

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE SOCIOLOGÍA**



TRABAJO DIRIGIDO

**DIAGNÓSTICO SOCIAL DE PROCESOS DE REHABILITACIÓN PARA
ADICCIONES EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA. PROPUESTA DE
SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO A EX USUARIOS EN EL CENTRO
DE SOLIDARIDAD “VIDA” DE LA PAZ**

POSTULANTE: Valeria Cuellar Bridikhina

TUTOR: M.SC. Víctor Hugo Perales Miranda

LA PAZ – BOLIVIA

2022

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos aquellos que entregan su vida a ayudar a personas con problemas de adicciones, a aquellos que luchan contra sus adicciones y a todos aquellos que se perdieron en la lucha.

AGRADECIMIENTOS

Ante todo, agradezco a mi Dios, a mi madre a mi padre y a mi hijo.

También agradezco a Lloyd Jacobs y al Centro de Solidaridad “Vida”.

Agradecida también a todas las personas que se han cruzado en mi camino, para bien o para mal, he aprendido muchas cosas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. EL PROBLEMA	11
1.1. IDENTIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2. . PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN DEL DIAGNÓSTICO	16
1.3. JUSTIFICACIÓN DE SU ABORDAJE	16
1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.4.1. Delimitación Temporal	19
1.4.2. Delimitación Geográfica	19
1.4.3. Delimitación Poblacional	19
1.4.4. Delimitación del Objeto de Estudio	21
2. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	23
2.1. BALANCE DEL ESTADO DE LA CUESTIÓN	23
2.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DIAGNÓSTICO	38
2.3. MARCO TEÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL	39
2.3.1. Marco Teórico	39
2.3.2. Marco Conceptual	46
3. MARCO METODOLOGICO	59
3.1. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO	59
4. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	64
4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SOCIOECONÓMICAS	65
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES E INSTITUCIONALES INVOLUCRADOS EN EL PROBLEMA	67
5. RESULTADOS DEL ESTUDIO DIAGNÓSTICO	69
5.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS USUARIOS	69
5.2. ANÁLISIS DE VARIABLES Y COMPONENTES DE LOS MODELOS	71
5.2.1. Estado de la salud física de los usuarios	71
5.2.2. Estado psicológico de los usuarios	73
5.2.3. Bienestar y reinserción social	76

5.2.4. Prácticas e Interacción en Convivencia y Relaciones entre Miembros de la Comunidad	82
5.2.5. Estructura de Convivencia	88
5.2.6. Técnicas, duración y enfoque	98
5.3. ANÁLISIS DE VARIABLES Y COMPONENTES DE CONDICIONES INSTITUCIONALES	101
5.3.1. Cantidad y especialidad del personal	101
5.3.2. Financiamiento	103
5.3.3. Sistema de seguimiento	105
5.3.4. Sistema de evaluación	107
5.4. ANÁLISIS DE VARIABLES Y COMPONENTES DE CONDICIONES EXTERNAS - ASPECTOS SOCIALES	108
5.5. ANÁLISIS DE VARIABLES Y COMPONENTES SOBRE ASPECTOS INDIVIDUALES O PERSONALES	110
5.6. ANÁLISIS DE VARIABLES Y COMPONENTES DE LOS EFECTOS DEL PROBLEMA	113
5.7. CONCLUSIONES DEL DIAGNOSTICO	115
5.7.1. Consecuencias	120
6. FORMULACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	123
6.1. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN	123
6.2. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS	124
6.3. ANÁLISIS DE PROBLEMAS	126
6.4. ANÁLISIS DE OBJETIVOS	127
6.5. ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS	130
6.6. ÁREAS O COMPONENTES DE INTERVENCIÓN	131
6.7. DELIMITACIÓN DE LA POBLACIÓN META, LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIDAD DE LAS ACCIONES	131
6.8. MATRIZ DE MARCO LOGICO	132
6.9. ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA	136
6.9.1. Actividades	136
6.9.2. Cronograma	136
7. CONCLUSIONES	143

