Guiadas

4.6.1.5.- Actividades Relacionadas al Proyecto de Vida

4.6.1.6.- Actividades Especiales

- 4.6.1.6.1. Talleres
- 4.6.1.6.2. Jornadas de Limpieza y Recuperación
- 4.6.1.6.3. Celebración de fechas conmemorativas.

A continuación describiremos en que consisten cada una de estas actividades.

4.6.1.1.- ACTIVIDADES PSICOTERAPÉUTICAS.

Constituyen la esencia del plan de tratamiento. Es el espacio terapéutico donde se realiza una intervención dirigida a tratar mediante ciertas técnicas, algún tipo de problemática planteado por la persona a partir de su experiencia en el mundo del consumo. Todas las actividades tienen un fin terapéutico, es decir, buscan devolver, mostrar, hacer visible las dificultades y limitaciones de la persona en relación al consumo de drogas con la finalidad de que ésta pueda generar cambios en su vida.

Según el Plan de Tratamiento de la Fundación José Félix Ribas la Psicoterapia es uno de los elementos que lo conforman, consistiendo en todas las formas “de intervención psicológica dirigida a tratar los desajustes de personalidad, conflictos intrapsíquicos y alteraciones de la conducta, asociados al uso o abuso de drogas, con la finalidad de obtener modificaciones en la estructura y/o dinámica de la personalidad.” (F.J.F.R., 1990)

Como vemos esta concepción tiene una marcada orientación psicológica respecto al abordaje del problema.

La psicoterapia puede ser ofrecida a la persona, dependiendo de los objetivos que persiga, a nivel Individual, Grupal, Familiar y/o de Pareja.

La psicoterapia de grupo constituye la estrategia terapéutica fundamental en el Hospital Día. Durante la semana las personas reciben un total de 25 horas aproximadamente de psicoterapia. Los responsables de desarrollar este tipo de actividades son los Terapeutas con formación psiquiátrica y/o psicológica. Las actividades en su mayoría tienen una duración entre hora y media a dos horas, participan todos los miembros de la familia y uno o dos terapeutas.

Cada espacio Terapéutico tiene sus objetivos y fines previamente establecidos y son del conocimiento de todos y cada uno de los miembros de la familia.

Las Asambleas son reuniones donde participa toda la familia y tienen como finalidad fundamental brindar un espacio para la autorregulación grupal a través de la solución de los conflictos interpersonales que puedan surgir en la convivencia cotidiana. Este tipo de asamblea se llama Asamblea Ordinaria, se realizan tres a la semana, con una duración de una hora y media cada una.

En las asambleas participan uno o dos miembros del equipo terapéutico y el monitor quienes funcionan como facilitadores de la actividad, ya que es la persona quien tiene el papel activo a través de la devolución de “reflejos” (ver Glosario, anexo N° 2) al compañero a partir de su propia experiencia de vida. Todos los miembros tienen la facultad de participar en igual condición, solicitando la incorporación de un punto dentro de la agenda. Existe un director de asamblea y un secretario. Se realiza un registro de todo lo trabajado, tanto por el secretario como por el equipo terapéutico.

Dentro de la convivencia cotidiana pueden surgir situaciones que interfieren en el equilibrio del grupo y que ameritan una revisión y chequeo inmediato para su resolución.

El momento que se genera en la Casa es el de “Convivencia Especial” siendo el espacio terapéutico para revisar este tipo de situaciones el de las Asambleas Especiales.

El Plan de Tratamiento del Hospital Día, plantea con relación a esto lo siguiente:

Dentro del proceso de funcionamiento del Hospital Día pueden surgir momentos en donde se vea alterado el equilibrio del grupo, los cuales son considerados como Situaciones

Especiales. Los desencadenantes de una situación especial pueden ser la pérdida de un objeto significativo o robo del mismo, el rompimiento de las normas, desajustes en la casa, situaciones ocultas entre los pacientes cómo pactos secretos o alianzas entre los mismos, e incumplimiento de algunas actividades en forma reiterativa.

La Convivencia Especial surge como una medida de apertura del equipo terapéutico orientada a una revisión vivencial individual y grupal de la razón de ser y de estar en este proceso donde el problema que originó la actividad es visto como un elemento de la propia dinámica del drogodependiente y no como una acción punitiva. Para tal fin se suspenden todas las actividades terapéuticas y se realizan Asambleas de Convivencia. Estas asambleas se realizan tres veces al día y cuentan con la presencia de representantes del equipo de terapeutas y monitores. Se suspende la convivencia especial al resolverse el problema, con un plazo máximo de una semana en donde el equipo técnico podrá levantarla o considerar otras opciones en caso de no aclararse la situación conflictiva.” (p. 11)

Es importante destacar que inicialmente a esta situación de la Casa se le llamaba “Situación Especial” y tenía un carácter fundamentalmente normativo y punitivo generándose un ambiente de tensión y rigidez donde el sentido principal era resarcir el daño ocasionado, siguiendo el modelo de la Comunidad Terapéutica.

Producto de una reflexión donde se tuvo como eje central la complejidad de la problemática del consumo de drogas, se decidió

cambiar el nombre, sentido, contenido y dinámica de este espacio, entendiéndose como fue citada en el párrafo anterior.

Otra de las actividades de Psicoterapia de Grupo de vital importancia en el Hospital Día son los Grupos Emocionales. El Grupo Emocional es el espacio psicoterapéutico por excelencia para el trabajo de la conflictiva emocional de la persona, su dinámica es diferente a los otros espacios, se trabaja en cojines, sin zapatos. Existe una norma fundamental dentro del grupo y es que lo que se trabaja en ese espacio no puede ser compartido y/o comentado fuera de éste con ningún miembro de la familia, aún cuando se pertenezca a un mismo grupo emocional. Los responsables de su realización son dos terapeutas que se mantienen fijos para ese espacio cuya duración es de dos horas, dos veces por semana.

Partiendo de criterios terapéuticos el grupo se divide en tres, dos grupos el **A** y **B** de Adultos y un grupo **C** de Adolescentes, como señalamos cada grupo recibe dos sesiones por semana.

Paralelo a la realización de los grupos emocionales se realizan los *Grupos de Inducción y Socioterapia*. En el grupo de Inducción participan las personas que se están incorporando al proceso de Tratamiento. El objetivo de este grupo es familiarizar a la persona con la dinámica, normativa y funcionamiento de la Casa. Lo estimado para que la persona participe en este grupo es de quince días a un mes

aproximadamente, el responsable de su realización es el monitor, una vez por semana, con una duración de 2 horas. Mientras la persona se mantiene en este grupo no participa en los grupos emocionales ni es incorporado al plan motivacional.

El Grupo de Aprendizaje de Normas consiste en el espacio terapéutico donde se reflexiona todo lo relacionado con las normas tanto internas de la Casa como las normas sociales propias de la convivencia cotidiana. La dinámica consiste en que es el grupo el que manifiesta cuales son las dificultades que tienen con el manejo de alguna norma en especial y a partir de allí se genera el trabajo terapéutico.

Este grupo es fundamental ya que lo que se ha observado hasta ahora es que algunas de las personas que consumen drogas tienen dificultades en el cumplimiento de las normas socialmente establecidas, muchas veces la trasgresión de la norma es una consecuencia del consumo y a su vez es el mecanismo de mantenimiento del mismo, ya que en ocasiones la persona se involucra en actividades delictivas como robos, hurtos, etc para mantener el consumo.

Otra de las actitudes observadas es en relación con el Laissez Faire que caracteriza a estas personas, por lo que uno de los objetivos de este grupo es abrir un espacio de reflexión en torno a la

responsabilidad que se tiene cuando se pertenece a un determinado grupo social, llámese familia, comunidad, etc.

El grupo es conducido por un Terapeuta, en ocasiones participa el monitor y algún paciente egresado que se encuentre en la Casa al momento de su realización. El grupo se realiza una vez por semana y tiene una duración de dos horas.

El Grupo de Factores de Riesgo es un espacio terapéutico que tiene como objetivo fundamental orientar a la persona en la identificación de los factores de riesgo que lo pueden conducir a un consumo. Se entiende por factores de riesgo todos aquellos elementos físicos-ambientales, emocionales, conductuales, sociales y culturales que facilitan la posibilidad del consumo de sustancias.(ver Glosario, anexo N° 2)

Es a partir de la vivencia personal que el grupo logra identificar los complejos y variados factores de riesgo que existen en la cotidianidad y que potencian las ansias de consumos en las personas en las que está presente la problemática del consumo de drogas, con esto queremos señalar que lo que es un factor de riesgo para un consumidor no lo es para una persona que no consuma.

El objetivo del grupo es que la persona logre crear, inventar, buscar factores de protección a lo largo del proceso de tratamiento y los incorpore a su vida cotidiana.

El grupo de Recibimiento y Cierre son los grupos de inicio y finalización de la semana. El Lunes a primera hora se realiza un grupo para recibir a las personas, es el grupo de chequeo cuya pregunta central es cómo estuvo el fin de semana?, se chequea el cumplimiento o no de la planificación del fin de semana. Brevemente cada persona debe exponer cómo paso el fin de semana, cómo se manejo con el cumplimiento de las normas (contención y seguimiento familiar, manejo de las cuarentenas, de dinero etc.), es decir, cómo fue el manejo de sus factores de riesgo, es el espacio para asumir si tuvo alguna recaída de consumo, o de conducta. Este grupo le permite al terapeuta visualizar en cierta medida como viene la persona para iniciar el trabajo de la semana.

El *Grupo de Cierre* es como su nombre lo indica el grupo que se realiza para cerrar la semana, se realiza el viernes al final de la tarde y tiene como objetivo la evaluación por parte de la persona de cómo estuvo y cómo se sintió durante la semana, es el espacio de reflexión en cuanto a los procesos de aprendizajes y cambios vivenciados en los distintos espacios terapéuticos de esa semana. La pregunta central es cómo te vas a casa, y qué vas a hacer el fin de semana, la persona debe presentar una hoja de planificación de actividades para el fin de

semana. Dicha planificación debe ser previamente conversada con el familiar encargado de la contención y seguimiento familiar.

4.6.1.2.- ACTIVIDADES SOCIOEDUCATIVAS:

La *Socioterapia* es la herramienta fundamental de la cual dispone el trabajador social para abordar la problemática de drogas de la persona que se integra a un proceso terapéutico.

Es un proceso socioeducativo que en el marco del tratamiento para las personas dependientes a las drogas tiene como objetivo brindar herramientas prácticas que contribuyan a la elaboración de un proyecto de vida.

La responsable de la conducción de este espacio es la Trabajadora Social, la actividad se realiza una para cada grupo **A** y **B**, (no existe para este espacio la división del grupo para los adolescentes, sino que estos se integran al grupo **B**). El espacio se realiza una vez por semana con una duración de dos horas.

Entre las actividades que se realizan en este espacio están: revisión de la prensa nacional, lecturas de artículos sobre drogas

planteados desde la perspectiva social, orientaciones laborales en cuanto a elaboración de Curriculum, entrevistas de trabajo, alternativas para la utilización del tiempo libre etc. (ver Cap. Rol del Trabajador Social)

Otra de las actividades Socioeducativas que se realizan en el Hospital Día son las del espacio de *Cine-Lectura Vivencial*. Esta actividad tiene como objetivo ofrecer a la persona un espacio para la reflexión a partir del disfrute de una película o una lectura. Es un espacio muy dinámico donde la persona tiene la posibilidad de ser participe y protagonista desde su experiencia de vida.

4.6.1.3.- ACTIVIDADES RECREATIVAS, DEPORTIVAS y CULTURALES.

Entendiendo la necesidad de la integralidad en el abordaje de la persona consumidora de drogas, dentro del Programa de Tratamiento de Hospital Día se contemplan las actividades recreativas, deportivas y culturales como parte fundamental del proceso, teniendo estas un sentido tan terapéutico como las anteriormente descritas.

Semanalmente las personas participan en actividades deportivas. Dado que en las instalaciones de la Casa no hay espacio

para la ejecución de estas actividades, las personas se trasladan hasta una cancha de la comunidad o hasta las instalaciones del Parque del Este. Existe un día dentro del encuadre dedicado al conjunto de estas actividades.

Es responsabilidad de la Trabajadora Social la planificación de las mismas. De manera alterna se realiza deporte (básquet, fútbol), paseos a parques, al Ávila, visitas guiadas a museos, salas de exposiciones, lugares históricos etc. Participan todos los pacientes y miembros de equipo terapéutico del turno correspondiente.

4.6.1.4.- ACTIVIDADES OPERATIVAS.

Como lo indica su nombre se refieren al conjunto de actividades relacionadas con el manejo y funcionamiento de la Casa, pero no por ello menos importantes, de hecho cuentan con un espacio dentro del encuadre terapéutico y su realización cumple con las misma normas que el resto de las actividades.

La Asamblea Operativa consiste en un espacio de reunión para resolver todo lo relacionado con el funcionamiento operativo de la Casa, así como los aspectos del plan motivacional tales como el

puntaje para los privilegios o sanciones, los levantamientos de cuarentena y seguimiento, las sugerencias para mejorar aspectos del funcionamiento. Se realiza una vez a la semana con una duración de una hora. Su conducción es responsabilidad del monitor. La dinámica es igual a la Asamblea Ordinaria, es decir, existe un Director de Asamblea y un Secretario, y los puntos de la agenda se realizan diez minutos antes del inicio de la asamblea, pudiendo llevar puntos para la discusión todos y cada uno de los miembros de la familia. Las decisiones y sugerencias de la asamblea son notificadas por escrito al equipo terapéutico para su posterior discusión en la reunión clínica de la semana.

La *Actividad con el Monitor* es el espacio que tienen una vez por semana cada grupo (A y B) con el monitor para chequear las situaciones ocurridas en el “piso” (ver Glosario, anexo N° 2) en términos operativos y conductuales. En este espacio el monitor aborda todo lo relacionado con el incumplimiento de la normativa y que son controladas vía Plan Motivacional.

El monitor lleva un registro semanal para cada persona en donde contabiliza las conductas llamadas “inadecuadas y/o negativas” y cuyo reporte amerita un menos tres (-3) en el Plan Motivacional así como las conductas “esperadas y/o positivas” que suman puntos al Plan Motivacional. La totalización semanal del puntaje determina la situación conductual de la persona durante esa semana y tendrá como

resultado final el otorgamiento de privilegios o sanciones de acuerdo a su récord de puntaje. (Ver Glosario, anexo N° 2)

Es importante señalar que el Plan Motivacional opera bajo la corriente conductista en cuanto a las modificaciones de conducta por la vía del otorgamiento de premios y sanciones.

La labor del monitor es fundamental ya que es él quien tiene el manejo y dominio de las situaciones fuera de los espacios terapéuticos, donde como en toda convivencia social se generan situaciones conflictivas entre sus miembros, dificultades en la interacción cotidiana, y que el monitor debe resolver en este espacio antes de que la situación se agrave y trascienda, hecho que ameritará su resolución en el espacio de asamblea por ejemplo.

Así, en el espacio de Actividad con el monitor, éste debe trabajar con la persona sobre la base de los registros que se tienen en el “Cuaderno de Transmisión de Reportes” y mostrarle los aspectos conductuales que es necesario abordar terapéuticamente en otros espacios. Por ejemplo, una persona puede tener 5 reportes (lo que significa -15 puntos en el Plan Motivacional) debido al incumplimiento de la norma referida al respeto hacia los señalamientos que recibe de sus compañeros, el monitor, más allá de indicarle el puntaje por tales reportes deba mostrarle la dificultad que existe en el manejo de la

tolerancia y le indicará que lleve ese aspecto a la instancia de Terapia Individual, a la Asamblea Ordinaria o a Grupo Emocional.

El grupo de actividad con el monitr tiene una duración de dos horas y se realiza de manera simultánea con el grupo de Socioterapia.

La Actividad por Área es la actividad que realizan las personas para el mantenimiento de cada área de la Casa. Existen 7 áreas: Comedor, Cocina, Acera y Botellones, Biblioteca, Carteleras e Información, Asamblea y Aseo, y Jardinería.

El grupo es dividido mensualmente de acuerdo al número de integrantes que exista para el momento y se integran a cada área de trabajo, la cual tiene unas tareas específicas que deben cumplir semanalmente. Todos deben pasar por cada área. Existe la posibilidad de que la persona opte por el status de “Encargado de Área” para lo cual deberá cumplir con los requisitos señalados en el Plan Motivacional. El cumplimiento de las tareas para cada área supone la ganancia de puntos positivos para el récord semanal de cada persona en su Hoja de Registro para el Plan Motivacional.

La Actividad de limpieza está estrechamente vinculada con la actividad anterior. La limpieza general de la Casa es responsabilidad de todos y cada uno de los miembros de la familia, quienes desde el

inicio del proceso se integran a un grupo. El cumplimiento de esta actividad también les genera puntajes positivos para el Plan Motivacional.

4.6.1.5.- ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROYECTO DE VIDA

Como hemos señalado con anterioridad el proceso de recuperación de espacios vitales para la persona que esta en un proceso de tratamiento es un camino arduo de recorrer por los recursos sociales existentes, las posibilidades de superación social que se le presenten y obstáculos que la dinámica social implica para la persona que tiene una historia de vínculo con las drogas, entre muchas otras cosas.

De allí que se intente dar inicio a este proceso desde el mismo momento en que la persona comienza el tratamiento, teniendo como ventaja el contacto sociofamiliar que se mantiene aún en proceso de tratamiento, a diferencia de las Comunidades Terapéuticas donde la persona esta aislada del entorno social.

Estas actividades tendrán un desarrollo progresivo y acorde a la situación emocional, familiar y social de la persona.

En este momento esta planteado que la persona trabaje estrechamente con la Trabajadora Social quien deberá identificar los recursos y potencialidades con que cuenta la persona para desarrollar su Proyecto de Vida. Contempla entrevistas con la Trabajadora Social, ejercicios de reflexión en cuanto a la elaboración del proyecto de vida, identificación de metas y objetivos de vida, identificación de necesidades, recursos, limitaciones etc.

De acuerdo a las necesidades y particularidades de la persona se contempla la adecuación del encuadre a sus requerimientos a fin de que este no interfiera con la búsqueda e incorporación laboral y/o académica

Las actividades estaran orientadas a que la personas adquiera herramientas y destrezas que favorezcan su proceso de recuperación. Entre las actividades concretas se tienen: información acerca de cómo y dónde buscar empleo, elaboración de curriculum, manejo y desenvolvimiento en entrevistas de empleo. (Ver Cap. V. Rol del Trabajador Social)

4.6.1.6.- ACTIVIDADES ESPECIALES.

Dentro de la Dinámica de Hospital Día pueden surgir actividades que no se realizan de manera regular y constante por lo que no cuentan con un espacio establecido dentro del Encuadre Terapéutico pero que una vez que surgen se integran al conjunto de actividades de la Casa siguiendo la normativa del resto, tal es el caso de la Celebración de fechas conmemorativas como Aniversario del Centro, Día Mundial de Lucha Contra la Drogas, Día de la Juventud, Navidad, Cumpleaños etc., así como actividades especiales para la Recuperación y Limpieza del Centro, Autogestión, etc.

Dentro de estas actividades también se contempla la planificación de Talleres en distintas áreas, que pueden estar a cargo del equipo terapéutico o contar con recurso de otras instituciones, caso en el que la Trabajadora Social es la responsable de su organización y planificación estableciendo vínculos institucionales para el desarrollo de las mismas.

4.7. EVOLUCIÓN Y NUEVOS ELEMENTOS EN LA DINAMICA DE HOSPITAL DIA

En la dinámica del Hospital Día en su proceso de instalación y consolidación como centro de tratamiento ocurrieron hechos trascendentes que marcaron pautas para el cambio y transformación de aspectos tanto en el ámbito administrativo como en el ámbito terapéutico.

Estos cambios se fueron produciendo en la cotidianidad del quehacer profesional, en el encuentro con el otro, ese otro que tiene unas características particulares y que lo diferencian de los otros usuarios de centros de tratamiento en salud mental, en la búsqueda de respuestas a una dinámica que en ocasiones nos sobrepasaba por lo apremiante y cambiante de la misma.

Si bien dividimos estos cambios en dos ámbitos, un ámbito relacionado fundamentalmente con aspectos administrativos y otro vinculados a aspectos de tipo terapéutico, esto no es más que para facilitar metodológicamente su identificación, en la realidad existe una imbricación de ambos aspectos.

La dinámica de funcionamiento del centro genera una amalgama en donde lo administrativo influye en lo terapéutico y viceversa, de manera que el proceso es esencialmente la combinación de todos los aspectos.

4.7.1. EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO

El tener una visión y comprensión amplia de las características de la población demandante de la ayuda terapéutica y de la problemática que subyace a esta solicitud de ayuda, es decir, comprender quién es el que solicita la ayuda y bajo que circunstancias de vida lo hace, ha sido uno de los elementos claves de esta conjugación de lo terapéutico con lo administrativo.

El hecho de asumir que la persona que solicita ayuda lo hace en un momento que denominamos de “oro” conlleva a planear la oferta de servicios orientada a garantizar la atención inmediata.

En la medida en que se fue comprendiendo los síntomas de la enfermedad [impulsividad, intolerancia, ansiedad, inmadurez emocional, dificultades en la interacción sociofamiliar], entonces tuvimos que ir acoplando lo administrativo con eso, y es allí donde comienza a surgir el planteamiento de una atención humana, donde la atención inmediata

se hace atendiendo al llamado momento de oro del paciente, que es cuando se decide a solicitar la ayuda y eso no puede esperar (...)
(J. Villasmil, Entrevista Personal semi-estructurada, Agosto 24,1999. Ver anexo N° 4)

En este sentido la atención al usuario desde el punto de vista administrativo es orientada a través de los requisitos de la atención Médica: Continuidad, Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad (CADAC).

Continuidad: Control y coordinación de los servicios
Accesibilidad: Posibilidad de obtener el servicio
Disponibilidad: Oferta de servicios a la comunidad
Aceptabilidad: Aceptación que tiene la persona que recibe el servicio
Calidad: Relacionado a la actividad del médico y personal asignado (García S, 1996 p. 12)

La visualización del asunto como un sistema donde intervienen múltiples factores nos ha llevado a repensar la atención que debe recibir la persona que solicita ayuda. La práctica cotidiana ha exigido que día a día estemos realizando cambios y modificaciones en torno a lo que es la oferta de servicios.

El derecho a la salud es uno de los valores que privan en la conformación de un sistema que busca garantizar un servicio óptimo, por lo que la atención inmediata, el respeto hacia la persona que

solicita el servicio, la calidad del servicio, la desburocratización de la atención son los ejes fundamentales.

La Continuidad es garantizada gracias al funcionamiento de un sistema de transferencia y referencia de la persona a otras instituciones de salud. Dicho sistema se ha creado de manera espontánea ya que es importante destacar que en nuestro país no existe en términos operativos el concepto de “Red de Servicios”, si bien es cierto se han realizado propuestas, hasta ahora el manejo ha sido a través de los vínculos profesionales y afectivos entre los profesionales del área de la salud mental. El contacto directo o telefónico entre las instituciones va tejiendo esa red de atención tan necesaria para garantizar un mínimo de respuesta a la problemática.

Como lo señalamos anteriormente partimos de que la persona cuando llega a solicitar ayuda muchas veces lo hace producto de una situación sociofamiliar extrema, este momento que denominamos de “oro” requiere ser tomada en cuenta por los servicios de salud para garantizar la atención necesaria, que tal vez horas o días después la persona se resista a recibirla.

De allí que la atención inmediata sea el eje fundamental que guía la oferta de servicios dentro del Hospital Día. El sistema de citas para la consulta de triaje es la puerta de entrada al sistema. Como lo señalamos anteriormente la desburocratización ha sido un elemento

importante, no es necesario que la persona acuda al centro para solicitar una consulta de atención, a través de una llamada telefónica en cualquier momento del día se obtiene la cita para la primera consulta. La idea es crear soluciones y dar respuestas. Esto tiene que ver con la posibilidad de obtener el servicio, es decir, la *accesibilidad*, la cual a su vez está estrechamente relacionada con la *disponibilidad*.

De manera tal que la continuidad del tratamiento es de vital importancia y para ello es fundamental que exista una actitud proactiva por parte del equipo promotor de salud, el trabajo en red, la disponibilidad de alternativas, son elementos que facilitan la solución a un problema que para muchos pareciera no tener salida.

Entendemos que hay personas cuya situación personal, familiar y social requieren de otros contextos que no son el Hospital Día, el Ambulatorio, la Comunidad Terapéutica, los Centro de Salud Mental, los Grupos de Auto ayuda (como alcohólicos anónimos) entre otros, son los elementos de esa Red que permiten mantener el flujo y circulación de personas que a su vez va a garantizar que estas se mantengan el mayor tiempo posible dentro del sistema de atención, elemento que es de vital importancia por cuanto investigaciones arrojan que mientras mayor sea el tiempo en que la persona se mantenga en tratamiento o en contacto con una red de ayuda, mayores serán los beneficios y posibilidades de recuperación (Alterman 1994, Villasmil 1997)

De manera puntual podemos señalar los siguientes aspectos de lo que es la atención y oferta de servicios en el Hospital Día.

1. La persona que acude o llama al centro recibe *atención inmediata*, es atendida por algún miembro del equipo terapéutico y/o la secretaria en caso de que la solicitud sea de información general para una cita de triaje.
2. *Desburocratización* en la atención. Como regla general a la persona no se le somete a tramites innecesarios. Todos los casos son canalizados con la mayor brevedad posible. Se trata de minimizar los obstáculos administrativos, por lo que se intenta trabajar a través de un sistema de referencias y transferencias donde se garantice la atención al usuario.
3. Como derivación de lo anterior la *Calidad* es la conjugación de una atención eficaz y una respuesta eficiente al usuario que consulta el servicio.

Es importante destacar que a principios de 1998, como parte de las Jornadas de Revisión y Evaluación del Hospital Día, el equipo terapéutico aplicó un cuestionario destinado a conocer la opinión de los representantes de la población atendida, acerca de la Calidad del servicio que presta el centro.

Las personas encuestadas fueron un total de 25 quienes a través de un cuestionario estructurado en 13 preguntas opinaron en el

96% de los casos que el Programa de Hospital Día es altamente eficaz en términos de:

- Calificación de los terapeutas
- Trabajo que se realizan con los padres
- Progreso alcanzado por el representado
- Trabajo y actividades que se realizan con los representados
- Condiciones de las instalaciones.

4.7.2. EN EL AMBITO TERAPEUTICO

El Hospital Día de la Fundación José Félix Ribas se sustenta inicialmente sobre las bases de la Comunidad Terapéutica, siendo esta su referente inmediato, su punto de contención.

El proceso grupal, la transmisión de normas, la presión positiva de grupo, la convivencia familiar, la participación de la persona en su recuperación, son algunos de los elementos que caracterizan el proceso comunitario. El Hospital Día toma estos elementos para su conformación como programa de tratamiento para la persona que consume drogas, incorporando nuevos elementos que han contribuido a la construcción de las estrategias de abordaje terapéutico.

La práctica y el quehacer cotidiano, la reflexión constante sobre la experiencia, la apertura a nuevas concepciones, la búsqueda de nuevas estrategias de acción ante tan compleja situación, han contribuido entre muchas otras cosas a construir una concepción propia para el abordaje de la persona que solicita ayuda por problemas de drogas, esto sin divorciarnos de la filosofía comunitaria dentro de la cual nacimos y crecimos.

Actualmente la concepción que se perfila en el Hospital Día para el tratamiento en drogas esta orientado por el proceso de salud-enfermedad, entendido este como un proceso dinámico, determinado por una multiplicidad de factores que se manifiestan en un contexto sociocultural e histórico dado.

Aunque, es importante mencionar que se evidencian elementos del modelo médico-sanitario traducido en estrategias de abordaje de corte psicológico/psiquiátrico, por ejemplo al asumir el consumo de drogas como una enfermedad incurable y a la persona consumidora de drogas como un enfermo.

Sin embargo, existe una apertura a problematizar sobre estos aspectos, ya que entendemos que estamos frente a un asunto de suma complejidad, donde intervienen múltiples factores tanto en su conformación como en su dinámica, por lo que el problema lo vemos más allá del consumo de drogas, asumiendo a la persona como el ser

humano que es, integral, complejo, dinámico, contradictorio, de allí que el abordaje sea desde la integralidad, es decir, el consumo visto dentro de un contexto sociofamiliar, con una historia, dentro de un proceso de vida, un ser humano dentro de una sociedad, con roles cotidianos, atravesado por una cultura, constituido en medio de unos valores, participe de una multiplicidad de relaciones sociales, económicas, políticas pero sobre todo humanas.

Comprender esto condujo a que en las Jornadas de Evaluación del Hospital Día en el año 1997 se realizaran dos cambios trascendentales en los objetivos del Plan de Tratamiento.

El primero de ellos es en relación con el Objetivo General de Hospital Día que inicialmente estaba planteado en términos de “brindar una atención integral y multidisciplinaria al joven drogodependiente y a su familia...” (Plan de Tratamiento, 1996, p.14) sin embargo, producto de la reflexión en torno a la complejidad de la problemática, observábamos, que era importante el tiempo de estadía que permaneciera la persona en tratamiento en función de su recuperación, es decir, que el tiempo (cualquiera que fuese) que la persona se mantuviera en tratamiento, siempre contribuirá a corto o largo plazo con su recuperación.

Esto es bien significativo incluso en las personas que por algún motivo no logran el alta terapéutica. Esto lo hemos observado en

personas que permanecieron dos o tres meses en tratamiento y posteriormente se mantienen funcionando dentro de la cotidianidad de sus relaciones sociales, logran mantenerse en un empleo, se incorporan a alguna actividad académica, en fin, logran a pesar de no haber culminado el proceso según el lapso establecido, recuperar espacios de y en su vida.

En este sentido, actualmente el objetivo central del Hospital Día es “facilitar las condiciones para que el paciente se mantenga en tratamiento el mayor tiempo posible, tomando como referencia un promedio de 6 meses”. (Plan de Tratamiento, 1998, p. 17)

El otro objetivo que fue modificado en las Jornadas de Evaluación fue el relacionado con el consumo de drogas. Inicialmente el objetivo era que la persona alcanzara la abstinencia absoluta.

Como lo hemos mencionado en otras oportunidades, la constante reflexión del asunto en toda su complejidad conlleva a asumir un objetivo más realista como es “alcanzar la abstinencia o disminución del consumo según cada caso en particular” (Plan de Tratamiento, 1998, p. 18) el cual permite trabajar directamente con la persona que inicia el proceso de tratamiento según sus necesidades y expectativas, a su vez que se particularizan las estrategias de abordaje

terapéutico considerando la historia de consumo, las potencialidades y recursos del sujeto.

En esta medida, entendemos que el proceso de recuperación de la persona que consume drogas no debe estar centrado solo en la ausencia total de sustancias sino que debe ser un proceso donde los criterios de mejoría toquen cada una de las áreas de la vida de ese sujeto, es decir, es no solo que abandone el consumo de las sustancias, es también procurar una mejoría en su bien-estar, en su salud, sin separar la salud física de la salud mental.

Los indicadores de mejoría tienen que ver con la disminución de los estresores y factores de riesgos que inducen a la persona a la resolución de problemas por la vía del consumo de drogas, la mejoría tiene que ver con la reducción del consumo, mejoramiento en la convivencia sociofamiliar, en la interrelación personal, en el desempeño de una actividad productiva, en el mejoramiento de las condiciones legales y de seguridad pública, (McCaffrey, 1996), en la utilización del tiempo libre, en la responsabilidad como sujeto y actor de su propia vida, perteneciente a un grupo familiar, social, a una comunidad etc.

La estrategia fundamental de la dinámica del Hospital Día lo constituye el hecho de que la persona “entra y sale” diariamente de la

institución, lo que proporciona unas características muy particulares a la manera como abordar su problemática.

Los elementos que conforman dicha estrategia son:

1. El sujeto como actor de su proceso de recuperación, gerente de su propia vida.
2. Particularización del tratamiento (diferentes planes adaptados a las necesidades de cada persona)
3. La vida cotidiana como insumo para el trabajo terapéutico
4. Contacto Sociofamiliar
5. Proceso dinámico de conquista, recuperación y construcción de espacios vitales.
6. Reducción del Daño
7. Flexibilización en la normativa
8. Concepción Ecléptica en cuanto a la estrategia de tratamiento (psicodinámica, conductista, gestáltica, humanista, sociológica) aplicadas de acuerdo a cada caso.

Veamos en que consiste cada uno de estos elementos.

La persona que ingresa a Hospital Día se incorpora a un régimen semi-abierto, a través de una serie de actividades estructuradas denominadas “Encuadre Terapéutico” durante las horas del día y posteriormente se retira a su hogar hasta el próximo día que

retorna a la institución. Este contacto que la persona tiene con su grupo familiar, con su comunidad, este ir y venir, este movimiento que se produce en la persona es el eje fundamental del proceso de Hospital Día.

El hecho de que el paciente asista al Hospital Día en horas de la mañana y regrese al hogar en la tarde, permite por una parte que el paciente reciba la contención y la asistencia intensiva y pueda continuar tomando contacto con su medio sociofamiliar, lo que posibilita el trabajo en el “aquí y ahora” con el paciente y su entorno, lo que a la vez facilita que el paciente pueda trabajar las dificultades familiares en la medida que estas van emergiendo. (Lic. Angelina Hernández, Terapeuta de Hospital Día, ver anexo, 5)

El contacto sociofamiliar permite que la persona integre su vida como sujeto social a un proceso de cambio personal. Este contacto con su entorno, con su cotidianidad, con su realidad le provee de insumos que posteriormente serán manejados terapéuticamente. En palabras de Rafael Ernesto López (1994) es la “tendencia a que todos los objetos y acontecimientos cotidianos estén armónicamente dirigidos, en sus posibilidades hacia un fin realmente terapéutico” (p. 32)

El que día a día la persona este en contacto con su realidad es un elemento de suma importancia ya que evita el problema que se presenta con las personas que están en un régimen cerrado como la Comunidad Terapéutica, donde se crea un ambiente si se quiere ideal,

poco realista si tomamos en cuenta que el medio social juega un papel importante en la problemática del consumo.

La persona que asiste al Hospital Día esta en contacto diario no solo con sus dificultades personales y emocionales, sino que también tiene que lidiar con todo el complejo de situaciones que supone convivir en familia, ser miembro de una comunidad, tener responsabilidades de acuerdo a los roles socialmente ejercidos.

La experiencia cotidiana es para la persona el inicio, la fuente y punto de partida para asumir el proceso de cambio. Expresiones como “pero como hago si cuando llego a mi casa tengo problemas con mi papá, o al lado de mi casa venden drogas, o no sé que hacer los fines de semana” son el punto de partida para que la persona que consume drogas inicie el trabajo de revisión, reflexión y construcción de su proceso de recuperación.

Este elemento facilita la integración del grupo familiar en la búsqueda de alternativas para la comprensión y solución de la problemática. Entendemos que el asunto no es solo de la persona que busca ayuda a raíz del consumo de una determinada sustancia.

Entendemos que la familia es fundamentalmente un sistema estructurado a partir de los roles y las relaciones de poder que se

establecen entre sus miembros por lo que la participación activa de ésta en el proceso de tratamiento es de suma importancia.

En este sentido el Hospital Día “(...) involucra directamente a familiares o personas significativas en el proceso terapéutico de manera continua y dinámica” (Lic. José Javier Pellicer, Director Ambulatorio de Parque Miranda, ex terapeuta de Hospital Día. Ver anexo N° 5)

Creemos que esta misma dinámica le confiere a la persona una cuota de responsabilidad importante en lo que es la gerencia de un proyecto de vida basado en un proceso de desaprender lo aprendido y aprender nuevas formas de vínculos, consigo mismo y con su entorno cotidiano.

El trabajo terapéutico se centra en devolverle a la persona la capacidad de ser sujeto, actor, artífice y protagonista de su propia vida.

Otro de los ejes fundamentales de la estrategia terapéutica del Hospital Día es la concepción que se tienen del proceso de recuperación. Dicho proceso lo vemos como un continuum, como parte del todo y no como una fase fuera de, es decir, el proceso se inicia desde el mismo momento en que la persona decide solicitar la ayuda y no como la fase final del proceso. No es un agregado, es la amalgama

de todos los componentes del proceso que tiene como objetivo fundamental la conquista, construcción y recuperación de espacios vitales, entiéndase, pareja, familia, comunidad, trabajo, tiempo libre, etc.

Como ya lo hemos mencionado en otras oportunidades los términos Reinserción, Reeducción, Rehabilitación, Resocialización etc., hacen referencia a un acomodo funcional de la persona dentro de su entorno, por lo que preferimos referirnos a ese proceso dinámico y contradictorio que emprende el sujeto como la búsqueda de nuevos espacios para la vida, el descubrimiento, la conquista, construcción y reconstrucción de espacios vitales, es ir amasando la recuperación, es ir hilvanando alternativas de y en la buena vida.

Otro aspecto terapéutico fundamental que evolucionó a partir de la propia dinámica del “Día a Día” fue el asumir las recaídas como parte del proceso de recuperación.

El hecho de que una persona durante el tratamiento consuma algún tipo de sustancia lo vemos como parte de la problemática, no es considerado un retroceso o fracaso, sino que se utiliza como insumo de trabajo terapéutico, entendiendo los factores de riesgo y las oportunidades de crecimiento emocional que tiene dentro del contexto del abordaje terapéutico que se hace en Hospital Día.

Es bien importante este aspecto, que a diferencia de la Comunidad Terapéutica no esta presente pues la persona se encuentra en un sistema cerrado, aislado de su medio sociofamiliar, mientras que la persona que hace proceso en Hospital Día, recordemos mantiene el contacto diario con su medio sociofamiliar, con la misma realidad y el mismo contexto donde se inicio y se mantuvo en consumo, de allí que pretender que no consuma durante el tratamiento es una expectativa poco realista. Esta postura tiene que ver con la nueva visión que intentamos construir desde la comprensión del consumo de drogas, como un acontecimiento en la vida de un sujeto, más que el estado permanente de dependencia a las drogas.

En este sentido, nos identificamos con los planteamientos de la reducción del daño, es decir, creemos que si una persona consumía compulsivamente cocaína diariamente, estando envuelto en constantes situaciones de violencia sociofamiliar, y durante el tratamiento logra reducir los niveles de consumo, y por ejemplo pasa a consumir marihuana solo los fines de semana, creemos que eso es un avance en términos de la mejoría de la persona, quien sera el responsable de decidir si abandona o no el consumo de drogas y no que sea un objetivo per se del terapeuta o de la institución.

En el Hospital Día se trabaja bajo estos criterios en el ámbito del equipo terapéutico, es decir no se maneja directamente con la persona, entre otras cosas porque la Fundación en términos institucionales no ha asumido esta postura ventanas abiertas.

... el Hospital Día se perfila con una filosofía de la reducción del daño con respecto al tratamiento, aun cuando la reducción del daño la planteamos como manejo interno del equipo terapéutico y eso que quede bien claro, la reducción del daño es de manejo del equipo terapéutico, no es una concepción ventanas abiertas hacia la población que nos consulta. (J. Villasmil, Entrevista persona semi-estructurada, Agosto 24, 1999. Ver anexo N° 4)

De allí que sea más bien un proceso interno de la propia dinámica del Hospital Día, marcado fundamentalmente por el hecho de que la persona no esta aislada de una realidad que se hace innegable. Las drogas estan aquí y no podemos negarlo. Las drogas no desaparecerán, en mayor o menor proporción forman parte de nuestras vidas. Desde allí trabajamos, desde la realidad de cada persona que nos solicita ayuda sin cuestionario ni atropellarlo en ocasiones con nuestros propios miedos y prejuicios.

Al plantearnos logros con 'menores expectativa' en cuanto a la abstinencia, las recaídas durante el tratamiento la entendemos como parte del proceso salud-enfermedad del drogodependiente (...) permitiéndole a su vez al paciente obtener metas 'alcanzables' para vivir dignamente". (Villasmil, 1998, p. 4)

Como ya ha sido mencionado, otro elemento novedoso producto de la reflexión en Hospital Día fue el cambio de Situaciones Especiales a Conveniencias Especiales. Dentro de la dinámica de un centro de

tratamiento cuando ocurren situaciones que alteran el equilibrio y dinámica, es necesario abrir espacios de reflexión a fin de buscar alternativas para la resolución de la problemática.

Ese espacio se denominaba “Situación Especial” y es un aspecto extrapolado de la Comunidades Terapéuticas, pero que no se adecuaba al contexto y dinámica del Hospital Día, por lo que fueron cambiadas por “Convivencias Especiales”, caracterizado por un espacio de reflexión más flexible y menos punitivo que el de las Comunidades Terapéuticas.

Este cambio tiene que ver con la flexibilización de la normativa, ya que anteriormente una de las herencias comunitarias era la rigidez en la aplicación de la norma, siendo consecuencia de las Situaciones Especiales la suspensión de las personas que se veían involucradas en el incumplimiento de esta.

Sin embargo, a partir de una reflexión de la complejidad de la problemática del consumo de drogas se propone ante la dirección nacional de tratamiento eliminar del Plan de Tratamiento de todos los centros las suspensiones temporales y definitivas por incumplimiento de las normas cardinales y en su lugar se propone implementar y operativizar un sistema de referencias y transferencias tanto en la Fundación como con otras instituciones y centros de tratamiento. Esta propuesta redunda en beneficio del usuario del servicio.

Otros de los elementos terapéuticos novedosos implementados en la dinámica de Hospital Día fue la incorporación de la Socioterapia como estrategia terapéutica del Trabajador Social en el abordaje de la problemática del consumo y dependencia a la droga. Como lo hemos manifestado en otras oportunidades la complejidad del tema que nos ocupa requiere que su abordaje contemple la multidisciplinariedad profesional como una forma de construir una visión global del problema que permita avanzar hacia estrategias integrales.

Así, un equipo de trabajo para ofrecer tratamiento en drogas debe estar conformado por psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, médico de familia, auxiliares de centro, es decir, es necesario la convergencia de estas disciplinas a fin de ofrecer un servicio de atención integral a la persona que solicite ayuda.

El trabajador social como profesional de ayuda forma parte fundamental de un equipo multidisciplinario para el abordaje del consumo y dependencia a las drogas.

El trabajador social trasciende el espacio de la problemática individual y permite ubicar el problema en el plano socio familiar desarrollando estrategias de largo alcance en el ámbito familiar, comunitario, cultural, etc.

La Socioterapia es una de las estrategias de intervención terapéutica del trabajador social en donde se abordan todas aquellos aspectos trascendentes del proceso de recuperación social y que se concretan en el proyecto de vida. (Ver Cap. V. Rol del Trabajador Social).

4.8. EL HOSPITAL DÍA: ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS

La Construcción de una visión distinta del consumo de drogas y del consumidor

Como lo hemos plasmado a largo de esta investigación el problema del consumo de drogas es complejo y difícil de abordar por las implicaciones sociales y morales que se gestan en torno a este.

Hasta principios de esta década la única alternativa de tratamiento en nuestro país que ofrecía atención a las personas que solicitaban ayuda por consumo de drogas, era el modelo de las Comunidades Terapéuticas. Modelo además implementado de la cultura norteamericana.

Sabemos que la realidad social en su esencia es dinámica y esta en constante movimiento, de esto no escapan las drogas, sustancias naturales, farmacológicas, industriales o sintéticas que han alcanzado un gran auge en una sociedad de consumo donde estas son una mercancía más, poseedoras de un valor de uso y un valor de cambio determinado por el contexto, usuarios, usos y significados.

La dinámica del asunto drogas hoy en día dista mucho de lo que fue en la década del 60, los cambios tecnológicos, la globalización de los mercados, la vorágine de Internet, las drogas como negocios transnacionales en un mercado que tiende a estabilizarse "... ya que, como sucede con cualquier bien transable ... con el tiempo sus precios se van aproximando a sus costos de producción y transacción...." (de Rementeria, citado en del Olmo, 1997 p. 118), la capacidad de las drogas en satisfacer necesidades específicas, el fracaso de las políticas y estrategias de control debido a la negación de este último elemento, son algunas de las características más resaltantes del asunto drogas en esta década.

Por lo que un intento de abordaje en términos terapéuticos para las personas que solicitan ayuda debe medianamente contextualizar las estrategias en medio de esta realidad.

Continuar sustentando los programas de tratamiento en drogas en posturas únicamente desde la promoción de la abstinencia absoluta es apostar al fracaso desde el inicio.

Es necesario trascender el discurso de "la droga mata" para poder entender que las drogas son parte de la dinámica social en tanto satisfacen necesidades que hasta ahora ningún programa de prevención ofrece y desde allí, desde la realidad misma, poder emprender acciones más realistas.

Las estrategias de control a la demanda de drogas que tenga como punto de partida la negación de su función de utilidad, de su capacidad de satisfacer necesidades, están condenadas al fracaso... los esfuerzos de prevención al uso indebido de drogas han fracasado porque no han sido capaces de ofrecer otros bienes o servicios que satisfagan las necesidades. Una estrategia de prevención que repose únicamente en la promoción de la abstinencia no tiene nada que ofrecer frente a los deseos y las necesidades de importantes sectores de la población. (de Rementería, citado en del Olmo, 1997 p. 120)

En este sentido los programas de tratamiento que mantienen el énfasis solo en el abandono de la sustancia, sin considerar otros factores e indicadores de bien-estar y recuperación, consideramos que reducen el problema.

Es por ello que creemos que las alternativas para las personas que soliciten ayuda por consumo y dependencia a las drogas debe enriquecerse desde esta visión. Es necesario una sana flexibilización en los programas de atención y tratamiento, abrirse a nuevas alternativas. Las Comunidades Terapéuticas son una de ellas, pero ya no la panacea del tratamiento en drogas, como tampoco lo son el Ambulatorio, el Hospital Día, la Farmacoterapia, etc., sino que la prevalencia debe apuntar más hacia el concepto de “Red de Atención”, dentro de un sistema eficiente de atención que ofrece variadas alternativas partiendo de las necesidades y expectativas del usuario.

Creemos que es necesario una variedad en los programas de tratamiento para ayudar a las personas drogodependientes, considerando el contexto sociofamiliar, las necesidades y particularidades del paciente. (Villasmil, 1997 p. 10)

Dentro de este sistema el Hospital Día se perfila como un subsistema que por sus propias características ofrece ventajas tales como disminución de los costos usuario/día, facilita el proceso de recuperación social garantizado por el contacto sociofamiliar que mantiene la persona durante el tratamiento, lo que a su vez contribuye a disminuir la dependencia institucional, permite mayor involucración del grupo sociofamiliar (parientes, amigos).

Es en este sentido que creemos que el Hospital Día es una alternativa de tratamiento para las personas que solicitan ayuda por consumo de drogas, creemos que desde la práctica vamos avanzando hacia la construcción de una visión distinta del consumo de drogas y del consumidor.

Nuestra experiencia en Venezuela, con el Hospital Día: Casa de Petare, ha demostrado ser una alternativa válida en el área de tratamiento, cumpliendo un papel importante en el área de la drogodependencia, adaptado a la nueva realidad y perspectivas que se manejan en la actualidad sobre las drogas y los consumidores. Como se muestra por los resultados obtenidos y su similitud a los estándares internacionales. (Villasmil, 1997 p. 10)

Visión que se sustenta en ver el problema del consumo de drogas como un acontecimiento en la vida de un sujeto que es participe de una historia, en un colectivo, en un entramado de relaciones sociales.

De allí que definamos nuestra filosofía de tratamiento como humana. Y con esto lo que queremos es desmitificar el consumo de drogas, superar la visión reduccionista que estigmatiza al sujeto que es reflejo de una sociedad apabullante. El consumidor de drogas es el reflejo, el grito desesperado de una sociedad que esta en crisis.

Es necesario apartar nuestros propios miedos y prejuicios con relación a las drogas para entender a las personas consumidoras, aun cuando las percibimos diferentes a nosotros, no dejan de ser humanas.

CAPITULO V

EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

5.1. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA DINAMICA HOSPITAL DIA

El Trabajo Social como disciplina de las Ciencias Sociales es una profesión con capacidad de intervenir en los diversos y complejos procesos sociales, a partir del desempeño de funciones y/o roles que tienen un ámbito específico de actuación.

La ubicación de la intervención profesional, en el marco de la problemática social, determinará el desarrollo de dichos roles, los cuales son estructurados desde la formación académica de la profesión.

Así tenemos, que la acción profesional desplegada por el trabajador social en el Hospital Día de la Casa de Petare, como institución de salud mental, se ubica en el Rol de “Dinamizador de procesos familiares-locales”, teniendo como eje central el

... prestar atención directa a individuos-familiares y localidades sobre los cuales se expresan particularmente las consecuencias sociales, dificultades de integración social y conductas que ameriten un tratamiento individualizado para garantizar el éxito de un programa determinado. (Pensum de estudio, Escuela de Trabajo Social / UCV,1994 p. 4).

Creemos que la acción del trabajador social responde a las especificaciones de este rol ya que entre otras cosas se aborda el problema del consumo de drogas desde el individuo sin perder de vista los espacios microsociales, como son la familia y la localidad, a fin de trascender la visión individualizada que muchas veces se tiene del consumo de drogas y entender que éste responde a las prácticas sociales de los sujetos de y en la vida cotidiana de una determinada sociedad.

Es importante mencionar que la descripción del rol se realiza 'fundamentalmente desde la academia, en la experiencia profesional nos encontramos que en ocasiones la práctica supera la especificidad del rol, y más aún cuando dicha práctica forma parte de una política institucional que tiene una dimensión multidisciplinaria.

En este sentido, el desempeño del rol del trabajador social se encuentra inmerso en una política institucional que concibe la problemática del consumo de drogas como una enfermedad mental. De allí, que el abordaje se perfile hacia perspectiva integral del proceso salud-enfermedad, donde a partir de nuestra' práctica profesional formamos parte activa de un equipo multidisciplinario.

Es política de la Fundación José Félix Ribas contar con un equipo multidisciplinario dentro de cada centro de tratamiento a fin de viabilizar el programa y ejecutar las acciones terapéuticas en pro y

beneficio del proceso de recuperación de la persona que solicita ayuda.

Es importante destacar que esto ha sido uno de los rasgos característicos de la Fundación, ya que en algunas otras instituciones tanto nacionales, como internacionales, las acciones terapéuticas no son llevadas a cabo por profesionales sino por ex-consumidores, (monitores, coordinadores, facilitadores) que si bien tienen una gran experiencia, no disponen de las herramientas teóricas/metodológicas para el abordaje de tan compleja problemática.

Tradicionalmente los equipos terapéuticos de los centros de tratamiento de la Fundación están conformados por Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadores Sociales y monitores.

Es importante mencionar que el desempeño del Rol del trabajador social dentro de la dinámica de Hospital Día ha venido sufriendo cambios y transformaciones a partir de la misma experiencia, si se torna válido pudiéramos hablar de dos etapas o momentos dentro de la historia y consolidación del Hospital Día como centro de tratamiento para personas que consumen drogas.

En un primer momento el rol del trabajador social tenía poca relevancia, la acción profesional no trascendía de la elaboración de

informes socioeconómicos, no incorporaba elementos para la comprensión de la compleja problemática del consumo de drogas, situación que empieza a cambiar cuando se inicia el proyecto de Hospital Día de la Casa de Petare.

... la trabajadora social se incorpora con exigencias de tener una posición distinta a hacer informes socioeconómicos ... [o] de recaudación de fondos ... que hasta ahora era el papel que jugaban las trabajadoras sociales dentro de la fundación y no el papel [de] un profesional que puede también ayudar al paciente adicto y a la familia del adicto, es decir, adquirió desde el principio un rol más complejo a como estaba concebido inicialmente (J. Villasmil, Entrevista Personal semi-estructurada, Agosto 24, 1999. Ver anexo, N° 4)

En este sentido fue necesario construir lo que serían las funciones del trabajador social dentro del Hospital Día, ya que no existía claridad acerca de las áreas de intervención, las estrategias y los mecanismos de abordaje para la problemática del consumo de drogas.

Esta construcción la realizamos desde la práctica misma, es decir, en el ejercicio del quehacer profesional en la cotidianidad del Hospital Día.

Como una primera aproximación a dichas funciones se enuncian algunas de las actividades que realiza el trabajador social dentro de la institución:

1. Investigar la situación socioeconómica y de relaciones personales y grupales que inciden negativamente en el desarrollo emocional de los consultantes. Esto a través de entrevistas familiares, estudios socioeconómicos, y visitas familiares.
2. Diagnosticar, orientar y promover soluciones en el orden social a los problemas que confrontan los sujetos en sus grupos familiares.
3. Establecer contactos institucionales para la utilización de los recursos de la comunidad en beneficio de las personas asistidas.
4. Desarrollo de estrategias de mejoría del funcionamiento social:
 - Orientación y asesoramiento a los jóvenes en la realización del Plan de Vida.
 - Contacto con instituciones educativas y de capacitación laboral
5. Asistencia a aquellas actividades de corte terapéutico que considere la Dirección del centro: asambleas, grupos.
6. Socioterapia
7. Reunión con los padres y representantes
8. Planificación y organización de actividades culturales y/o recreativas
9. Planificación y organización de talleres de creatividad permanente.
10. Contacto con otras instituciones que trabajan en materia de drogas.
11. Participar en las reuniones clínicas y presentaciones de caso clínico
12. Realizar trabajos de investigación, registros estadísticos.

13. Elaboración de informes sociales para la presentación de casos clínicos
14. Otras actividades cónsonas con la misión del Hospital Día y la profesión de trabajo social.

Si bien es cierto, esta enumeración de funciones se realizó posterior al desarrollo de la acción profesional del trabajador social, no es menos cierto que las funciones sobrepasan lo expuesto, ya que el Rol del Trabajador Social como profesional de ayuda dentro de la dinámica del Hospital Día como institución de salud mental es diverso y complejo dado que el trabajador social trasciende la problemática del consumo de drogas a nivel individual y se involucra en los espacios microsociales del sujeto a fin de orientar acciones concretas que resulten beneficiosas para el proceso de tratamiento.

Actualmente las acciones y estrategias del Trabajador Social se encuentra presentes en todas las instancias del Hospital Día. Para facilitar su sistematización se presenta un “mapa de áreas” que plasma las experiencias, logros y limitaciones en cada una de ellas.

Con el recorrido a través del mapa podremos visualizar el terreno construido desde el trabajo social en el Hospital Día. Ha sido un camino andado desde la vivencia cotidiana hasta consolidar la acción profesional del trabajador social dentro del equipo terapéutico.

Luego de tres años y medio el proceso continua y en el día a día seguimos descubriendo elementos que enriquecen al Hospital Día como una alternativa para la atención y abordaje de la persona consumidora de drogas, así como también nuevos elementos del quehacer profesional del trabajador social que enriquecen la acción. Es un proceso que se retroalimenta en la acción, en la reflexión y en el devenir de la praxis profesional.

Insistimos en que esta división es solo para facilitar la comprensión del proceso ya que todas las áreas se encuentran conectadas en una dinámica que es compleja y en constante movimiento.

5.1.1. AREA SOCIOFAMILIAR

Esta área contempla todo lo relacionado con los aspectos sociales y familiares del sujeto consumidor de drogas. La intervención tiene como objetivo fundamental investigar la dinámica sociofamiliar, así como las relaciones personales, grupales y sociales del sujeto para clarificar el diagnóstico social en cada caso en particular. Para ello se disponen de estrategias y técnicas de investigación e intervención como son las visitas sociofamiliares, entrevistas familiares y la observación.

Es importante mencionar que se propuso el cambio de categoría y contenido de “visita domiciliaria” a visita sociofamiliar por considerar que ésta es de mayor amplitud al momento de considerar la dinámica de cada sujeto, en tanto que permite ir mas allá del domicilio familiar, no solo en términos geográficos, sino también en su desenvolvimiento social, por ejemplo planteándonos conocer el ambiente de trabajo donde se desenvuelve la persona o los espacios sociales que frecuenta (iglesia, grupos de referencia, instancia educativa etc.), siempre y cuando sea pertinente para la construcción del proyecto de vida del sujeto.

Es decir, la visita sociofamiliar contempla objetivos específicos del para qué hacerla, particularizando así el abordaje de cada caso.

En este sentido la visita sociofamiliar como estrategia de intervención permite una aproximación a los fenómenos familiares, grupales y sociales que tienen lugar en la dinámica de vida del sujeto, pero esta no debe ser impuesta o forzada, sino que debe ser generada en la situación de encuentro que le antecede: la entrevista familiar.

La entrevista familiar se realiza cuando la persona inicia tratamiento y tiene fines informativos, afectivos e investigativos. Informativos en tanto que se clarifican las normas de la institución, se proporciona información a cerca del tratamiento, se aclaran las dudas y expectativas de los familiares por el desconocimiento de esta

problemática, que en ocasiones se presenta como nueva para todo el grupo familiar.

Igualmente la entrevista permite generar un clima de confianza y acercamiento con los familiares, como lo expresa Monasterios (1987) la entrevista es una “situación social diádica...” (p. 294) ya que hay un flujo importante de información e intercambio entre el usuario y la institución representado en este caso en la figura de la trabajadora social.

Así mismo la entrevista tiene fines investigativos dado que permite iniciar el estudio de los datos relevantes de la dinámica e historia familiar. Es una entrevista de aproximadamente 45 minutos con el familiar y/o representante de la persona que inicia tratamiento, se realiza en la institución y la información es recogida en un formato tipo cuestionario denominado “Estudio Sociofamiliar”, el cual el familiar debe traer respondido para la entrevista. Otro de los objetivos de esta entrevista es explorar la situación socioeconómica del grupo familiar y en función de esto determinar el aporte o colaboración económica de la familia por concepto de servicios terapéuticos.

Otro momento en que se realiza la entrevista es en la Visita Sociofamiliar, el objetivo es recoger información de la Historia Familiar, conocer aspectos de la dinámica familiar, explorar áreas de interés para el proceso de recuperación de la persona. La visita sociofamiliar

tiene una duración aproximada de tres (3) horas En esta situación la Observación como técnica, complementa la investigación de la dinámica familiar, ya que se realiza la observación in situ, es decir en el lugar donde ocurren los hechos y acontecimientos de manera espontánea y no programada. (Monasterios, 1987).

Es importante destacar el hecho de que la trabajadora social se traslade hasta el espacio cotidiano del sujeto que está en proceso de tratamiento es vital, no solo porque le permite conocer parte de la realidad de éste, sino porque se crea un vínculo con las personas que no se da en el espacio terapéutico del Hospital Día.

Muchas veces la persona lo expresa con satisfacción al sentirse apoyado, al sentir que la institución, en este caso en la figura de la trabajadora social, se preocupa por él, es frecuente escuchar en los familiares su agradecimiento por el hecho de haberse trasladado hasta su casa, lo viven como si fuese un privilegio, situación que se trabaja terapéuticamente con ellos, mostrándoles que la actividad forma parte del trabajo y que ellos en tanto que están viviendo un proceso de tratamiento en una institución tienen derecho a disponer de todos los servicios que benefician y aumente sus posibilidades de mejoría, y entre ellos la visita sociofamiliar.

Las actividades fundamentales que se desprenden del desarrollo de la visita sociofamiliar permiten la realización del informe socioeconómico y del informe social.

El formato para el informe socioeconómico fue elaborado en su totalidad adecuándolo a los objetivos que la entrevista familiar persigue en esta área.

El informe social fue rediseñado luego del desarrollo de la acción profesional, considerando que el existente provenía de un formato que no respondía a los objetivos de la investigación familiar.

Ambos instrumentos fueron orientados en su realización a través de los criterios establecidos en el texto “Estudio del Caso Familiar” de los trabajadores sociales Lithya y Rubén Monasterios, del año 1987.

5.1.2. AREA TERAPEUTICA

Esta área comprende todas las acciones y estrategias de corte terapéutico que tienen como objetivo proporcionar herramientas y

orientaciones concretas a las personas que se encuentran en proceso de tratamiento.

La recuperación de espacios vitales por parte de la persona consumidora de drogas es un proceso complejo, difícil y cuesta arriba en una sociedad que mantiene un doble discurso social frente al consumo, ya que por un lado cuestiona el consumo de algunas sustancias y por otro promociona y refuerza el consumo de muchas otras, aunado a la estigmatización, rechazo y prejuicio que existe hacia las personas que fueron consumidoras de drogas.

En este sentido es de vital importancia contar con un espacio terapéutico en el cual se trabajen aquellos elementos fundamentales para la concreción de un proyecto de vida: paso indispensable para la recuperación social.

El espacio terapéutico del trabajador social en el tratamiento de la persona consumidora de drogas es la Socioterapia, entendida esta como un “proceso socioeducativo que tienen como fin desarrollar las potencialidades del sujeto para que logre manejar asertivamente la convivencia social en los distintos ámbitos de su vida personal, social, familiar, laboral, académico, comunitario, cultural”. (Quintero, 1997 p. 8)

La Socioterapia busca comprender la dinámica social de la persona a partir de su experiencia personal, y tomar de allí aquellos elementos que le permitan vincularse de una manera más productiva con su entorno social.

El Plan de Tratamiento de la Fundación José Félix Ribas, citando a la ONU (1979) plantea que la Socioterapia

Comprende todas las modalidades de apoyo a la rehabilitación social ... [es] un proceso de ayuda a las personas, con el objetivo de establecer un estado en el cual sean capaces física, psicológica y socialmente de hacer frente a las situaciones con que tropiezan, lo cual les permite aprovechar las oportunidades que están a disposición de otras personas del mismo grupo de edades en la sociedad. (Plan de Tratamiento, 1990 p. 12-13)

Es importante destacar que si bien dentro del Plan Nacional de Tratamiento de la Fundación estaba contemplado la Socioterapia, para el momento que se inicia el Hospital Día en la Casa de Petare, la Socioterapia no se realizaba en los centros de tratamiento de la Fundación (Ambulatorios y Comunidades Terapéuticas) es decir, que no formaba parte de la acción del trabajador social.

De allí que, al iniciar la acción profesional en el Hospital Día de la Casa de Petare, una de las exigencias que se realizan es la

presentación de un proyecto para llevar a cabo la Socioterapia, encontrándose como limitación lo planteado anteriormente, la inexistencias de experiencias prácticas de la Socioterapia en el marco del tratamiento para las personas dependientes a las drogas.

Inicialmente se intento ubicar bibliografía del tema, a fin de contar con una base para sustentar el proyecto que se debía presentar, no fue posible ya que como mencione anteriormente ninguna de las trabajadoras sociales de los centros de la fundación llevaban a cabo la actividad de socioterapia.

Debo señalar que la propuesta fue realizada partiendo de la lógica y el sentido común y conociendo las necesidades de la población y los objetivos de la institución, y formo parte del “Proyecto de Reintegración Social del Joven Drogodependiente: La construcción de nuevos caminos” presentada en febrero de 1997.

Como lo hemos expresado a lo largo de este trabajo creemos que el proceso de tratamiento es un continuo en la construcción y recuperación de espacios vitales.

En este sentido, la Socioterapia es una terapia desde lo social, en tanto que parte de la realidad, de la sociedad en la cual se encuentran los jóvenes en tratamiento y en la cual se mantendrán al

culminarlo, manejando el concepto de sociedad no como abstracción sino como situaciones concretas, “en el barrio donde vivo, con la familia que tengo, con el grupo donde me desenvuelvo”.

La socioterapia como estrategia de intervención dentro del plan de tratamiento para los jóvenes consumidores de drogas contribuye a crear una visión más integral del problema y trascender de la visión medicalizada y psicologizada que se tiene del consumo de drogas, así como romper con el esquema de que la terapia es solo una estrategia psicológica, sino que redimensiona la terapia, dándole un peso importante a los aspectos sociales, para el abordaje y comprensión de tan complejo fenómeno.

Es con la inclusión de la socioterapia y la concepción más holística del paciente con problemas de consumo de drogas que el trabajador social comienza a ocupar un rol bien importante, porque no solo es la psicoterapia, sino que esta la socioterapia, y esto rompe con la concepción de la terapia solo a través de la psicología, sino que se comienza a dar una terapia desde el punto de vista social, que es incorporado a través del trabajador social, en términos de que este se involucra con el proyecto de vida del paciente, porque se parte de una desorganización no solo de la personalidad sino que también involucra elementos sociales, que tienen que ver con la familia, que tienen que ver con el empleo, que tienen que ver con la educación y que se convierte en terapéutico el hecho de que el individuo organice su vida y en esto el trabajador social juega un papel bien importante. (J. Villasmil, Entrevista Personal

semi-estructurada, Agosto 24, 1999. Ver anexo
N° 4)

La Socioterapia es un espacio que les permite a los jóvenes que están en tratamiento ubicar aquellos elementos de la realidad social (de acuerdo a su contexto sociocultural) que inciden en el mantenimiento de la problemática de dependencia a las drogas, tales como: significado y uso del dinero, la ingesta de alcohol, los juegos de azar, y manejo de antivalores (deshonestidad, facilismo, ventajismo social), la pertenencia a grupos considerados socialmente inadecuados (bandas), la violencia social, con el fin de buscar alternativas y soluciones concretas a tales situaciones.

En la Socioterapia se hace uso de diversas estrategias para el trabajo con las personas consumidoras, tales como discusión de temas vinculados al proceso de recuperación de espacios vitales por ejemplo alcohol, utilización del tiempo libre, grupos de referencia, etc. Así como el conjunto de actividades orientadas a la capacitación en un oficio, continuidad académica, etc., todo esto plasmado en la elaboración de un Proyecto de Vida con el que se busca que la persona se asuma como sujeto responsable de la Gerencia de su propia Vida.

La dinámica del espacio es bien diversa, ya que se trabajan temas de la realidad nacional (lectura del periódico), discusión de temas de actualidad, y/o vinculados al consumo: alcohol, HIV, pobreza, desempleo, violencia, valores, temas vinculados al proyecto de vida:

metas y objetivos de vida. La participación de las personas es fundamental, en ocasiones el tema es asignado por la trabajadora social, y en otras es preparado por el grupo.

La estrategia es a través del trabajo grupal, discusiones, elaboración de resúmenes, mini exposiciones, siempre partiendo de sus experiencias como sujetos sociales. En estos espacios la función de la trabajadora social es la de orientar la dinámica de trabajo, pero el rol protagónico es de los participantes. Se incentiva la participación, la valoración de la experiencia social, el derecho a opinar.

Hoy podemos decir que la dinámica de la socioterapia en el marco del tratamiento para las personas dependientes de las drogas, en el Hospital Día, ha sido amasada en la práctica diaria, con los actores principales, con una tónica propia, que es además flexible en tanto que el clima grupal es quien determina la orientación del trabajo.

Otra de las instancias terapéuticas donde participa el trabajador social es en el “Grupo de Fortalecimiento Familiar” anteriormente llamado grupo de padres.

El grupo de fortalecimiento familiar es el grupo destinado a los padres, familiares y amigos de la persona que esta en proceso de tratamiento, se realiza una vez por semana y tiene como objetivo

fundamental brindar información, orientación y apoyo acerca de la problemática de las drogas, fortalecer aspectos familiares que redundaran en beneficios para el sujeto tales como, comunicación, manejo de conflictos.

Durante un tiempo el grupo fue llevado solo por la trabajadora social, en otra ocasión era acompañada por el director del centro y actualmente es llevado por dos terapeutas, con la participación de la trabajadora social una vez al mes.

5.1.3. AREA DE RECUPERACION SOCIAL

Como lo hemos señalado anteriormente, el desarrollo de esta área y su abordaje como proceso nos llevó a replantearnos los términos y/o categorías relacionados con la recuperación social del sujeto.

Términos como rehabilitación, reintegración, resocialización creemos que hacen mas referencia a un reacomodo funcional del sujeto dentro de una sociedad concebida en abstracto, que al verdadero proceso de conquista, construcción y recuperación que realiza el sujeto de sus espacios vitales en y desde la vida.

De allí que prefiramos usar la categoría “recuperación” entendida como proceso desde el inicio y no como un objetivo o fin último del tratamiento, sino que en tanto proceso es un continuo, dinámico, con alzas y bajas y además particularizado en cada sujeto, lo que implica reconocer en ellos la capacidad de gerenciar un proyecto de vida.

Es importante mencionar que aun esta categoría se nos presenta incompleta, por cuanto hace referencia a perdidas, y no siempre las personas consumidoras de drogas han sufrido perdidas (como se cree generalmente), sin embargo, sentimos que ésta categoría es la que más nos acerca a la definición de ese proceso de conquista, construcción y recuperación de espacios vitales que emprende la persona que decide, a través de un proceso terapéutico, dejar la droga y llenar su vida de y con otros significados.

Dentro de las actividades desarrolladas se encuentran explorar las habilidades, potencialidades, recursos, deficiencias y limitaciones de cada sujeto en el aspecto laboral, educativo, familiar, comunitaria, tiempo libre, a fin de brindarles herramientas que se materialicen en la elaboración del proyecto de vida.

Existen limitaciones para el desarrollo de esta área que tienen que ver con la concepción que se tiene en la sociedad de la persona que consume drogas, términos como adicto, drogadicto,

farmacodependiente, drogodependiente, nos hacen ver la estigmatización que se tiene hacia éste. Estigma que se traduce en la existencia de un doble discurso en torno a las posibilidades y oportunidades que se ofrecen a estas personas.

La experiencia nos habla de la carga moral que existe en la comprensión del problema, en ese sentido, creemos que la sociedad venezolana no esta en capacidad de asumir a los jóvenes que se recuperan y que egresan de un programa de tratamiento por consumo de drogas.

Esto se expresa en que muchos de estos jóvenes al salir a la calle en búsqueda de empleo o de capacitación en algún oficio encuentran limitaciones cuando manifiestan haber sido consumidores de drogas.

... el consumidor de drogas ilegales, se desenvuelve en una dinámica laboral impregnada de un estigma que lo discrimina ... la sociedad venezolana rechaza al consumidor de drogas ilegales negándole el derecho al trabajo en algunos casos, o tomando medidas como despidos directos ante situaciones relacionadas con el consumo de drogas.
(Martínez, 1998 p. 135)

Otra de las limitaciones en esta área tiene que ver con la inexistencia de una Red institucional que facilite el proceso de estos

jóvenes. La escasa comunicación entre las instituciones del área de drogas con otras instituciones laborales, educativas, recreativas, deportivas, dificulta la realización del proyecto de vida de estos jóvenes.

Hasta ahora no existe en el país una Red de atención al joven que fue consumidor de drogas, los contactos institucionales se hacen por la vía personal y afectiva, el estado venezolano en la figura de la Conacuid, ente rector en materia de drogas, no tiene una política eficaz y eficiente en esta área, la Fundación José Félix Ribas tampoco la tiene, y esto tiene que ver también con que no existe un programa de seguimiento formal en términos institucionales que de cuenta de los resultados de los programas de tratamiento.

5.1.4. AREA INSTITUCIONAL

Comprende los vínculos y relaciones institucionales que se establecen con otras instituciones sociales. Así como la promoción de la institución.

Partiendo de lo expuesto anteriormente, se ha ido trabajando en función de ir creando esa Red de Atención necesaria para la continuidad y desarrollo del Proyecto de Vida de los jóvenes.

Los contactos institucionales se hacen de manera directa entre Casa Petare y la institución, a través de una visita y entrevista institucional en donde se llegan a acuerdos y convenios.

Actualmente la Casa de Petare mantiene contacto con instituciones en el área de drogas, instituciones de salud pública y privada, instituciones de capacitación, instituciones educativas, recreativas y deportivas.

La responsable de estos contactos es la trabajadora social. Los acuerdo y convenios se establecen entre las direcciones de ambas instituciones.

5.1.5. AREA ADMINISTRATIVA

Esta área tiene que ver con todos los aspectos relacionados al manejo gerencial y de organización interna del centro desde el punto de vista de los recursos materiales y financieros.

En esta área la labor de la trabajadora social es prestar apoyo a la dirección del centro, responsable de la coordinación, control y organización de todas las actividades de administración.

Contempla actividades tales como:

- Elaboración de informes mensuales
- Organización y control de ingresos propios
- Apoyo a la dirección del centro en cuanto a: elaboración de informes de gestión, planificación de metas, evaluaciones.

5.1.6. AREA OPERATIVA

Esta área tiene que ver con todos los aspectos de orden doméstico que garantizan el funcionamiento del centro.

En esta área la labor de la trabajadora social es apoyar a los monitores y secretaria, principales responsables de la coordinación de las actividades.

Contempla actividades como:

- Adquisición de insumos y materiales de oficina, limpieza, medicinas.
- Mantenimiento de la infraestructura del centro

5.1.7. ACTIVIDADES DE EXTENSION

Esta área contempla la planificación y organización logística de actividades extramuros, recreativas, culturales y deportivas tanto para los jóvenes en tratamiento como para sus familiares, dentro del encuadre de Hospital Día, así como actividades para el equipo terapéutico.

Las actividades más frecuentes son las siguientes:

- Jornadas Científicas
- Semana Aniversaria del Centro
- Charlas y Talleres
- Paseos
- Visitas guiadas a museos, lugares históricos
- Celebraciones de fechas festivas: Cumpleaños, Navidad.

Como hemos podido evidenciar el rol del trabajador social dentro de la institución es dinámico, en contacto directo con los diversos escenarios del proceso de tratamiento (familiar, terapéutico, institucional, administrativo), así como con los actores tanto dentro de la institución (el resto de los profesionales, jóvenes en tratamiento, familiares) como fuera de ésta.

La relación del trabajador con cada uno de estos actores es una relación de respeto y apoyo, evidenciándose una ética profesional caracterizada por el respeto al ser humano, vocación de servicio, criticidad de su propia práctica, hecho que permite cuestionar y redimensionar nuestro quehacer profesional sin perder el norte y la filosofía institucional.

Partiendo de que el consumo de drogas es una problemática compleja que toca elementos de tipo social, económico, político, cultural, se plantea que su abordaje sea desde la multidisciplinariedad, donde el trabajador social como profesional se inserta con una visión holística del asunto drogas, lo que hace que su acción sea de vital importancia, ya que incorpora elementos que trascienden la individualidad del problema ubicándolo en un contexto más amplio de comprensión.

Así, el trabajador social tiene la capacidad de elaborar estrategias específicas desde su accionar profesional, como lo es la socioterapia,

que le permiten dar aportes al proceso de recuperación de la persona consumidora de drogas.

Igualmente detectar recursos y potencialidades en los grupos familiares y espacios sociales que viabilicen el proyecto de vida de cada sujeto.

Es interesante conocer la visión que tiene el equipo multidisciplinario del Hospital Día acerca del rol del trabajador social, el cual lo expresan como fundamental ya que

... el trabajador social es el enlace entre el paciente y la posibilidad de que éste se reincorpore a sus actividades laborales o escolares, que estos pacientes por lo general han perdido, permite ampliar la visión sobre la influencia de los factores socioeconómicos en la patología que presentan estos pacientes que muchas veces el clínico pierde de vista. Resulta un excelente colaborador del terapeuta en las áreas sociales mediante la incorporación a grupos que permiten retomar los valores ético-morales de los que carecen los pacientes, así como la orientación de la familia en los riesgos a los que estos pacientes se someten y el papel que cumple la propia familia en el mantenimiento de la situaciones conflictivas pacientes-familiares. (Lic. Angelina Hernández, Marzo 24, 2000. Anexo N° 5).

En este mismo orden de ideas el trabajador social dentro en este tipo de instituciones debe

Diseñar programas de reinserción. Diseñar actividades de formación para los pacientes. Determinar las características fundamentales de la dinámica familiar de los pacientes. Realizar intervenciones de ámbito terapéutico tanto grupal como familiar. Diseñar y realizar actividades de investigación. Participar en las actividades clínicas del equipo terapéutico. Coordinar actividades del equipo terapéutico. (Lic. José Javier Pellicer, Marzo 24, 2000. Anexo N° 5).

De acuerdo con esto la acción profesional del trabajador social dentro de la dinámica de Hospital Día ha sido oportuna en tanto que cumple con los objetivos planteados por la institución para el abordaje de la problemática de dependencia a las drogas.

La participación del trabajador social como miembro activo del equipo multidisciplinario es relevante dado que este profesional se encuentra capacitado para abordar los diferentes espacios en los que se expresa la problemática de drogas, bien sea a nivel individual, familiar, social.

CONCLUSIONES

1. El consumo y la dependencia a las drogas lo entendemos como una situación de carácter social que se expresa en el ámbito individual, familiar, educativo, laboral, sanitario, y que en términos de acontecimiento en la vida de un sujeto esta caracterizado por lo que las personas insertas en proceso de tratamiento expresan como "... vacío existencial en el transitar por la vida en busca de sentido". (Frankl, 1981, p. 154)
2. Acontecimiento en tanto suceso, coyuntura, hecho ubicable en un transcurso de tiempo, y no como condición permanente, por lo que es necesario trascender las afirmaciones simplistas que reducen el problema drogas = dependencia. Creemos que cada ser humano en medio de la diversidad es único, de allí que, el consumo y dependencia a las drogas deba ser entendido desde y en la particularidad de su vida cotidiana, sin perder de vista el contexto sociohistórico en el que se desarrolla dicho acontecimiento.
3. Existen en torno al asunto drogas, mitos, prejuicios, estigmatizaciones y sensacionalismos que magnifican el problema, paralizando las posibilidades creativas de abordaje al comprenderlo como parte de una realidad social cambiante.

4. Avanzar hacia la construcción de una visión distinta del consumo de drogas y el consumidor pasa por dejar a medio camino el discurso estigmatizante del asunto drogas y abrirse al cambio. De allí que propongamos la utilización de términos y categorías que no estigmaticen el problema, por ejemplo hablar de personas consumidoras y/o dependientes de drogas, en lugar de adicto, drogadicto o drogodependiente, sustituir adicción farmacodependencia, drogodependencia y toxicomanía por consumo y/o dependencia a las drogas según el caso, problematizar sobre las categorías rehabilitación, reinserción, resocialización, y a falta de una categoría menos reduccionista del complejo proceso de cambio que inicia un sujeto dependiente a las drogas, proponemos la categoría recuperación, aún cuando no nos sentimos totalmente a gusto con la misma, dado que el término recuperación hace referencia a una situación de pérdida, y no siempre las personas consumidoras de drogas pierden cosas (esto forma parte del mito, se cree que el consumir drogas arrasa con toda la vida de un sujeto, insistimos, no siempre es así).
5. Las dimensiones del asunto drogas en Venezuela no son mensurables entre otras cosas por: ausencia de políticas públicas coherentes en materia de drogas, ausencia de estudios epidemiológicos, funcionamiento aislado de las instituciones que ofrecen tratamiento en drogas lo que conlleva a subutilización de los recursos humanos, económicos y materiales.

6. En términos generales el tratamiento en nuestro país en materia de drogas pareciera que continúa enfocado hacia objetivos descontextualizados en términos del énfasis que se hace en los daños de la sustancia sobre el organismo lo que reduce y simplifica el problema que es multicausal. Creemos que los objetivos del tratamiento deben ir más allá de la abstinencia y considerar la integralidad de la persona en tanto actor social en un contexto y momento histórico determinado. Así, los objetivos de tratamiento apuntarían hacia la mejoría de las condiciones y calidad de vida del sujeto en términos de empleo, educación, salud, legalidad, relaciones interpersonales, recreación entre otros.
7. Los programas de tratamiento deben adecuarse a la dinámica de la realidad social, considerando el surgimiento de nuevas drogas y nuevas formas de consumo, por lo que se deben perfilar las estrategias de abordaje hacia objetivos más realistas, en donde los programas de reducción del daño permitirían adecuar los objetivos a las necesidades y expectativas de cada sujeto.
8. Hasta la década de los 90 el tratamiento para las personas dependientes de las drogas en nuestro país era desarrollado a través de los planteamientos de las Comunidades Terapéuticas. La complejidad del asunto drogas, los cambios de éstas en cuanto a tipos y formas de ingestión, cambios en el perfil de usuarios que demanda atención, los costos económicos y de mantenimiento de las Comunidades Terapéuticas, la

dependencia institucional que se genera en los sistemas cerrados, son algunos de los elementos que destacan en el surgimiento de nuevas formas de abordaje como los Ambulatorios y Hospitales Día.

9. El Hospital Día surge inicialmente impregnado del modelo de las Comunidades Terapéuticas, sin embargo a partir de la práctica y desarrollo de la estrategia de atención, se va construyendo un modelo de abordaje propio que toma en consideración las características inherentes de la modalidad cuyo eje central lo constituye el hecho de que las personas aún en tratamiento mantienen el vínculo y contacto con su medio sociofamiliar.
10. El Hospital Día como modalidad de tratamiento para las personas dependientes a las drogas ofrece ventajas tales como:
 - ✓ No lo aísla de su medio sociofamiliar, lo que permite potenciar los recursos (familiares, grupales, comunales) para su recuperación.
 - ✓ Permite contrastar los avances y cambios conductuales, emocionales y aptitudinales en el desenvolvimiento de su vida cotidiana .
 - ✓ La familia se incorpora activamente en el proceso de tratamiento dado el contacto directo y continuo con el programa y la institución.
 - ✓ Disminuye la dependencia institucional.

- 11.El modelo de tratamiento de Hospital Día presenta una notable influencia de los modelos médico-sanitario y psicosocial, aun cuando se evidencian elementos de apertura hacia otros enfoques. Predominan explicaciones psicológicas y psiquiátricas que legitiman la dependencia a las drogas como una enfermedad mental, de allí que se considere a la persona como paciente con características o rasgos patológicos de personalidad asociados al consumo (psicopáticos, depresivos, ansiosos, borderline, histriónicos, narcisistas), diagnósticos sustentados por el DSMIV de la Asociación Psiquiátrica Americana y el ICD-10 de la Organización mundial de la Salud.
- 12.En la instalación y consolidación del programa de Hospital Día, influyeron hechos concretos de la realidad nacional y específicamente de la dinámica de nuestras instituciones públicas tales como escasez de recursos financieros, humanos y técnicos.
- 13.El Hospital Día es una alternativa de tratamiento para el consumo de drogas que a pesar del corto tiempo que tiene de desarrollo en nuestro país pareciera ser tan efectiva como otras modalidades de tratamiento. Aunque no hay estudios comparativos entre esta modalidad y otras, el que hacer y la praxis nos la confirman. Desde junio de 1996 hasta diciembre de 1999 habían egresado 38 personas del programa de Hospital Día, los cuales mantenían algún tipo de actividad laboral, académica y/o deportiva / recreativa.

- 14.El Hospital Día de Casa Petare se ha constituido como un modelo para la implementación de otros centros en el país. El Hospital Día de Mérida de la F.J.F.R. se inicio tomando como referencia el modelo de Hospital Día de Casa Petare.
- 15.El Trabajador Social como profesional de ayuda es un elemento fundamental dentro del equipo terapéutico para la atención y abordaje al consumidor de drogas y su familia. A través del espacio de la Socioterapia puede ofrecer alternativas para la recuperación social de la persona y orientarla en la concreción de un proyecto de vida.
- 16.El Trabajador Social trasciende la problemática del consumo y dependencia a las drogas en el ámbito individual y se ubica en contextos microsociales como la familia, los grupos de referencia social, la comunidad.
- 17.Desde la Socioterapia como estrategia socioterapéutica se realizan aportes que introducen elementos socioculturales fundamentales para el abordaje integral del problema.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario avanzar hacia el concepto de "Red de Atención", maximizando los recursos, coordinando los subsistemas de atención (Ambulatorio, Hospital Día, Comunidad Terapéutica) a fin de brindar una atención eficiente al usuario. Atención que debe cumplir con los requisitos tales como: continuidad, accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad.
2. Desburocratizar los sistemas de ingreso a las instituciones de atención en drogas a fin de adecuarse al perfil de la población que demanda atención. En este sentido el Hospital Día ha demostrado importantes avances en relación con la atención inmediata que debe recibir la persona que solicita ayuda, implementando cambios por ejemplo de horarios, en el sistema de citas para el triaje, adecuando los programas a los usuarios y a sus expectativas y necesidades de atención.
3. Es necesario contemplar programas de seguimiento para las personas que culminan procesos de tratamiento a fin de evaluar la efectividad de los mismos.
4. Sería importante avanzar en investigaciones y/o estudios comparativos entre las modalidades de Comunidad Terapéutica y Hospital Día, con el objetivo de afinar los criterios de ingreso para

cada modalidad de acuerdo al perfil de usuarios y así maximizar los recursos (cupos, internaciones), decimos estos porque aun se maneja la idea de que la Comunidad es el único programa de tratamiento capaz de brindar resultados efectivos a las personas consumidoras de drogas, situación que congestiona los sistemas comunitarios, no permitiendo el flujo de los usuarios por todos los sistemas de atención.

5. Los programas de evaluación se hacen necesarios en este tipo de centros a fin de obtener datos en cuanto a la eficacia y eficiencia de las respuestas y acciones dadas al problema de las drogas.

REFERENCIAS

- Alarcon, C., Freixa, F., Soler Insa, P. A. (1981). Conceptos Básicos. En: *Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario*. (p.p. 3-39). Barcelona: Editorial Fontarelle.
- Alfonzo Francis, Cisneros, M., Colina, L., La Rosa, A. (1991). *Dificultades en la Reincorporación Social de un grupo de egresados de la Comunidad Terapéutica de la Unidad de Atención al Farmacodependiente (UDAF)*. Tesis de Grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Alayón, Ruben. (1991). Consideraciones sobre la sociología del discurso en materia de drogas. En Bayardo Ramírez Monagas (Coord.), *La cuestión de las drogas en América Latina* (p. 149-168). Caracas: Monte Avila Editores.
- Alcalá, Pedro. (1991). Orientaciones a propósito del tratamiento, la Rehabilitación y Reinserción Social del consumidor de drogas y el farmacodependiente. En Bayardo Ramírez Monagas (Coord.), *La Cuestión de las drogas en América Latina*. (p. 219-233). Caracas: Monte Avila Editores.
- Alexander, Bruce. (1996). *Los Modelos de la Adicción como Enfermedad y como Adaptación: Un marco de evaluación*. Caracas: Ediciones CEDIF/F.J.F.R (Trabajo original publicado en 1987).
- Alterman, Althur. (1994). Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(3),157-163.
- Casa Petare/Fundación José Félix Ribas, Equipo Terapéutico. (1996, Agosto). *Plan de Tratamiento de Casa Petare*. Caracas: Autor.
- Conacuid. (1996). *Encuesta Nacional de Hogares por muestreo sobre el consumo de sustancias psicoactivas*. Caracas: Autor.

- Conacuid. (1996). *Estudio sobre actitudes y uso de sustancias psicoativas, por parte de los estudiantes de educación básica, media diversificada y profesional*. (Informe Preliminar). Caracas: Conacuid / Ministerio de Educación.
- Conacuid. (1999, Marzo). *Estadísticas: Ficha Registro del Consumo de Drogas año 1998*. Caracas: Autor.
- Delgado, Pedro. La Marihuana: Ilusion de un paraíso artificial. (1996, Julio 20). El Universal, cuerpo 2, p.17.
- Edex Kolektiboa. (1993). *ABC de las Drogodependencias*. Bilbao: Centro de Recursos Comunitarios.
- Escohotado, Antonio. (1997). *Aprendiendo de las drogas: Usos y Abusos, Prejuicios y Desafíos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Figueroa, Manuel. (1995). La Problemática de las drogas una visión hacia el siglo XXI. Caracas: Conacuid.
- Frankl, Viktor. (1981). *El Hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder.
- Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. (1997). *Información General para la Prevención de Drogodependencias*. Madrid: Autor.
- Fundación José Félix Ribas. (1997). *Guía Bibliográfica sobre drogas*. Caracas: Ediciones CEDIF/F.J.F.R.
- Fundación José Félix Ribas. (1998). *Investigaciones sobre el consumo de drogas en Venezuela: Resúmenes Analíticos*. Caracas: Ediciones CEDIF/F.J.F.R.
- Garbari, Augusto., Wilfredo Pérez., Juvenal Villasmil. (1999). *Perfil del Paciente que acudió a la modalidad de tratamiento Hospital Día en Casa de Petare (Fundación José Félix Ribas) durante el año 1998*. Trabajo de investigación no publicado, Caracas.

- Garcés, Carlos. (1989). Sistematización de Experiencias de Educación Popular: Una Propuesta Metodológica. En Esteban Inciarte (Coord.), *La Sistematización en la Educación de Adultos: Fundamentación teórica*. (pp. 5-24). Caracas: Centro Regional de educación de Adultos y alfabetización funcional para América Latina y Ministerio de Educación.
- García Servén. (1996). *Organización y Administración de Servicios*. Caracas: Escuela de Salud Pública, UCV.
- Glosario de Drogas y Sustancias Estupefacientes (VII). (1999, Junio 27). Últimas Noticias, p.18.
- Goti, María E. (1990). *La Comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Hawkins, David J. (s/f). *Factores Protectores y de Riesgo en la Prevención del Abuso del Alcohol y otras Drogas*. Denver: Consorcio Interamericano para el Desarrollo Humano.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (1984). Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 3.411, (Extraordinaria), Julio 17, 1984.
- López Corvo, Rafael E. (1993). *La Maldición Eterna*. Caracas: Monte Avila Editores.
- López Corvo, Rafael E. (1994). *La Rehabilitación del Adicto*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Majastre, Jean-Olivier. (1973). *La Introducción del cambio en un Hospital Psiquiátrico*. Buenos Aires: Granica Editor. (Trabajo Original publicado en 1972).
- Martínez García, Irma. y Quintana Reyes María C. (1998). *Estudio exploratorio sobre la incidencia de la comunidad Terapéutica "El*

Junquito" en el consumo de drogas ilegales y la dinámica familiar-laboral de los egresados en el periodo correspondiente entre 1993-1998. Tesis de Grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

McCaffrey, Barry. (1996). *Estudio de la Efectividad del Protocolo de Tratamiento*. Caracas: Ediciones CEDIF/F.J.F.R. (Trabajo original publicado en 1996).

McKay, James. (1994). Treatment goals continuity of care and out come in day hospital substance abuse rehabilitation program *The American Journal of Psychiatry*, 151 (2), 254-259.

Mirtenbaum, José. (1989). *Coca no es Cocaína. Nueva Sociedad*, 102, 144-152.

Monasterios, Ruben., Lithya Monasterios. (1987). *Estudio del Caso Familiar*. Caracas: ediciones Lithya Merlano C.A.

Normas de Funcionamiento de los Establecimientos de atención al farmacodependiente del Sector Público y Privado. (1997, Septiembre 15). Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 36.291, Septiembre 15, 1997.

Olmo, Rosa. del. *¿Prohibir o Domesticar?: Políticas de drogas en América Latina*. (1992). Caracas: Editorial Nueva Sociedad.

Olmo, Rosa. del. (1996, Junio). *Reflexiones sobre la problemática de las drogas en Venezuela*. Ponencia presentada en las I Jornadas de Discusión sobre la Ley Orgánica sobre Sustancias estupefacientes y psicotrópicas, convocadas por Conacuid, Caracas.

Olmo, Rosa. del. (1997, Febrero). *La problemática de las drogas en Venezuela: Efectos Económicos y sociales*. Ponencia presentada en el XXVI Curso Superior de Defensa Social, convocado por Instituto de Altos Estudios de la Defensa Nacional, Caracas.

Olmo, Rosa. del. *Drogas: Inquietudes e Interrogantes*. (1998). Caracas: Ediciones CEDIF/F.J.F. R.

Organización Mundial de la Salud. (1990). *Prevención y Control del Abuso de Drogas*. Autor.

Pierola, Virginia. (1992). La Sistematización. *Aportes*, 32, 54-60

Quintero, Isaloren. (1997). *La Reintegración Social del Joven Drogodependiente: La Construcción de Nuevos Caminos*. Propuesta de Trabajo, Caracas: Hospital Día.

Ramírez Monagas, Bayardo. (Coord.), (1991). *La Cuestión de las Drogas en América Latina*. Caracas: Monte Avila Editores.

Rementeria, Ivan. de. (1997). Las Drogas en el fin de siglo. En Rosa del Olmo (Coord.), *Drogas: El conflicto de fin de siglo*. (pp. 111-121). Caracas: Editorial Nueva Sociedad.

Ríquez, Diana. y otros. (1993). *Anteproyecto: Ambulatorio - Hospital Día*. Caracas: Ambulatorio de Parque Miranda/Fundación José Félix Ribas.

Rossi, Diana. (1998). Uso de Drogas: El Sentido de la Intervención. *Análisis*, 1(1), 45-53.

Ruíz, Hellen. (1990). *Plan de Tratamiento de la Fundación José Félix Ribas*. Caracas: Fundación José Félix Ribas.

Sánchez, Ligia. (1998). *La Democracia Venezolana y las Drogas 1959 - 1985*. Caracas: Ediciones CEDIF/F.J.F.R.

Soler Insa, P.A., Alarcon, C., y Freixa, F. (1981). Clasificación de las drogas. Problemática Histórica. En: *Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario*. (41-51). Barcelona: Editorial Fontarelle.

Universidad Central de Venezuela, Escuela de Salud Pública, Cátedra de Administración de Atención Médica y de Hospitales. (s.f.). *Organización de Servicios Hospitalarios: Material de Apoyo. (1)*. Caracas: Autor.

Viale Luis, M. (1996). Drogas: "Lo no Dicho". *Acto Social*, 5(15), 41-43.

Vidal Hernández, X. (1992). *Farmacodependencia: Apuntes para el tratamiento*. Mérida: ULA/Consejo de Publicaciones.

Villasmil, Juvenal. (1996). *Informe Anual Año 1996*. Caracas: Hospital Día.

Villasmil, Juvenal. (1996). *Informe de Gestión período 01/05/96 al 22/07/96*. Caracas: Hospital Día.

Villasmil, Juvenal. (1996). *Informe Trimestral: Agosto -Octubre 1996*. Caracas: Hospital Día.

Villasmil, Juvenal. (1997). *Informe de Presentación de Resultados del período 01/01/97 al 30/09/97*. Caracas: Hospital Día.

Villasmil, Juvenal. (1998, Febrero). *Casa de Petare: La Experiencia Venezolana de un Hospital Día con Filosofía Comunitaria*. Ponencia presentada en la XIX Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas, Cartagena.

Villasmil, Juvenal. (1998, Junio). *Hospital Día: Una Alternativa en la Rehabilitación de los pacientes drogodependientes*. Ponencia presentada en la III Jornada Nacional de Toxicología: Drogas de Abuso. Un problema de Salud Pública, Maracay.

Villasmil, Juvenal. (1999). *Informe de Gestión período 01/05/96 al 31/12/98*. Caracas: Hospital Día.

Villasmil, Juvenal. (1999, Marzo). *El Tratamiento actual al Drogodependiente: Una Reflexión Necesaria*. Ponencia presentada

en la VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Viña del Mar.

Vittetoe, Kenneth. (1993). Glosario de uso frecuente en Alcoholismo, Drogas y Farmacodependencia. Tegucigalpa: Consejo Nacional contra el Narcotráfico.

Zsasz, Thomas. (1992). Nuestro derecho a las drogas. Barcelona: Anagrama.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CLASIFICACION DE LAS DROGAS

DROGAS INSTITUCIONALIZADAS.

Nombre Científico	Nombre Popular	Presentación y Vías de Consumo	Descripción	Efectos	Percepción Social
Nicotina	Cigarrillos	Tiene variadas presentaciones, entre ellas cigarrillos, puros, picadura de pipa, tabaco de mascar. Forma universal de consumo: fumada	Alcaloide de la hoja de Tabaco. Junto con el alcohol es la droga mas consumida en el contexto sociocultural.	A corto plazo: - Disminuye la capacidad pulmonar - Merma de los sentidos del gusto y el olfato - Envejecimiento de la piel - Tos y expectoraciones - Perdida de apetito - Manchas amarillentas en dientes, dedos, uñas A largo plazo: - Tos crónica - Gastritis - Úlceras estomacales - insomnios	No es una Droga No hace tanto daño

DROGAS INSTITUCIONALIZADAS.

Nombre Científico	Nombre Popular	Presentación y Vías de Consumo	Descripción	Efectos	Percepción Social
Alcohol Etilico o Etanol	Bebidas Espirituosas Caña Aguardiente	Bebidas con diferentes grados de Alcohol etílico. Forma Universal de consumo: ingerido	Se obtiene por fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono. La concentración máxima de alcohol obtenida por fermentación natural es del 16%, las superiores a ella inhiben la acción fermentativa y por tanto solo pueden obtenerse por destilación. Es la droga más consumida en nuestro entorno sociocultural dada la aprobación social que existe en torno a ella. .	Depresor del SNC. Se cree falsamente que es un estimulante por la capacidad que tiene de provocar euforia y desinhibición en el sujeto, esto se debe a que en la etapa inicial de la ingesta adormece los centros inhibidores del cerebro. Los efectos dependen de la cantidad presente en la sangre en un momento determinado *tasa de alcoholemia). Es la droga que mas daños sociosanitarios ocasiona, tales como accidentes de tránsito, violencia, alcoholismo.	Principal elemento socializador y de interrelación personal. No es una Drogas No hace tanto daño

DROGAS INSTITUCIONALIZADAS.

Nombre Científico	Nombre Popular	Presentación y Vías de Consumo	Descripción	Efectos	Percepción Social
Metilxantina (caféina, teoflina, teobromina)		Café, Te, Colas, cacao, Mate, Guaraná. Su consumo es por vía oral (productos comestibles)	Proviene de estimulantes vegetales, cuyo cultivo es milenario en buena parte del mundo. Están integradas a la cotidianidad de la sociedad, por lo general acompañadas de un ritual socioafectivo para su consumo.	Estimulantes menores del Sistema Nervioso Central. A muy largo plazo incrementan estados de angustia, ansiedad y agitación, insomnios, problemas gástricos	No son consideradas drogas. No hacen daño.

DROGAS INDUSTRIALES.

Nombre Científico	Nombre Comercial	Presentación y Vías de Consumo	Descripción	Efectos
Químicos Inhalables)	1. Adhesivos 2. Aerosoles/Spray 3. Cementos Plásticos 4. Solventes de Pintura, barnices y esmaltes 5. Líquidos para limpieza 6. Eter anestésico 7. Eter etílico 8. Combustible 9. Thinner 10. Vaso dilataadores	1. Colas, tolueno, xileno, acetona, benzoles 2. Gases Propelentes 3. Hexano 4. Petróleo, butano, trementina 5. Xileno, benzol, éter de petróleo 6. Eter etílico puro 7. ----- 8. Bencina, nafta, gasolina 9. Hidrocarburos halogenados 10 Nitrito de amilo, nitrito de butilo La vía de consumo es la Inhalación	El aumento de estas sustancias se ha incrementado en esta década. Es preocupante dado que sobre la producción y comercialización de estos productos no existe ninguna reglamentación legal. Investigaciones sociales nos muestran como el consumo de estas sustancias aumentan en niños, niñas y adolescentes de y en la calle como una forma de enfrentar los problemas de su cotidianidad, hambre, abandono, etc. La dependencia a estas sustancias es casi inmediata.	Depresores del SNC. Por su rápida capacidad de absorción y distribución por los pulmones los efectos e inicios de la intoxicación son inmediatos. Las facultades mentales: percepción, memoria, inteligencia, capacidad de abstracción etc, se ven seriamente afectadas. Abandono de la escolaridad, relaciones familiares y sociales. Cambios y descuidos en la apariencia física, en los hábitos de higiene, alimentación, y sueño. El uso crónico puede conllevar a una psicosis tóxica con daños cerebrales irreparables. Los síntomas producidos por la inhalación de estas sustancias son esencialmente similares para todos.

DROGAS FARMACEUTICAS

Nombre Científico	Nombre Comercial	Presentación y Vías de Consumo	Descripción	Efectos
Barbitúricos	Fenobarbital Secobarbital Pentobarbital	Producto que viene en una presentación de tabletas o cápsulas de color azul, amarilla, blanca, naranja. La vía de consumo puede ser Oral, Intravenosa, Intramuscular.	Son un derivado de la Urea. Fueron descubiertos a principios de siglo, en el 1903 Crean dependencia	Depresores del SNC, que en función de la dosis originan desde sedación, hasta anestesia general, coma y muerte por parálisis del centro respiratorio
Anfetaminas		La presentación es a través de cápsulas, tabletas, papel impregnado o líquido	Derivados sintéticos de la efedrina, aparecen hacia la década de los 30, fueron ampliamente utilizados en Europa durante conflictos bélicos para "vencer" el agotamiento físico de las tropas. Poseen un alto factor de tolerancia.	Estimulantes del SNC. Provocan agitación euforia, sentimientos de grandiosidad, verborrea y una actitud de alerta constante, de allí que "los efectos subjetivos son parecidos a los de la cocaína." (Escohotado, 1997 p.148)
Benzodiazepinas	Diazepam Lorazepam Flurazepam	En Tabletas blancas, amarillas o azules. La forma de consumo es por vía Oral o inyectada	En la literatura aparecen dentro de los tranquilizantes menores. Existen mas de 30 compuestos que pertenecen a la familia de las benzodiazepinas. Pueden producir dependencia física. Poseen un alto factor de tolerancia.	Provocan efectos sedantes. No deprimen el sistema nervioso totalmente sino una parte de este (sistema límbico). En dosis mayores funcionan como hipnóticos o inductores del sueño. Se utilizan también como relajante muscular.

DROGAS CLANDESTINAS

Nombre Científico	Nombre Popular	Presentación y Vías de Consumo	Descripción	Efectos	Percepción social
Erythroxylon Coca (Cocaína)	Coca Nieve Bazuco Escama Perico Dama blanca	Polvo blanco amargo y sin olor, cuya forma de consumo es fundamentalmente inhalada fumada o inyectada. Existen básicamente tres formas de presentación para su consumo: Perico, Bazuco y Crack	Es el alcaloide contenido en las hojas del arbusto Erythroxylon Coca. La planta de Coca posee importantes connotaciones ritualista y mágico religiosas dentro de la cultura incaica, en las regiones de Perú y Bolivia. Al igual que la planta de Cañaño su origen es muy antiguo. Existen rastros encontrados que datan aproximadamente de los años 2500 a 1800 a.c. sin embargo no es sino a principios de 1859 cuando se descubre el principio psicoactivo de la hoja de Coca. Antes de esto su consumo tenía como lo señalamos anteriormente connotaciones simbólicas. Es interesante conocer la historia de la Coca para entender que "coca no es cocaína", así "... el significado de la producción y consumo de la coca en las sociedades andinas como recurso natural y cultural, nada tiene que ver con la producción y consumo de la mercancía cocaína." (Mirtenbaum, 1989, p. 144). Actualmente la cocaína es la droga más consumida, considerando sus distintas formas de presentación. Según datos de la Conacuid, en el 1998 el 85,08% que consulto algún centro de tratamiento reporto que la cocaína en forma de Crack, Perico y Bazuco (siguiendo el orden) fue la droga de mayor impacto. (Conacuid, 1998, p. 4)	Estimulante del SNC. Su fácil absorción hace que llegue rápido al cerebro provocando reacciones de euforia, excitación motora, inquietud, verborrea, aprehensividad, disminución de la fatiga, el sueño y el apetito, de allí que los consumidores refieren su capacidad de mantenerlos "activos", por lo que es usada para aumentar la sociabilidad y locuacidad, funcionando como desinhibidor de la conducta. Crea sensación de omnipotencia y grandiosidad. En el aspecto físico produce aumento de la presión, pulso acelerado, disminución del apetito, insomnio, impotencia, sensación de hormigueo. Puede causar alucinaciones auditivas, delirios paranoides	Droga de Status socioeconómico. Aunque es importante mencionar que el Crack surge en los EEUU como una forma de llegar a una población de escasos recursos económicos, como eran los negros y latinos, de allí que en la actualidad el consumo de Cocaína en forma de Crack ya no esta restringida a sectores de poder económico

DROGAS CLANDESTINAS

Nombre Científico	Nombre Popular	Presentación y Vías de Consumo	Descripción	Efectos	Percepción social
Marihuana	Gramma Monte Yerba Mafafa Material Marimba María Manteca	La presentación tradicional es en forma de tabacos, los cuales se fuman solos o mezclados con tabaco. El término Haschisch hace referencia a una pasta que contiene todos los elementos de la planta (hojas, tallos, y semillas), los cuales se fuman, o se ingieren diluida en bebidas o alimentos.	Sustancia derivada de la Planta Cannabis Sativa o Cañamo. Son abundantes las referencias históricas sobre el uso de esta planta cuyos restos mas antiguos provienen del cuarto milenio a.C. encontrados en China (Escototado, 1995: 177). El termino Marihuana es de origen americano y proviene de la descomposición del nombre de una antigua marca de tabacos Mexicana llamada "Mary Juana"., (López, 1993:51). Es la droga más controversial y polémica dada las posturas encontradas en cuanto a su inocuidad o nocividad. La sustancia químicamente activa que genera los efectos psicoactivos es el THC (tetrahidro Cannabinol), de los 20 compuestos de la resina solo 2 son psicoactivos. Según datos de la Conacuid, durante el año 1998, el 44.71 % de las personas atendidas en los diferentes centros de tratamiento, reportaron la marihuana como droga de inicio en el consumo de drogas clandestinas. (Conacuid, 1998, p. 5	Produce efectos encontrados "ya que en unos aspectos se comporta como depresora (tipo alcohol etílico) y en otras como estimulante (tipo LSD)". (Soler Insa et al, 1981, p. 35). Entre otros efectos se destacan: Percepción distorsionada de la realidad en cuanto a visión, audición, sentido del tiempo. Alteraciones de la memoria y concentración. En el consumidor crónico se observa el Síndrome Amotivacional "caracterizado por falta de interés y apatía por los estudios o el trabajo, aislamiento, lentitud general y desmotivación". (Delgado, 1997,2-17)	Es una droga natural Hace menos daño. No crea dependencia

DROGAS CLANDESTINAS

Nombre Científico	Nombre Popular	Presentación y Vías de Consumo	Descripción	Efectos	Percepción Social
Heroína	Hero Dama Blanca Poderosa	Polvo Blanco, que puede ser fumado, inhalado, o inyectado siendo esta la forma, más usual.	Opiáceo semi-sintético derivado de la morfina. Fue sintetizado a finales del siglo pasado por laboratorios Bayer. Posee un alto poder adictivo	Depresora del Sistema Nervioso Central.	Droga muy peligrosa y potente.

ANEXO Nº 2

GLOSARIO DE TERMINOS USADOS EN LA DINAMICA DE HOSPITAL DIA

Contención: Derivado de contener que significa "comprender en su extensión, en su capacidad, mantener en ciertos límites" en términos del tratamiento, consiste en brindar el máximo apoyo y comprensión a fin de facilitar en la persona la apertura necesaria para el proceso de cambio.

Los responsables de la contención son los familiares y amigos cercanos quienes deben involucrarse de manera efectiva durante todo el tratamiento.

La contención supone: acompañamiento, apoyo emocional, comunicación asertiva, respeto y empatía.

**Conversaciones
inadecuadas**

Son todas aquellas conversaciones que por su contenido (en términos de significados para el sujeto) conectan a la persona con el ambiente de calle y al consumo de drogas. Los temas sobre los que giran estas conversaciones son: drogas, sexualidad, dinero, juegos de azar, referencia a sitios y lugares, armas, delitos, etc.

Cuarentena:

Es una medida de protección que consiste en no mantener ningún tipo de contacto con aquellos elementos que suponen un factor de riesgo para el consumo de drogas.

Dichos elementos son todas las personas consumidoras, lugares vinculados al consumo, proveedores y/o vendedores de drogas. Tener una cuarentena, significa que la persona debe ignorar total y absolutamente ese elemento. En el caso de las personas se debe mantener incomunicación verbal, visual, gestual y/o escrita. En el caso de

lugares debe abstenerse de frecuentar y asistir a dichos lugares.

Lo que determina que un elemento se convierta en cuarentena para la persona es. el vínculo que esta establezca entre dicho elemento y las drogas. En este sentido las cuarentenas son individuales para cada sujeto, pero también existen cuarentenas que son comunes a todos los consumidores como por ejemplo el jíbaro, las licorerías, etc.

El objetivo fundamental de esta norma es brindar a la persona una herramienta que le permita en la medida de sus posibilidades internalizar límites con todos aquellos elementos vinculados a las drogas.

Las cuarentenas pueden ser preventivas e indicadas. Las cuarentenas preventivas son para aquellas personas que se inician en el tratamiento. El primer día al llegar a la casa, el monitor le indica que debe mantener cuarentena (no contacto) con aquellas personas que al igual que él se encuentran iniciando el proceso. Esta medida se flexibiliza en los espacios terapéuticos y en presencia de algún miembro del equipo terapéutico, recibiendo el nombre de cuarentena operativa. Por ejemplo 2 personas que tienen 1 semana en tratamiento no podrán conversar mientras almuerzan, pero si podrán hacerlo en el espacio de grupo, sobre la actividad realizada y en presencia del terapeuta.

La cuarentena preventiva se mantiene durante el momento de inducción cuya duración es de 1 mes. Posteriormente la persona debe solicitar en asamblea operativa su levantamiento de cuarentena, es decir, solicita se le autorice para poder comunicarse con todos los miembros de la familia. Para ello la persona debe haber demostrado un proceso de crecimiento, internalización, respeto y manejo de la cuarentena.

La cuarentena indicada es aquella que la determina directamente el equipo terapéutico. Se establece en aquellos casos en los que hay una vinculación explícita entre la persona y la cuarentena. Por

ejemplo: entre dos personas que consumieron juntas en el afuera y coinciden en el espacio de tratamiento de Hospital Día.

En este caso a diferencia de la Preventiva, no se levanta, es decir, la medida no se suspende sino que se mantiene en el tiempo, llegando incluso en ciertos casos mantenerse “de por vida”.

Enganche:

Se le llama así a la actitud de conectarse con el otro a partir de una molestia, diferencia y/o desavenencia en la cotidianidad del tratamiento

Factores de Protección:

Son todas aquellas circunstancias, características y/o elementos ambientales y/o personales que potencian el vínculo que establece el sujeto con las alternativas que disminuyen y alejan la probabilidad de que consuma drogas.

Los factores protectores tienen que ver con la conversión de los factores de riesgo en estrategias de acción positiva. (Hawkins, s/f p. 2).

Entre los factores protectores más importantes podemos mencionar la familia, la comunidad, la escuela, los grupos de referencia, manejo adecuado del tiempo libre.

Factores de Riesgo:

Son todos aquellas circunstancias, características y/o elementos personales y ambientales que potencian el vínculo que establece el sujeto con las drogas y aumentan la probabilidad de que la persona consuma.

No existe una relación de causalidad entre factores de riesgo - consumo, sino que estos en tanto partes de la dinámica social del sujeto estarán determinados por el contexto, momento sociohistórico, historia personal, etc.

En este sentido, encontramos factores de riesgo relacionados con el sujeto tales como: edad, baja autoestima y asertividad, alta necesidad de aprobación social, falta de conformidad con las normas, escasa tolerancia a la frustración, etc., y factores de riesgo vinculados al contexto familiar, educativo y socioafectivo tales como: rigidez en las estructuras familiares o su contraparte el Laissez faire, presión de grupo, tiempo de ocio, sistema educativo desmotivante, etc.

Factores socio-ambientales tales como venta y consumo de drogas en la comunidad, deprivación sociocultural, escasez de servicios públicos, etc. (Fundación de Ayuda contra la drogadicción, 1997).

Insistimos en que ninguno de estos factores tiene una prevalencia sobre otro, como ya ha sido mencionado, la dependencia a las drogas como circunstancia en la vida de un sujeto responde a la interacción de múltiples factores y no a la determinación exclusiva de uno de ellos.

Monitor:

Es parte del equipo terapéutico, con la particularidad de que es una persona que realizó un proceso de tratamiento por consumo de drogas. El monitor es un miembro de gran importancia y ayuda dentro del tratamiento ya que posee la experiencia y vivencia de haber sido dependiente a las drogas y además posee las herramientas terapéuticas para ayudar y apoyar al otro.

El monitor es un modelo para la motivación de las personas que se inician en el proceso de tratamiento.

Es el responsable de los manejos operativos y normativos dentro del tratamiento, tales como la operativización del plan motivacional, organización de equipos de trabajo para el funcionamiento del centro, resolver aspectos de la convivencia diaria entre las personas que realizan tratamiento.

Normas

Cardinales:

Como lo indica su nombre, son las normas fundamentales que debe cumplir la persona que se mantiene en tratamiento. Son cuatro normas comunes para todos los centros de tratamiento de la Fundación José Félix Ribas. Dichas normas son:

- ✓ No consumir drogas ni asistir bajos los efectos de éstas dentro del espacio institucional.
- ✓ No sexualizar con algún miembro vinculado al proceso de tratamiento. (equipo terapéutico, personas en proceso, familiares, etc.).
- ✓ No agredir física o verbalmente a ningún miembro vinculado al proceso de tratamiento.
- ✓ No introducir armas blancas y/o de fuego, ni implementos para el consumo dentro del espacio institucional.

El respeto de estas normas es obligatorio, su incumplimiento por alguna de las personas que realiza tratamiento amerita su transferencia directa a otro centro.

Anteriormente la persona era sancionada con la suspensión definitiva del tratamiento, dejándola sin la posibilidad de recibir la ayuda, al menos en la institución. A partir de las Jornadas de Evaluación del Hospital Día en el 1997 se reflexionó en torno a la problemática fundamental de las personas dependientes a las drogas, entendiendo que la dificultad radica precisamente en el cumplimiento y aceptación de las normas sociales, así como una marcada tendencia a la intolerancia e impulsividad.

En este sentido, se elevo la propuesta a la reunión de directores, a fin de eliminar las suspensiones definitivas y en su lugar se propuso el concepto de "transferencia " implementado bajo la concepción de la "Red de Atención" con el objetivo de beneficiar a la persona que solicita ayuda.

Pacto:

Acuerdo entre dos o más personas para actuar de manera coordinada y obtener algún beneficio en clara ventaja frente al grupo.

Piso:

Son todos aquellos momentos fuera de la instancia terapéutica de grupo. Es la intersección entre una actividad terapéutica y otra. Es el espacio cotidiano donde se produce una gran riqueza de situaciones que son insumo para el abordaje terapéutico.

Los monitores son los responsables directos de intervenir terapéutica y normativa mente en los espacios de piso. Ejemplo de estos espacios son: el tiempo de la mañana cuando la persona llega y espera a que se inicien las actividades, los minutos de receso que separan una actividad de otra, la hora después del almuerzo, el tiempo de espera al final de la tarde, antes de que los familiares los retiren del centro etc.

Plan Motivacional:

Es un sistema de modificación conductual aplicable a un grupo de personas que presentan una problemática en común. Esta basado en la teoría conductual. Los objetivos son:

- ✓ Controlar, eliminar o reducir la frecuencia o intensidad de aquellas conductas consideradas inadecuadas y que ocasionan dificultad en la interrelación personal del sujeto con su entorno social.
- ✓ Reforzar las conductas consideradas adecuadas para una convivencia asertiva.

El Plan Motivacional se operativiza a partir de un sistema de privilegios y sanciones claramente definido y de total conocimiento por parte de los miembros de la familia en proceso de tratamiento. Cada persona debe obtener un record de puntaje semanal el cual es contabilizado por el monitor, al final de la semana se totaliza el puntaje y de acuerdo a este la persona obtendrá un privilegio o una sanción. El Plan Motivacional es el indicador conductual de la situación de grupo.

Rebote:

Es el rechazo conductual (expresado verbal o gestualmente) que manifiesta la persona ante el señalamiento y/o reporte.

- Reflejo:** Se llama así a la intervención de una persona en un espacio terapéutico con la intención de ayudar al otro a partir de la transmisión de su vivencia y experiencia personal. Dar un reflejo significa poner a la disposición del otro mi experiencia como fuente de aprendizaje. Los reflejos son parte fundamental del tratamiento grupal.
- Reportar:** Es notificar al monitor el incumplimiento de alguna de las normas de la casa. Pueden ser auto-reportes, es decir, que la misma persona que incumple la norma se reporta, o reportes grupales, que consiste en que cualquier miembro de la familia esta en capacidad de reportar a otro que incumpla norma. El reporte es la medida conductual dentro del Plan Motivacional, es el indicador de las dificultades de la persona que esta en tratamiento en términos de lo normativo. El reporte debe hacerse después del tercer señalamiento de incumplimiento de la norma. Un reporte significa menos tres (-3) puntos para el record semanal de cada persona dentro del Plan Motivacional. Todos los incumplimientos normativos y terapéuticos conllevan a un reporte.
- Seguimiento:** Es una medida de protección, al igual que la cuarentena tiene como objetivo brindar contención a quien se inicia en el proceso. Puede ser interno o externo. El seguimiento interno se da dentro de la institución cuando la persona inicia el proceso de tratamiento, y el monitor le asigna a una persona de mayor crecimiento emocional la responsabilidad para que le acompañe, oriente y trasmita todo lo relacionado con el proceso de estar en tratamiento.
- Similar al proceso de levantamiento de cuarentena, el seguimiento es levantado una vez que la persona se ha familiarizado con el tratamiento y es capaz de contenerse conductual y emocionalmente.
- El Seguimiento externo es el acompañamiento que deben cumplir los familiares y amigos fuera del horario de Hospital Día a la persona que se inicia en proceso. El seguimiento es uno de los componentes

de la contención. Contempla el traslado de la persona hasta el centro tanto en la mañana (8:00 a.m. hr. de entrada) como en la tarde (5:00 p.m. hr. de salida), así como el acompañamiento a todos los sitios a donde este se movilice. El objetivo es servir de “yo auxiliar” hasta tanto la persona fortalezca su sistema de normas.

Esta medida se mantiene hasta que la persona este en capacidad de manejarse solo, demostrando el manejo adecuado de sus factores de riesgos, internalización de normas y límites, manejo de la honestidad.

Señalamiento: Es el llamado de atención que se le hace a la persona que conductualmente incumple la normativa. El señalamiento lo realiza cualquier miembro del equipo terapéutico o de la familia, con el objetivo de mostrarle al otro su dificultad y ayudarlo a generar cambios en pro del crecimiento emocional

En términos del Plan Motivacional, el incumplimiento de una norma requiere de tres señalamientos antes de colocar un reporte.

Subgrupo: Marcada preferencia de dos o más personas durante el tratamiento que hace que estén propensos al establecimientos de pactos entre ellos.

Ventilar Malestar: Es la demostración conductual (expresada verbalmente) del malestar ante el señalamiento y/o reporte.

ANEXO N° 3

FECHA: 20 Septiembre 1999.

LUGAR: Consultorio Dr. Rízquez. Las Mercedes. Caracas.

INFORMANTE: Dr. Diana Rízquez. Medico Psiquiatra. Ex Directora Hospital Día.

ENTREVISTADORA: Isaloren Quintero.

TIPO DE ENTREVISTA: Entrevista Semi-estructurada.

OBSERVACIONES: Lo que se presenta a continuación es la transcripción de la entrevista original editada por la entrevistadora.

OBJETIVO: Obtener información detallada acerca de los Antecedentes e inicios del Hospital Día de la Fundación José Félix Ribas.

Cómo se inicia el Hospital Día?

Nosotros en ese momento éramos un equipo, en el cual yo soy directora de Parque Miranda desde el 92, esta Raquel Chavalier, por cierto esta haciendo algo muy similar en Suiza, en drogas, Graciela Marciale, María del Carmen Ribero, que era la trabajadora social, y Beatriz Castresana que en ese momento esta entrando, es la más nueva, paradójicamente, porque después es ella quien se queda dirigiendo Parque Miranda.

y funcionaba como un ambulatorio solamente? Parque Miranda era un ambulatorio que yo tomo en ese año, (...) en ese momento lo que nosotros teníamos era algo así como 10 sillas.

Iniciamos una serie de proyectos donde estaba en principio Antonio Pignatiello, eran tres terapeutas nada más, entonces yo amplió el horario de 4 horas y medio turno, pero Parque Miranda estaba en el suelo y no tenía recursos, la Fundación estaba en el suelo y no tenía recursos.

Estaba de presidenta esta señora, que estaba antes de María Cristina Requiz, que es paralítica, muy conocida, antropóloga, cómo se llama ella, es profesora de la universidad Simón Rodríguez, bueno, ella, y la Fundación no tenía presupuesto, nosotros éramos la cenicienta del Ministerio de la Familia, prácticamente no teníamos presupuesto, los

sueldos eran bajísimos, una serie de cosas, y empiezan todo lo que se llaman los proyectos de descentralización.

Cuando entra María Cristina Requiza, en el cambio de gobierno de Carlos Andrés Bello a Velásquez, que dirige la Fundación por un año nada más y María Cristina venía de Mérida, y había trabajado mucho en lo que eran los proyectos ambulatorios y los proyectos de trabajo de muchachos en la parte de empleo, que después se los llevo para el Ministerio de la Juventud.

Maracaibo cada vez se había hecho también con su directora más fuerte, a fuerza de establecer como fundaciones paralelas y empezar a trabajar la descentralización, en ese momento como no hay dinero en este país, se da la orden de que a nivel regional y a nivel de casi todas las instituciones, descentralización, regionalizar y descentralizar

En Parque Miranda, en ese momento el signo que nos dan es traten de buscar capital adicional, la Fundación tiene para Parque Miranda esto, pero Parque Miranda pudiera funcionar con recursos adicionales, entonces cada quien estableció como una especie de sociedad de amigos en su centro, nosotros éramos región Miranda y nos pusimos en contacto con las gobernaciones y con las alcaldías.

Nos empezamos a mover un poco, en saber donde estaban las necesidades de la región donde nosotros estábamos.

Cuando nosotros estábamos en Parque Miranda (que es hay debajo de las gradas de la piscina, eso es increíble), al principio formamos un ambulatorio, que de estar en el suelo comenzó a funcionar tremendo, pero nos empezamos a dar cuenta que había necesidad de mayor contención [a los pacientes] sin que se internaran, primero porque la internación era mucho más costosa desde el punto de vista monetario y segundo porque la experiencia que hay con las comunidades terapéuticas es muy buena, pero el problema con las comunidades (aunque hay grandes defensores de las comunidades terapéuticas) es que los pacientes se hacen dependientes a la comunidad terapéutica y se eternizan en la comunidad terapéutica.

Eso es un poco lo que empezamos a ver, y que había de repente pacientes que se beneficiaban de una situación intermedia ni tan flojita como el ambulatorio, ni tan fuerte como la comunidad terapéutica, o sea, que había un tipo de paciente especial, que incluso no tenían, si tu querías mandarlos a la comunidad por las características y el perfil de este paciente la comunidad no lo iba aceptar, entonces rebotaban de las comunidades. por eso, porque no

podían estar en un régimen cerrado, con tanta normativa como estaban en la comunidad.

Eran pacientes que nosotros de repente lo recibíamos en ambulatorio pero el ambulatorio no tenía la capacidad de contenerlos por que el régimen ambulatorio su nombre lo dice era [abierto], ellos venían dos tres veces por semana, en las mañanas y después no había quien se ocupara de ellos.

Al mismo tiempo llegaron unos adolescentes que nos empezó a mandar la alcaldía. Viene primero esa normativa: empiecen a contactar con sus gobiernos regionales con proyectos para ver como se consiguen financiamientos adicionales, viendo cuales son las necesidades de la región a ver que posibilidades hay, esa es la primera, la segunda es ese tipo de pacientes que no tenían cabida en ninguno de los dos modelos de tratamiento hasta ese momento en la Fundación, y el tercero es que vienen estos muchachos, algunos eran niños. preadolescentes y adolescentes que nos empieza a mandar la alcaldía en ese momento Petare, cuando Enrique Mendoza da aquella orden de que todo niño que este después de las nueve de la noche en la calle los retienen y después meten preso al representante o multan al representante, una cosa así, (una de esas ordenanzas que se dan por épocas).

Entonces nos empiezan a mandar una cantidad de muchachitos que andaban en la calle huelepegas, de mulas de lleva y trae, una cantidad entre niños y adolescentes que además tampoco se insertaban en los modelos, porque el grueso de la población en ese momento, por el perfil del paciente que va a la Fundación, es un paciente entre 18 y 25 años, es un adulto joven, y varones, ya con más de cinco años de consumo por lo general, y un consumo mixto.

Nos empiezan a llegar pacientes que no están dentro de los estándares generales, [recordemos que] la Fundación fue primero comunidad terapéutica y después empezó el ambulatorio como una gran novedad, (Pedro Delgado es el que introduce la modalidad del ambulatorio en la Fundación José Félix Ribas, cuando es asesor médico de la Fundación)

Entonces nosotros dijimos, definitivamente sea la edad que sea, [y] por todas las cosas que están pasando, llamamos incluso a quien nos esta refiriendo a los muchachos, era una asistente de no se que área de la alcaldía, ella nos dice: - miren es que aquí tenemos un problema tremendo con estos muchachos, son muchachos que no son niños de la calle completamente, pudieran haber niños de la calle, y no

sabemos que hacer con ellos, son adictos a las drogas y tienen una cantidad de problemas - ya tenían conductas transgresoras desde el punto de vista social, y no los querían meter presos, los consideraban que eran farmacodependientes, vimos que tenían un entorno familiar terriblemente distorsionado, no tenían un régimen de escolaridad normal, los padres trabajaban fuera todo el día y llegaban en la noche y bueno estos muchachitos se habían ido como perdiendo de la casa, tenían toda una situación, o era la mamá sola, o podían estar el papá y la mamá pero eran personas de muy bajos recursos, con una situación familiar de muchos hijos y estos eran así como los realenguitos de Petare.

Teníamos un jardín de infancia y adolescentes y uno sabe que a nivel de psicoterapia en adolescentes se tiene un tratamiento especial que requiere de una estructura mucho mayor pero que tu no los puedes internar, pero al mismo tiempo que los tienes que tener en una estructura [debe ser] una estructura que sea como muy pragmática, requieren además de una atención como muy especializada, el niño y el adolescente en psicología y en psiquiatría son una subespecialidad para poderlos tratar.

Entonces nosotros dijimos bueno, dentro del área del tratamiento de farmacodependencia nosotros tenemos que especializamos también, y a lo mejor dándole respuestas a la alcaldía a una serie de cosas conseguimos financiamiento y matamos dos pájaros de un tiro, por eso es que nosotros empezamos hacer ese proyecto por esas razones: los niños que nos mandan, la necesidad de mayor contención de algunos otros pacientes que no eran adolescentes ni niños, y el hecho de que necesitábamos ya entrar en la descentralización y regionalización para conseguir financiamiento, para sobrevivir como centro porque sino íbamos a desaparecer, de hecho yo creo que [el ambulatorio de] Parque Central desaparece.

Y qué toman ustedes de referencia, qué modelo toman ustedes para plantear esto, porque en ese momento acá en Venezuela no habían Hospitales Día para personas consumidoras drogas, de hecho el único Hospital Día que funcionaba en este país era el Hospital Día de la Castellana y era para pacientes psiquiátricos, entonces, de donde toman ustedes la idea para armar un proyecto de Hospital Día.

Bueno fue un poco como el sentido común.

Yo había estado, tengo que decir que a mi me había mandado la embajada norteamericana, el primer año que yo estuve de directora, a

un programa que se llamaba The Barners of América, que ellos financiaban ellos me mandan a mi dos semanas, primero a un congreso de prevención, en la mañana teníamos todas las actividad de congreso.

Había personas de todo el mundo, que trabajaban en el área de drogas, en prevención principalmente pero también de tratamiento, ahí yo tuve oportunidad de conocer de toda Latinoamérica, conocer de todo lo que se hacía en Europa, de todo lo que se hacía en Asia, había gente de todas partes del mundo.

Al mismo tiempo en Houston visitamos varios ambulatorios. La segunda semana era en Menphis, porque Tenesses era el estado compañero. parners de Venezuela, entonces una persona que pertenece a los parners de Norteamérica te recibe esa semana y te hace como una especie de programa, donde yo visite hospitales, clínicas, ambulatorios, centros.

Realmente yo no vi el Hospital Día como modelo, pero yo vi que la tendencia era cada vez hacer que la persona estuviese todo el día en el ambulatorio, primero que los tratamientos ambulatorios eran los que estaban teniendo un mayor auge **[a diferencia de acá en Venezuela que eran las comunidades terapéuticas]** que eran las comunidades terapéuticas.

Tony Pignatiello, por alguna casualidad él viaja para Europa también lo mandan pa' no se donde, y él si se trae unos proyectos, por cierto un proyecto en italiano, nosotros ahí nos lo leímos en italiano, que era un hospital que era ambulatorio y a veces era internación, pero que tenía una modalidad día.

Después aquí vino una persona que hablo de una comunidad, donde primero eran internados, después estaban en una situación intermedia donde pasaban todos el día y después venían varias veces por semana y entonces se iban como destetando un poco de tratamiento.

Realmente a mi lo que me parecía, la idea mía en principio era hacer un proyecto (que después creo que la doctora Rosa del Olmo, ella lo tenía por otro lado, ella lo hablaba como la casa de Bogotá), que era hacer un gran centro que tuviese la posibilidad de tener una internación breve intensiva, un Hospital Día, es decir, donde pudieran estar las tres instancias y que además fuera un centro comunitario, porque yo lo que siempre decía era que nosotros en el área de tratamiento, a mi me impactaba, estuviéramos aislados de la comunidad.

Cuando nosotros empezamos a salir, a ver a la comunidad, nosotros logramos dotar a Parque Miranda por las donaciones de los usuarios de la comunidad, porque nosotros nos abrimos primero, tuvimos una apertura a la zona donde nosotros estabamos, que es ahí en la Romulo Gallegos, en toda esa zona los Palos Grandes, los usuarios, los padres empezamos hacer como asambleas comunitarias, eso empezó a darse por la necesidad y por el cambio del modelo de tratamiento, donde nosotros nos abrimos a la comunidad.

Entonces mi idea era hacer un centro que tuviera las tres instancias pero no a la modalidad de la comunidad terapéutica, sino que fuera una internación corta, casi como una desintoxicación, una parte intensiva, sobre todo en la primera parte de la abstinencia que es la más fuerte, sobre todo si estaban en Crack, bazuco, que eran además como las drogas más comunes que se estaban presentando allí, y después hacerles como una cuestión intermedia, pero a la vez le dábamos respuesta a todos aquellos que no entraban en uno u otro [programa]

[Era] un modelo muchísimo más flexible, muchísimo más proteico, muchísimo mas funcional, pero además que estuviera inserto en la comunidad, que la comunidad sintiera que eso no era solo un centro de rehabilitación donde iban los adictos!!, (cómo es que los llaman? los malandros, los pervertidos, los no se que,) sino que fuera un lugar que en un momento determinado pudiera tener una inserción comunitaria.

Por qué Hospital Día, porque Hospital Día era la situación intermedia, y si existe en Estados Unidos, en Europa, si existe la modalidad, nosotros no inventamos el agua tibia.

Nosotros hacíamos jornadas de reflexión, nos reuníamos los viernes prácticamente toda la mañana, eran en discusiones clínicas con los casos pero al mismo tiempo a ver, a revisar el programa que nosotros habíamos hecho, yo lo primero que hice como directora de Parque Miranda fue hacer una míni jornada que fue de reestructuración de Parque Miranda, logramos conseguir una trabajadora social que no teníamos, hicimos una serie de cosas que de verdad se fueron dando en el trabajo.

Qué cómo fue?, bueno. en el trabajo. Y cómo fue que se nos ocurrió Hospital Día, primero por los contactos que habíamos tenido con el exterior, segundo por el sentido común. y porque yo tenía esa especie, yo tenía ese sueño

Yo decía bueno, si yo en un momento determinado (esas formas de gerencia social que uno ve) [tengo] una visión y de acuerdo a esa visión estableces la misión, bueno...

La visión tenía que ver con un centro integrado, que además tuviera inserción en la comunidad y que no solo fuera [para] gente que estaba rehabilitándose en ese momento, sino que tuviese prevención, que tuviese investigación, que tuviese el trípode de lo que yo considero tiene que ver con... ósea de nada te sirve a ti estar tratando muchachos solamente que tengan problemas de drogas si tu no haces una prevención, porque la prevención es lo que verdaderamente va hacer a la final el fondo, entonces era lo que yo decía, la única forma de que la gente no vea, eso tan distinto es que pueda incluso tener algunas actividades, que de alguna manera la comunidad se integrara.

La experiencia nuestra fue que cuando la comunidad entro el ambulatorio se expandió, cuando yo llegue a Parque Miranda la reja estaba cerrada, yo no, ahí estaba la reja abierta, ahí entro hasta el gato paranoide, loco. hasta el vagabundo más lleno de pulgas, piojo y gusanera, pero ahí se le vio y eso fue una apertura tan grande que eso nos dio a nosotros la idea (que la discutíamos en el equipo)

Estabamos con muy pocos recursos con muy bajos sueldos, pero al mismo tiempo íbamos revisando todas las cosas, nosotros nunca nos conformamos con un modelo establecido en la Fundación nosotros decíamos: -tenemos que cambiar- como cambian incluso las drogas que ellos consumen, porque hace tantos años la droga de mayor consumo era ésta, ahora es ésta, ahora es el Crack, y la forma como consumen las mismas drogas incluso, entonces realmente por eso fue que a nosotros se nos ocurrió eso, porque era sentido común, porque si tu te pones a ver, no hay nada de mas sentido común que el Hospital Día.

Y cómo o cuándo se transforma el ambulatorio que usted comenzó dirigiendo en Hospital Día.

Eso ya es después. **Porque fíjese en el 93 usted presenta este proyecto. Yo encontré que el proyecto Codespa aparece en el 94, pero efectivamente se firma es en el 96, entonces que pasa en ese periodo 94-95.** Ahí yo paso de ser directora de Parque Miranda a ser Asesora Médica de la Fundación en general. **Y el Hospital Día cuando arranca realmente.** Primero nosotros estabamos esperando para que nos digan que si o que no con el financiamiento **Con la Alcaldía?** No, con la alcaldía pasa lo que pasa con todos estos

proyectos. eso lo agarro la directora de salud y entonces era ella quien iba hacer el proyecto, se fusilo el proyecto y la verdad es que nunca lo puso en práctica, entonces no resulto nada, entonces, bueno, mira, dijimos no sirve por ahí, vamos hacerla nosotros y fue cuando se busco el financiamiento externo, nosotros hicimos esto, pero teníamos la idea yo seguí con la idea de hacer un proyecto... (jokey, Petare iba a venir en algún momento cuando llegaran los dólares!) **(se refiere al inicio del Proyecto Petare, financiado por Codespa).**

Este proyecto, tu ves, es un proyecto que tiene música, cine foro, teatro recreativo y cultural, la nivelación académica todas esas cosas, incluía personas que a lo mejor pudieran tener problemas de farmacodependencia y hubieran podido estar en la parte digamos de rehabilitación y tratamiento pero esto podía también ser aprovechado por algunas personas de la comunidad, o sea la idea no era decir nada más el que consume drogas, nosotros pensábamos que el problema era un problema social, [porque] yo creo que un médico no es muy buen médico sino tiene una amplia conciencia social, sobre todo en este tipo de proyecto, ósea ese cuento de que yo nada mas a lo mío, o te hago psicoterapia porque eso es lo único que yo hago, es decir. se tienes que trabaja en equipo, y todo el mundo tiene su lugar y definitivamente todos los males son sociales y son individuales y son todos, pero se inician, se reflejan y hacen sus consecuencias en la sociedad, entonces, ese cuento del modelo médico, y que hablan mal del modelo médico, realmente yo nunca lo entendí porque a mi me parece que un médico tiene que tener muy consciente que lo social es importantísimo.

Entonces este proyecto se amplía y es cuando ustedes se lo presentan a Codespa en el 94.

Nosotros se lo presentamos a Codespa en el 94 pero al mismo tiempo hacemos otro proyecto. Parque Miranda, un poco este equipo ya cambia, cada quien se va un poco y queda la persona con mayor curriculum aunque no era una persona de tanta experiencia, era Beatriz Castresana.

Beatriz había trabajado en Francia en algún que otro tratamiento en drogas, pero tenía un doctorado en la Sorbona en la parte social, nosotros preferíamos, lo que yo le pedí a la doctora del Olmo, era que la persona que se quedara era la que tuviera conocimiento de lo se estaba haciendo en Parque Miranda, porque Parque Miranda iba en un proceso Rosa del Olmo ve eso y dice, que maravilla eso tiene que

seguir en un proceso. –bueno, buenísimo que siga el proceso, ya yo tengo tres años de directora aquí, ya yo me quiero ir. -cómo!!!-.

Una de las razones por las cuales yo me quiero ir, era que el personal estaba malísimamente mal pagado, nosotros haciendo cosas que yo creo muy importantes, muchas de ellas pasaron por debajo de la mesa, porque no las escribimos, pero con una rotación de personal altísimo, porque el sueldo no daba, era muy malo, comenzaron haber una serie de conflictos laborales en donde uno como director tenía que estar sosteniendo una posición insostenible, entonces yo dije, no mira llego el momento, parte de lo que funciona aquí es que era un equipo bien cohesionado donde yo era la cabeza, yo coordinaba y donde lo importante era la comunicación desde el punto de vista emocional y la honestidad que había, cuando eso ya no podía ser yo no iba a discutir en otros términos y ya yo había ido formando mi consulta aquí, yo siempre he sido básicamente una terapeuta, más que gerente, yo lo que hago lo hago porque me enamoro de eso y lo hago, y circunstancialmente la experiencia de la dirección me pareció importante como aprendizaje, como experiencia para dejar algo al mismo tiempo, pero básicamente yo soy terapeuta y yo trabajo en equipo, yo sola nada y nosotros sabíamos que Parque Miranda iba a crecer y que eventualmente hasta nos íbamos a tener que mudar, no sabíamos si nos íbamos a montar en el proyecto de la Comunidad Económica Europea o Parque Miranda iba a tener lo suyo.

Cuando yo estoy saliendo ya nosotros teníamos pensado montar el Hospital Día en Parque Miranda de una forma provisional, pero en ese momento yo estoy saliendo y Rosa del Olmo me dice: -no cómo te vamos a perder, no, no- y me ofrece la asesoría [médica de la Fundación] donde yo estoy más de ladito, no estoy dirigiendo personal, no estoy gerenciando.

Entonces Beatriz, es la persona que toma Parque Miranda, ya en ese momento las últimas jornadas que nosotros hacemos es con la idea de montar el Hospital Día en Parque Miranda. Empezamos a movernos en ese sentido y Beatriz con esos lineamientos comienza el Hospital Día, reúne su personal, y entonces allí se inicia el proyecto de Hospital Día que es un proyecto provisional porque se sabía que en algún momento iba a venir el financiamiento, pero como esas cosas tardan y son una cantidad de papeleo...

Este es un proyecto de mucho sentido común, esto es un proyecto echo por quien esta trabajando en el campo, fogueado, ahí metido, entonces Beatriz empieza el Hospital Día porque era la necesidad, la necesidad nos estaba moviendo, la necesidad y la reflexión, siempre

fue una reflexión, porque nosotros nos reuníamos periódicamente y de echo el último día que yo me fui hicimos jornadas y cuando ella entro hizo jornadas, yo instaure una cosa que se llamaba mini jornadas de reflexión, donde nosotros nos metíamos por tres días, y perdón que aquí no van a ver pacientes, ya veremos cómo los vemos, donde los vemos, qué hacemos, pero cada vez cada cierto tiempo, unos 6 meses, un cierto tiempo hacíamos la reflexión de lo que habíamos echo y volvíamos replantearnos las cosas y veíamos como estaban funcionando y que necesidades habían aparecido y cambiábamos.

Eso fue lo que hizo crecer Parque Miranda hasta poder convertirse con muy pocos recursos [en] un proyecto de Hospital Día.

Beatriz Castresana, yo te voy a decir realmente, es una persona con una movilidad y una capacidad de conseguir recursos, bárbaro, ella se movió muchísimo, ella consiguió hacer una serie de cosas en ese lugar a punta de hablar, moverse, pedir.

Yo no se que paso después con Beatriz Castresana, pero cuando yo me voy después de la Fundación, ella esta montada en su proyecto y ella es la que se va a montar en el proyecto de Hospital Día de Petare porque en la última reunión, que me acuerdo que fue en Diciembre, que fue la última reunión de toda la plana directiva de Sede Central, a la que yo asistí, a mi me sorprendió porque ya iba a entrar prácticamente en Enero, ya venía la plata, ya había que arrancar con el proyecto de Petare, y Rosa del Olmo no me dijo a mi absolutamente nada, sino había hablado ya con Beatriz Castresana, y el coordinador de tratamiento que en ese momento era Raúl Camacho, tampoco me dijo nada, él se monto ahí en la cosa, bueno...

Ese fue un proyecto que bueno, Pedro Delgado al cual yo le fui a pedir asesoría para hacer esto, una bobería, antes de cualquier cosa me dijo que cuanto hay pa' eso, entonces nosotros hablamos varias veces con María Cristina Requíz como Presidenta, ella visito con nosotras la alcaldía varias veces, pero realmente esto fue una cosa que surgió un poco realmente de nosotros, revisando los otros proyectos, esos proyectos además del exterior que nosotros nos habíamos traído, pero te voy a decir una cosa después él monto, Pedro Delgado, él monto [en] privado un proyecto de Hospital Día con bombos y platillos como si fuera de él, ósea...

Ese proyecto causo, a mi todavía me sorprende, pero eso causo una especie de Hospital Día, como digo yo, aguda donde todo el mundo se titulo el padre del muchacho, a mi me decían: -bueno Diana cómo es posible que tu no te pongas brava por esto no se que- y yo decía: -

bueno yo primero no invente la modalidad de Hospital Día, la modalidad de Hospital Día existe y segundo siempre he sabido que mi paso por la Fundación es por un tiempo y la verdad es que...

Pero a mi lo que me impresiona, es que ni Camacho, ni Beatriz Castresana que se formó conmigo, ni Beatriz, (ahí fue el momento cuando yo dije este es mi punto final con la Fundación) no me dijeron que iban a arrancar el proyecto, ahora la situación es que después Beatriz Castresana también sale y no se queda a cargo del proyecto, se queda a cargo del proyecto es Villasmil, que estaba en la comunidad del Junquito, que era una persona nueva que no había tenido nada que ver con este proyecto, se montó él porque me imaginé que era el psiquiatra que estaba en ese momento, no entiendo que pasó ahí, allá no me preguntes que pasó ahí.

Al final Petare se forma un poco en base pero distinto, o sea lo que yo entendí al final, es que iba hacer un proyecto distinto a lo que fue Parque Miranda, pero realmente el germen de eso es Parque Miranda, son dos proyectos distintos pero Parque Miranda viene a ser el precursor del Hospital Día que ustedes tienen allá, lamentablemente nunca lo vi nacer ni crecer, ni nada pero sé que está por ahí y he oído hablar de él, entonces bueno esa es un poco la historia, surge por todos esos procesos.

ANEXO N° 4

FECHA: 24 Agosto de 1999

LUGAR: Consultorio Dr. Villasmil. Anexo de Clínicas Caracas, San Bernardino. Caracas.

INFORMANTE: Dr. Juvenal Villasmil. Médico Psiquiatra. Actual Director del Hospital Día.

ENTREVISTADORA: Isaloren Quintero.

TIPO DE ENTREVISTA: Entrevista Semi-estructurada.

OBSERVACIONES: Lo que se presenta a continuación es la transcripción de la entrevista original editada por la entrevistadora.

OBJETIVO: Obtener información acerca del inicio del Hospital Día de Casa Petare de la Fundación José Félix Ribas como programa de tratamiento para las personas consumidoras de drogas.

Cuéntame como fue tu llegada al Hospital Día.Cuál era la concepción del Hospital Día en ese momento.

En primer término vamos a ubicar el contexto, estamos en la Fundación José Félix Ribas, que históricamente los únicos programas que se consideraban programas de tratamiento para las personas consumidoras de drogas, que eran consideradas personas farmacodependientes, que después fueron consideradas personas que usaban indebidamente las drogas, y que después con la llegada de Rosa del Olmo se cambia toda esa terminología despectiva y comienzan a llamárseles, por la influencia española que tiene Rosa del Olmo, drogodependientes, es la comunidad terapéutica.

La columna vertebral de la Fundación José Félix Ribas: los centros de tratamiento, porque de hecho son los que le dan origen a través de la comunidad terapéutica del Junquito.

La comunidad terapéutica se convierte en el único programa de tratamiento, los programas de ambulatorio eran considerados como triaje y centros de referencias para las comunidades terapéuticas quienes tenían la potestad de tratar a los pacientes.

La llegada de Beatriz Castresana de formación humanista conjuntamente con Diana Rízquez que era asesora médico psiquiátrico de la Fundación para ese momento, hacen que se planteen nuevas estrategias de tratamiento y surge la idea del Hospital Día.

Beatriz Castresana, una persona de concepción humanista, sin ninguna influencia de comunidades terapéuticas, formada en Francia, es pionera conjuntamente con Diana Ríquez de un programa que ofrecía toda una serie de actividades, si se quiere libre, donde no existía encuadre, como lo existía si se quiere en la comunidad terapéutica, donde los pacientes asistían con voluntariedad, donde lo que importaba realmente era que el paciente asistiera y quisiera asistir para ser atendido.

Las actividades estaban allí para que ellos asistieran, eran diversas actividades educativas, recreativas, culturales. Era un programa que siento yo se sustentaba sobre la base de la educación, la recreación, el vínculo con el paciente y donde es importante señalarlo la psicoterapia individual también jugaba un papel bien importante, unido a la psicoterapia de grupo.

Por razones del mismo movimiento de personal que se da dentro de la Fundación, después de la firma del proyecto Codespa, que se da en el año 95, que es el Proyecto Petare, un proyecto donde participan una serie de ONG's que incluye al Hospital Día, en la parte de prevención terciaria, en la parte de rehabilitación, destinado única y exclusivamente a la parroquia Petare, la Fundación nombra director a Juvenal Villasmil, que es un psiquiatra que viene formado de la parte comunitaria, en la comunidad terapéutica del Junquito y lo nombran director el 10 de Mayo de 1996, momento a partir del cual comienza a generarse una serie de cambios a nivel del Hospital de Día y dentro de ese cambio estaba pues lo que se llama el encuadre y donde se da prácticamente un Hospital Día con filosofía comunitaria

Desafortunadamente no había programa de tratamiento realmente establecido con una filosofía que lo sustentara, no quiere decir que no había un papel de trabajo del programa de tratamiento, porque si lo había, lo que si no había era un plan motivacional, que sustenta pues los programas de tipo comunitario.

En medio de esta situación se plantea la necesidad de ejecutar un programa de Hospital de Día en medio de este proyecto Petare y se da pues el inicio del Hospital de Día en el Parque Miranda con financiamiento de la Fundación porque el financiamiento que debía aportar Codespa no llegó y al no llegar la fundación se compromete con Codespa para que esta luego aporte el dinero.

Inicialmente se determina el proyecto, en cuanto a actividades, horarios, recurso humano, recursos materiales, población a atender, cuál va hacer la demanda, la oferta, incluso yo recuerdo que iba a

existir un programa ambulatorio, el programa de Hospital de Día, un triaje o consulta externa. La atención iba a estar para Hospital Día alrededor de 60 pacientes y de 300 personas aproximadamente para el ambulatorio porque se iba a contar con los recursos humanos, los recursos materiales y financieros para llevar un proyecto de esa magnitud, donde el recurso humano estaría por el orden de las 30 personas.

El proyecto arranca efectivamente y se plantea sentar las bases de un programa de tratamiento, en primer término hacer el programa, hacer el plan motivacional y todas las personas que iban a participar debían presentar un proyecto para tener claro cuál iba hacer la filosofía en cuanto a la psicoterapia de familia, en la parte de terapia ocupacional igualmente, en la parte de psicoterapia del adolescente igualmente, porque desde allí ya se comenzaban a perfilar que los programas de tratamiento no podía ser igual para todo el mundo, y entonces se planteaban que debía ser una atención específica. Desde allí comienzan a vislumbrarse la especificidad de los programas dentro del Hospital Día.

Transcurre el tiempo y efectivamente se consolida, se realiza un plan de tratamiento.

Háblame de cómo influye la formación del recurso humano en los cambios que se introducen en el Hospital Día.

Tradicionalmente la Fundación José Félix Ribas tenía como terapeutas a personas con formación a nivel de comunidades terapéuticas y en segundo lugar la corriente, la escuela psicoanalítica o psicodinámica era lo que predominaba.

Con el proyecto Petare, primero convergen un sin número de profesionales que antes no tenían participación, por ejemplo el caso de los terapeutas ocupacionales que se estaban incorporando al proyecto, el caso de la trabajadora social, que se incorpora con exigencias de tener una posición distinta a hacer informes socioeconómicos, que hasta ahora era el papel que jugaban las trabajadoras sociales dentro de la Fundación y no un papel [de] un profesional que puede también ayudar al paciente adicto y a la familia del adicto, es decir, adquirió desde el principio un rol más complejo la trabajadora social a como estaba concebido inicialmente.

Por otro lado, bueno teníamos psicólogos, psiquiatras de adolescentes, formados en la corriente cognitivo/conductual, o de la corriente biológica, también personas que no tenían formación en el

área, pero esto permitió que estas personas pudieran visualizar otros aspectos que a lo mejor nosotros, contaminados por el tiempo y por la misma cotidianidad de lo que ha sido la Fundación José Félix Ribas no veíamos, entonces todos esos elementos convergieron y dieron nuevas luces, nuevas formas de abordar.

Incluso allí, la concepción de la drogadicción como enfermedad única en el adicto (y cuando aparecía otra enfermedad eran los trastornos de personalidad sociopática), fueron quedando atrás y se incorporaron nuevos conocimientos con estas personas que eran recién egresadas de postgrados universitarios acreditados, lo que permitió que nosotros comenzáramos a ver otros elementos del paciente como es la comorbilidad con la depresión, con la ansiedad, con trastornos incluso esquizofrénicos.

Esto planteó entonces una concepción de evaluación del paciente, no solo desde el punto de vista psicológico, sino que se comenzó con la despsicologización y despsiquiatrización del paciente a través de una evaluación del paciente desde distintos puntos de vista, nos planteamos por ejemplo la evaluación de la salud física, la evaluación de la salud mental para ver la comorbilidad psiquiátrica, el estudio psicológico, el estudio social.

En medio de esta situación, se combinan estos elementos y además también (se da quizás mas adelante) los estudios de lo que es la gerencia, en términos de lo que es la administración sanitaria, permitió adecuar el programa de tratamiento a lo que son los principios mínimos de la atención, que era la atención inmediata, la cobertura, la disponibilidad de los servicios en fin todo eso que es Cadac que tú lo conoces perfectamente.

Fue una imbricación de muchas cosas, podríamos resumirlo en la participación de la trabajadora social, de los terapeutas ocupacionales, aunque no quedaron después, los mismos muchachos exadictos, la participación de las diferentes escuelas de la psiquiatría y de la psicología, en fin toda una serie de corrientes y escuelas que convergieron y permitieron pienso yo, una comprensión más holística, más ecléctica con respecto al adicto.

Bueno transcurre el tiempo en el año 1996, los problemas se agudizan desde el punto de vista financiero, el programa es echado adelante por la fundación, y en Enero de 1997 termina lamentablemente los contratos de muchas de estas personas que participaron y dieron pie a la consolidación del Hospital Día, y se abre una nueva etapa, donde se reduce el programa, sencillamente funcionamos con un Hospital de

Día sin ambulatorio, quedaron solo cuatro terapeutas, una trabajadora social, dos monitores, una secretaria y un director, eso fue lo que quedo.

En medio de toda esta situación, comenzó a escribirse y de alguna manera a teorizar y hacer planteamientos en base a la experiencia, se presenta la oportunidad en el año 1997 de viajar a Argentina y conocer nuevas experiencias. Tuvimos la oportunidad de escribir la primera ponencia sobre la problemática del alcoholismo en Venezuela, y quizás esto pueda sonar extraño pero nos interesamos en esta ponencia porque vimos desde un principio el asunto de las drogas y eso debe quedar claro, que en el asunto de las drogas nunca hicimos diferenciación entre drogas lícitas e ilícitas, sino que era la adicción una sola independientemente de la legalidad e ilegalidad de la sustancia, eso es bien importante porque hasta ahora en la Fundación se hablaba de drogas ilegales y legales y nosotros no pensábamos de esa forma.

Se da esta experiencia de llevar esta ponencia, en Argentina se recogen nuevas experiencias, se visitan los Hospitales Día del CENARESO, gente que tienen 20 años de experiencia en Hospitales Día en adicción y bueno esa experiencia permitió definir de una forma mas clara algunas ideas, que nosotros veníamos teniendo de lo que debía ser una filosofía del Hospital Día y que finalmente mas adelante la definimos como una filosofía humana, en relación a lo que es la atención al paciente.

Esa influencia de las escuelas Argentinas, de la forma de ver las cosas desde el punto de vista humano nos permitió a nosotros perfilar de alguna manera la filosofía y es precisamente en el año 98 cuando se va a Cartagena a la Conferencia de la Federación Mundial de las Comunidades Terapéuticas, donde llevamos nuestra experiencia del Hospital Día, en ese trabajo se resume lo que es la filosofía del Hospital Día, que más que comunitaria es una filosofía eminentemente humana.

Esta situación trae como consecuencia que comenzáramos a introducir dentro de la misma Fundación José Félix Ribas elementos del proceso salud enfermedad, de que había que tener una nueva concepción con respecto al adicto, porque habían toda una serie de prejuicios con respecto al adicto por parte de los mismos terapeutas, donde había una contradicción y una incoherencia entre lo que se decía sobre la atención al paciente y como los programas de tratamiento se convertían en obstaculizadores per se para la atención del paciente, es decir, que los programas de tratamiento, las

comunidades terapéuticas, los mismos centros ambulatorios y los sistemas de funcionamiento a nivel administrativo estaban hechos para que los pacientes no egresaran.

La experiencia nuestra nos decía que el paciente adicto era como el diabético como el hipertenso, esto conllevó a que nosotros comenzáramos a introducir a través de la dirección del centro, en las diferentes reuniones de directores posiciones con respecto a lo que debía ser la concepción nueva del adicto en medio de las diferentes drogas, que sabemos el Crack es más adictivo, que tenemos drogas como las metaanfetaminas, es decir, comienzan a darse una serie de cambios que nosotros percibíamos y que la Fundación no las percibía y nosotros la percibíamos y en base a eso fuimos construyendo nuestra filosofía y nuestra forma de atender al paciente adicto, eso trajo como consecuencia que la influencia del Hospital Día con nuestra experiencia conllevaran a romper una serie de paradigmas que manejara la Fundación.

Cambios en lo que fue la atención inmediata, por ejemplo, que lamentablemente muchas veces no se cumple por problemas de oferta, que no tenemos, pero no porque no tengamos claro que hay que atender al paciente inmediatamente.

Igualmente se eliminaron incluso dentro del Plan Nacional de Tratamiento de la fundación la concepción de las normas cardinales, en donde el paciente era expulsado por la ruptura de estas y donde se habla ahora de referencia y transferencia de pacientes, cosa que no existía antes y se da un movimiento en la Fundación que conllevó efectivamente a que se diera un tratamiento que consistiera más en el objetivo central del Hospital Día, que fue mantener al paciente el mayor tiempo posible.

Se eliminaron las expulsiones, las suspensiones absolutas, temporales, y se introduce el concepto de Red de Atención, que nosotros planteamos para poder garantizar la atención del paciente dentro de un sistema, en este caso la fundación como un sistema con sus centros de tratamiento a nivel nacional.

La misma experiencia y el mismo sistema burocrático y obstaculizador de la atención inmediata para este tipo de pacientes, de una forma forzada, pero que al fin y al cabo nos sirvió a nosotros para consolidar la atención inmediata con la apertura del ambulatorio en el año 1997, donde ya nosotros veíamos nuestros pacientes directamente y ser derivados al Hospital Día desde el servicio de triaje, programa que se mantiene hoy día bajo la filosofía de psicoterapia de grupo, sin

psicoterapia individual por problemas de recurso humano, no porque no creamos que la psicoterapia individual no sea efectivamente importante.

Me interesa que conversemos en relación a cuáles son los elementos que acercan al Hospital Día como programa de tratamiento a la comunidad terapéutica y cuáles son los elementos que lo alejan, es decir, qué vincula al Hospital Día a la comunidad y qué lo va desvinculando para perfilarse como un programa con una filosofía propia.

Bueno, en primer término acuérdate que el Hospital Día es un programa semi-abierto, la comunidad terapéutica es un programa cerrado, ya eso per se distancia al Hospital Día de la comunidad terapéutica, cosa central en el Hospital Día es que los pacientes mantienen un vínculo con la familia, con su medio socio-familiar, en la comunidad terapéutica no, la comunidad terapéutica se maneja con la concepción de la abstinencia absoluta, el Hospital Día se perfila con una filosofía de la reducción del daño con respecto al tratamiento, aun cuando la reducción del daño la planteamos como manejo interno del equipo terapéutico y eso que quede bien claro, la reducción del daño es de manejo del equipo terapéutico, no es una concepción ventanas abiertas hacia la población que nos consulta, otro elemento que nos aleja de la Filosofía comunitaria es la posibilidad de nosotros ver la mejoría del paciente a través de la familia cosa que no es posible en la comunidad terapéutica, porque en la comunidad terapéutica los pacientes están allí encerrados, están en unas condiciones ideales que no son la realidad con la que se encuentra el paciente.

Qué nos acerca a la comunidad, bueno, nos acercan los planteamientos de Maxwel Jones: la libertad, la democracia, la igualdad, nos acerca un discurso que debe ser coherente, nos acerca el trabajo en grupo, nos acerca el trabajo comunitario, esa concepción del trabajo comunitario como el devolver o reparar servicios en la comunidad, como una manera de pagarle a la comunidad el daño hecho por mi en el consumo de drogas, en eso hay convergencia hay coincidencia más bien y de echo eso esta, en el intersticio del Hospital Día se respiran aires comunitarios.

Me gustaría que profundices un poco mas acerca de la concepción que se tiene del rol del trabajador social en la dinámica de Hospital Día.

Si, yo creo que es importante destacar la concepción o mejor dicho la despsicologización del paciente adicto y como el trabajador social

puede Jugar un papel protagónico e importante en la despsicologización del paciente adicto, es decir, el trabajador social debe trascender, debe ir más allá del simple hecho de hacer un estudio socioeconómico, que es a lo que hasta ahora se venían limitando las trabajadoras sociales en los centros.

Es con la inclusión de la socioterapia y la concepción más holística del paciente con problemas de consumo de drogas, que el trabajador social comienza a ocupar un rol bien importante, porque no solo es la psicoterapia, sino que esta la socioterapia, y esto rompe con la concepción de la terapia solo a través de la psicología, sino que se comienza a dar una terapia desde el punto de vista social, que es incorporado a través del trabajador social, en términos de que este se involucra con el proyecto de vida del paciente, porque se parte de una desorganización no solo de la personalidad sino que también involucra elementos sociales, que tienen que ver con la familia, que tienen que ver con el empleo, que tienen que ver con la educación y que se convierte en terapéutico el hecho de que el individuo organice su vida y en esto el trabajador social juega un papel bien importante.

Ahora, si se siguen comportando como hasta ahora, yo no sé si la escuela de trabajo social persigue eso, pero lo que yo encontré es que los trabajadores sociales no están preparados para ejercer funciones por lo menos en los centros de tratamiento, más allá de lo que es un estudio socioeconómico, cosa que cambia también en el Hospital Día y que se le exige al trabajador social, que juegue un papel distinto al que venía ocupando hasta ahora, que no es un papel financiero, administrativo, de recaudación de fondos, cuando esa no es realmente la función del trabajador social.

Como parte de la construcción de la filosofía de Hospital Día, tu señalabas algunos elementos que tienen que ver con la administración sanitaria, me gustaría que profundizaras en ellos.

No deja de ser interesante mencionar en el Hospital Día, no sé cuál sería el término más indicado, no sé si hablar de imbricación, la imbricación que se va dando entre los conceptos de administración sanitaria aplicados a los centros de tratamiento en drogas.

Fíjate, ha ocurrido un asunto, la poca claridad que ha habido con respecto al drogadicto, que yo siento que esto tiene que ver con que de alguna manera se arrastran algunas etiquetas hacia las personas consumidoras de drogas, concebidas muchas veces como delincuentes, aun cuando ha aparecido, creo que en el DSMIII, la concepción del adicto como enfermo, no ha sido fácil entender que es

un enfermo mental, y de hecho ha habido un divorcio entre los centros de atención a las personas consumidoras de drogas, que también son enfermos mentales según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, y los otros centros de salud mental.

Te planteo esto porque fíjate, el drogadicto aún cuando aparece dentro de la clasificación de las enfermedades, los centros de tratamiento no llevan ni siquiera los registros que establece el Ministerio de Sanidad para otros centros de salud, es decir, se establecen diferencias marcadas, donde incluso las historias clínicas son distintas, las historias del enfermo psiquiátrico con problemas de drogas es distinta a las historias de los enfermos psiquiátricos de los hospitales, los registros son distintos, a quien se le rinde cuenta desde el punto de vista administrativo es distinto, es a Conacuid y no a Sanidad, eso te va diciendo de alguna manera que existen diferencias, divorcios, entre los centros de salud para adictos y los centros de salud para otro tipo de pacientes, por supuesto este vacío que existe en Venezuela es ocupado por las comunidades terapéuticas, al ser ocupados por las comunidades terapéuticas encontramos un divorcio entre lo que es la forma de atender al paciente y como se lleva la parte administrativa, que quiere decir eso, que en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, hoy Ministerio de Salud y Desarrollo Social, usted encuentra que los centros de salud a nivel nacional están íntimamente relacionados con el enfoque sanitario y donde hay una convergencia entre el enfoque de salud que se maneja y la administración sanitaria, porque el asunto de la atención al paciente esta relacionado con la administración sanitaria y eso redundo en una mayor oferta de servicio, para la persona que solicita ayuda que es el paciente, cosa que uno no encuentra en los centros de salud para personas consumidoras de drogas.

Que encontramos nosotros, encontramos que una cosa es la concepción que se tiene sobre el paciente, sobre la atención del paciente, sobre la comprensión del enfermo, donde incluso lo que caracteriza al paciente, al enfermo consumidor de drogas es cuestionado desde los centros de tratamiento, a ver si me explico mejor, las personas que consumen drogas son impulsivos, son agresivos, son desorganizados, tienen problemas de familia, son personas irresponsables, no llegan a la hora, es decir, tienen un trastorno de personalidad desorganizado, como lo definía alguien de experiencia en la Fundación, esas conductas, esas características del adicto, los programas de tratamiento contemplan administrativamente la sanción de las características de la enfermedad, o sea es igual que a un diabético que esta en el hospital y se le suba la azúcar usted le diga que se vaya del hospital porque se le subió la azúcar!, entonces

administrativamente habían una serie de normas, que se definían algunas como normas cardinales, que servían para castigar la característica de la enfermedad, cosa que es totalmente contradictoria

Había una contradicción entre lo administrativo y las características de la enfermedad, y eso se traducía en que el paciente no era atendido, y además violaba, es violatorio de normas internacionales de atención en salud que establece la Organización Mundial de la Salud, y que son aplicable en los hospitales, por lo menos medianamente, pero en los centros de tratamiento para adictos no hay apelación! es una santa inquisición! prácticamente, disfrazada, donde los principios incluso, libertad, democracia, igualdad, que planteo Maxwell Jones a través de la comunidad terapéutica son totalmente violados, una broma con aberraciones diría yo.

Esa situación nos llamo a nosotros a reflexión, a preguntarnos dónde esta el tratamiento humano al adicto. Parecía que había una serie de elementos que venían incluso del mismo terapeuta, desde el mismo psicólogo, desde el mismo psiquiatra, y que invitaban a replantear los asuntos administrativos en concordancia con la enfermedad.

En la medida en que se fue comprendiendo que esos son los síntomas de la enfermedad, entonces tuvimos que ir acoplando lo administrativo con eso, y es allí donde comienza a surgir el planteamiento de una atención humana, donde la atención inmediata se hace atendiendo el llamado momento de oro del paciente, que es cuando se decide a solicitar la ayuda, y eso no puede esperar, donde comenzamos nosotros a entender que el asunto no era plantearse la abstinencia absoluta solamente como un como indicador de mejoría en el paciente, sino que habían una serie de indicadores, que tu bien conoces, que tienen que ver con el área familiar, legal, la salud.

Esto hace .que se incluya dentro de la filosofía de Hospital Día los principios universales de atención en salud, como son la accesibilidad en los servicios, cobertura, disponibilidad, atención inmediata y la calidad, que esto de la calidad tiene que ver con todo aquello que yo te dije de la evaluación del paciente exhaustivamente, porque esto no sé hacia, del tratamiento farmacológico, porque había gente con depresión, con ansiedad, donde el uso de los fármacos se convirtió en una estrategia de ayuda al paciente, porque estamos frente a nuevas drogas y también, nos adecuamos a ese paciente que no solo arrastra problemas de tal o cual tipo, sino que ahora el tipo de droga que consume, en este caso Crack, que es el problema nuestro más importante, ameritaba que el paciente recibiera fármacos, cosa que

fue negada durante mucho tiempo en las comunidades terapéuticas, donde se tenía una mala concepción, no una mala concepción, yo no voy a juzgar si era mala o no, pero si con una concepción que no se adecuaba por los tiempos quizás.

Así fue que fuimos entendiendo también que el paciente necesitaba una desintoxicación que le ayuda a mantenerse mayor tiempo en el tratamiento, y que muchas conductas que venían siendo juzgadas desde el punto de vista administrativo por los equipos terapéuticos, desde el llamado plan motivacional, que al fin y al cabo no era un plan motivacional, sino un plan amotivacional y un plan desmotivacional!, porque no puede ser que el plan motivacional este centrado en el castigo, como se ha venido haciendo y que los planes motivacionales, de hecho los puntajes negativos eran muchísimo mayor, en donde para recuperarse después de un puntaje negativo era prácticamente imposible, ósea era una cuestión realmente inquisitoria, autocrática, donde el error tiene más valor, que digamos lo bueno, lo bueno no tiene valor, como una repetición de lo que estos muchachos están viendo en la cultura en la cual se desenvuelven.

En términos resumidos podemos ver como la imbricación se da entre la concepción, la comprensión, la filosofía que se va teniendo del paciente adicto, (en la medida que vamos viendo esas incongruencias) y vamos introduciendo sencillamente... no inventando la coca cola! sino sencillamente los principios elementales, generales y universales que debe tener cualquier centro de salud, en términos de lo que es lo sanitario, en términos de lo que es la atención y eso lo adecuamos en concordancia con la filosofía, entonces eso qué es, una ruptura de paradigma o sencillamente modernizar el paradigma.

ANEXO N° 5

CUESTIONARIO REALIZADO AL EQUIPO TERAPÉUTICO VÍNCULADO AL HOSPITAL DÍA.

Como parte de la Investigación de tesis titulada “Sistematización de la experiencia del Hospital Día Casa Petare/FJFR, en la recuperación de la persona consumidora de drogas”, se realizó un cuestionario de preguntas abiertas al personal que labora en el Hospital Día y a otros miembros de la Fundación anteriormente vinculados a la modalidad. A continuación las respuestas de dicho cuestionario.

RESPUESTAS DE LOS TERAPEUTAS AL CUESTIONARIO VINCULADO AL HOSPITAL DIA

PREGUNTA N° 1

Según su experiencia, qué es lo que distingue o caracteriza el programa de Hospital Día de otras modalidades de atención a personas consumidoras de drogas.

Respuestas:

- Permite el contacto directo con el medio familiar y social al mismo tiempo que se desarrolla el proceso de tratamiento del paciente, de esta forma la persona es contenida durante las horas del día adquiriendo herramientas terapéuticas que le permitirán desenvolverse con las dificultades diarias que surgen en el medio donde habita. (Lic. Marialexandra Morales, Psicólogo Clínico, Terapeuta Hospital Día. 3 meses)
- La modalidad de Hospital Día se caracteriza por no aislar en su totalidad al paciente de su entorno social, manteniéndolo en una estructura normativa y con un abordaje terapéutico siguiendo la filosofía comunitaria, es un sistema semicerrado en donde gran parte del día permanece el paciente realizando actividades en pro del aprendizaje de conductas que lo ayudan al logro y mantenimiento de la abstinencia a la par que es realizado un abordaje psicoterapéutico

tomando en cuenta su individualidad. (Lic. Mary Jazmín Mancilla, Psicólogo Orientador, Terapeuta Hospital Día, un año y medio)

- Para el paciente, estar en tratamiento de rehabilitación sin la necesidad de sacarlo de su ambiente y rutina familiar. (Lic. Santiago Porras, Psicólogo Social, Terapeuta Hospital Día, seis años)
- El hecho de que el paciente asista al Hospital Día en horas de la mañana y regrese al hogar en la tarde, permite por una parte que el paciente reciba la contención y la asistencia intensiva y pueda continuar tomando contacto con su medio sociofamiliar, lo que posibilita el trabajo en el “aquí y ahora” con el paciente y su entorno, lo que a la vez facilita que el paciente pueda trabajar las dificultades familiares en la medida que éstas van emergiendo. (Lic. Angelina Hernández, Psicólogo Clínico, Terapeuta Hospital Día, un año).
- Es importante resaltar que el programa de Hospital Día representa una modalidad de tratamiento innovadora que permite al consumidor permanecer en un plan terapéutico que no lo separa de su entorno familiar, social, laboral y/o académico. Además es una opción que permite enlazar un conocimiento de sí mismo a través de la psicoterapia y el conocimiento de la problemática grupal lo que hace que el consumidor asuma una serie de normas en el manejo operativo que después pone en práctica en el afuera. Lo que caracteriza el programa fundamentalmente es que representa una semi-internación al mismo tiempo del contacto externo las noches y fines de semana. (Dr. Wilfredo Pérez, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ambulatorio. Ex Terapeuta de Hospital Día durante 8 meses)
- Existen varios elementos que diferencian o caracterizan la modalidad de Hospital Día, entre otros encontramos, el contacto permanente del individuo con su medio ambiente, así como con terceros (que pueden ser desde amigos conocidos y familiares). Esta característica plantea condiciones particulares del tratamiento, ya que bajo un encuadre de contención plantea al paciente la posibilidad de enfrentar demandas externas que frecuentemente lo han rebasado y situaciones sociales que le han sido de difícil comprensión y manejo. Así mismo, involucra directamente a dichos familiares o personas significativas en el proceso terapéutico de manera continua y dinámica. Esto permite desde el inicio del tratamiento un monitoreo constante de la evolución del paciente y de las otras personas significativa mente allegadas. Así como del manejo del entorno y de los diferentes elementos de riesgo, tanto, por parte del individuo como por los que le rodean. Por otra parte la dinámica planteada en relación al encuadre propuesto dentro del Hospital Día, caracteriza la vinculación

del paciente con los demás y con la institución de manera diferente al derivado por la comunidad terapéutica (mas familiar) y al del ambulatorio (menos integrado). Así la relación se establece con un proceso transferencial suficiente para realizar una actividad terapéutica con un menor grado de dependencia que en otras modalidades cerradas y con mayor vinculación que en un proceso ambulatorio. Por otra parte, esta mayor vinculación con las demandas ambientales, posibilitan un reajuste mas rápido en actividades sociales sin menoscabo del proceso terapéutico, lo que resulta importante en una población con situaciones socioeconómicas difíciles, particularmente en momentos críticos para el país. (Lic. José Javier Pellicer, Director del Ambulatorio de Parque Miranda. Ex Terapeuta de Hospital Día durante año y medio)

Pregunta N° 2

Cúales considera usted son las ventajas y/o alcances del programa de Hospital Día en la recuperación de la persona consumidora de drogas.

Respuestas:

- El trabajo se torna enriquecedor cuando el paciente y los familiares manifiestan sus inquietudes y temores diarios. La evolución de la persona que recibe tratamiento en el centro es posible contrastarla con la información aportada por los miembros del núcleo familiar. Los comportamientos del paciente son reales porque el ambiente es real, las movilizaciones, las drogas, los consumidores, las dificultades familiares, etc., están presentes y es allí donde el trabajo terapéutico adquiere valor. (Maríalexandra)
-
- Por las características del programa hay mejor manejo de la dependencia hacia la institución por parte del paciente, al no descontextualizarlo de su entorno facilita la independencia del programa. Al estar mas en contacto con su entorno social el paciente debe poner en practica en forma diaria el manejo de los factores de riesgo y de protección aprendidos en el Hospital Día. (Mary Jazmín)
- Estando en tratamiento se mantienen aun en presencia de los desencadenantes para su patología o conflictiva emocional y de conducta (Santiago)

- El paciente puede vivenciar sus angustias a través del contacto con sus factores de riesgo, discriminarlos, revisarlos a nivel terapéutico y poder controlarlos. Los padres o el familiar mantiene constante contacto con el Centro, lo que a la vez retroalimenta el proceso mediante la información sobre la evolución del paciente fuera de la institución. (Angelina)
- Fácil ingreso con pocos obstáculos al cupo. Integración del tratamiento con el contacto externo (vivencia familiar, social, laboral, etc.). Evaluación integral del individuo (evaluación medica psiquiátrica, psicológica, social, exámenes paraclínicos). Adaptación a un sistema de normas. Establecimiento de un plan integrado de tratamiento (psicoterapia grupal, individual, familiar, socioterapia) Rehabilitación del individuo y mantenimiento de la en el grupo de seguimiento de egresados. (Wilfredo)
- Además de los señalados anteriormente es importante destacar la disminución del tiempo de tratamiento sin comprometer la eficacia del mismo, con relación a otras modalidades (habría que verificar estadísticamente). (José Javier)

Pregunta N° 3

Cúales considera usted son las limitaciones u obstáculos del programa de Hospital Día en la recuperación de la persona consumidora de drogas.

Respuestas:

- No contar con el espacio físico necesario para los trabajo terapéuticos requeridos. El bajo presupuesto es un limitante en el desarrollo de actividades de capacitación y recreación de los pacientes. (Maríalexandra)
- El riesgo de la recaída es mayor si tomamos en cuenta la exposición constante ante los factores de riesgo. Hay una alta tasa de deserción del programa por se semicerrado. Es más difícil la identificación del paciente con la filosofía del programa. (Mary Jazmín)
- Tal vez diría limitaciones: No se da mas trabajo terapéutico con las familias, subrayando la conflictiva intrafamiliar y de relación con el paciente, mas tiempo de psicoterapia familiar. Todo con el fin de aminorar en el usuario el riesgo de encontrarse en esta modalidad semiabierta, al reforzar la conciencia del problema y necesidad de

tratamiento. A modo de reflexion: necesidad de extender el tiempo de tratamiento. Es lógico que si ya ha habido una intervención es de esperar nuevas conductas, pero no se ha permitido mas tiempo para que se “solidifique” el cambio, asumiendo que el grueso de las personas atendidas -en promedio- tienen mas de la mitad de sus vidas en el consumo. Es de honestidad no dejarse engañar con el cambio ocurrido por seis meses... (Santiago).

- Este tipo de modalidad no resulta apto para personas que tengan escasa contención familiar, por cuanto éstos funcionan como yo auxiliar (control externo) del paciente mientras éste adquiere el control interno que requiere. Por otra parte, no es recomendable para pacientes con consumo compulsivo severamente deteriorados. (Angelina).
- Lograr la contención familiar desde el inicio hasta el final del tratamiento. No existe un plan de tratamiento para adolescentes. Escasez de personal terapéutico. Ambiente físico poco adecuado para el gran numero de pacientes. Poca vinculación con otras instituciones en el manejo de la incorporación al paciente rehabilitado (laboral, académica). Escasa divulgación del plan de tratamiento. (Wilfredo)
- Mucha dependencia de la capacidad de contención del medio social del paciente, lo cual dado a las características dinámicas y estructurales del entorno familiar de la mayoría de los pacientes que asisten, termina por constituir una debilidad del programa ya que un numero importante de pacientes abandonan por falta de contención familiar. Otros elementos a revisar, pero que no son exclusivamente del Hospital Día son: Carencia de planes de desintoxicación. Fragilidad en el programa de reinserción social. Dificultad en los planes de seguimiento. Dificultad para mantener un entorno motivante. (José Javier).

Pregunta N° 4

Cúal es su visión del Rol del Trabajador Social dentro de la dinámica del programa de Hospital Día.

Respuestas:

- Es una función primordial y necesaria en el tratamiento de las personas consumidoras de drogas. El apoyo socioeconómico, el trabajo dentro y fuera del centro para la reinserción social del

paciente, la orientación y educación de diversos aspectos de la vida diaria, el contacto interinstitucional, la capacidad de mejorar el ambiente laboral, la calidez y humanidad del servicio son importantes para estos pacientes, los familiares y el centro. (Maríalexandra).

- Aporta datos del pacientes importantes para la comprensión psicosocial del mismo. Orienta al paciente en su proceso de resocialización y puesta en practica del plan de vida. Es el enlace del programa de Hospital Día con otras instituciones fortaleciendo el tratamiento. (Mary Jazmín).
- Acercamiento a la dinámica y conflictiva familiar con miras de una intervención multidisciplinaria efectiva. (Santiago).
- Es fundamental, el trabajador social es el enlace entre el paciente y la posibilidad de que éste se reincorpore a sus actividades laborales o escolares, que estos pacientes por lo general han perdido, permite ampliar la visión sobre la influencia de los factores socioeconómicos en la patología que presentan estos pacientes que muchas veces el clínico pierde de vista. Resulta un excelente colaborador del terapeuta en las áreas sociales mediante la incorporación a grupos que permiten retomar los valores ético-morales de los que carecen los pacientes, así como la orientación de la familia en los riesgos a los que estos pacientes se someten y el papel que cumple la propia familia en el mantenimiento de la situaciones conflictivas pacientes-familiares. (Angelina).
- Organiza, ejecuta y establece la reinserción del paciente rehabilitado. Realiza estudio sociofamiliar para un mejor conocimiento del paciente. Establece planes de enlace con otras instituciones. Organización de planes deportivos, culturales, sociales del paciente. Realización de actividades terapéuticas (socioterapia) para inducir al paciente a la rehabilitación. Promociona el plan de tratamiento. Representa un papel fundamental en el plan de tratamiento. (Wilfredo). .
- Diseñar programas de reinserción. Diseñar actividades de formación para los pacientes. Determinar las características fundamentales de la dinámica familiar de los pacientes. Realizar intervenciones de ámbito terapéutico tanto grupal como familiar. Diseñar y realizar actividades de investigación. Participar en las actividades clínicas del equipo terapéutico. Coordinar actividades del equipo terapéutico. (José Javier).