7.1.1. RESULTADOS USUARIOS	143
7.1.2. RESULTADOS SOBRE LOS EX USUARIOS	147
7.1.3. DESARROLLO DE LA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS PARA EL EQUIPO TÉCNICO LA "REDUCCIÓN DE RIESGOS EN MENORES DE EDAD" Y "EL GRADO DE INVOLUCRAMIENTO ENTRE TERAPEUTA Y USUARIO"	153
BIBLIOGRAFÍA.....	137

ÍNDICE TABLAS

TABLA 4-1 Grado de Instrucción	66
TABLA 5-1 Edad de los usuarios C.B.S. "VIDA"	69
TABLA 5-2 Edad Sant Aquilina (2019)	70
TABLA 5-3 Sexo. Usuarios C.B.S. "VIDA"	70
TABLA 5-4 Mejora física Inicio de tratamiento	71
TABLA 5-5 Calidad de atención en salud	71
TABLA 5-6 Calidad de equipamiento en primeros auxilios	72
TABLA 5-7 Atención médica Gestión 2019	73
TABLA 5-8 Estabilidad psicológica al inicio de tratamiento	74
TABLA 5-9 Incentivo a la reinserción laboral	76
TABLA 5-10 Incentivo a la reinserción familiar	78
TABLA 5-11 Incentivo a la reinserción en los estudios	79
TABLA 5-12 Estructura de Convivencia	89
TABLA 5-13 Sistema de Seguimiento	105
TABLA 5-14 Causas Abandono de Tratamiento	112
TABLA 5-15 Recaídas durante el tratamiento	113
TABLA 5-16 Consumo al Salir del Tratamiento	114
TABLA 5-17 Ingreso a tratamientos	114
TABLA 7-1 Tabla cruzada entre el Motivo de internación y Género	144
TABLA 7-2 Tabla cruzada entre el Motivo de internación y Género	146
TABLA 7-3 Tabla Tratamiento psicológico actual	150

TABLA 7-4 Tabla Tratamiento farmacológico actual	150
TABLA N°1 Identidad étnica usuarios C.B.S. Vida	175
TABLA N°2 Laboratorios Médicos Asociación Papa Juan XXIII	175
TABLA N°3 Cantidad de usuarios	175
TABLA N°4 Cantidad de Internaciones	175
TABLA N°5 Ultima ocupación antes de la internación	176
TABLA N°6 Edad inicio de consumo	176
TABLA N°7 Sustancia con la que se inició su consumo	176
TABLA N°8 Sustancia que llevo al tratamiento residencial	177
TABLA N°9 Sustancia de mayor consumo	177

ÍNDICE CUADROS

CUADRO 6-1 Cuadro de involucrados	125
CUADRO 6-2 Análisis de estrategias	130
CUADRO 6-3 Matriz de Marco Lógico	132
CUADRO 6-4 Planilla de seguimiento físico y financiero	137
CUADRO 6-5 Cronograma	140
CUADRO 7-1 Programa y descripción de la sistematización de experiencias para el equipo sobre "el grado de involucramiento entre terapeuta y usuario"	154
CUADRO 7-2 Programa y descripción de la sistematización de experiencias para el equipo sobre "Reducción de riesgos en menores de edad"	155
CUADRO 7-3 Programa y descripción de la sistematización de experiencias para usuarios sobre "La motivación propia"	157
CUADRO 7-4 Programa y descripción de la sistematización de experiencias para usuarios sobre "La influencia de la pareja y otros aspectos personales"	158
CUADRO N°1 Estudios de la reducción de la demanda en Bolivia	169
CUADRO N°2 Cuadro de Operacionalización de Variables	169
CUADRO N°3 Cuadro de informantes	172

ÍNDICE GRÁFICOS

GRAFICO 1-1 Árbol de problemas diagnóstico	18
GRAFICO 5-1 Jerarquía entre miembros de la Comunidad Terapéutica	82
GRAFICO 5-2 Jerarquía miembros equipo técnico C.B.S. "VIDA"	89
GRÁFICO 5-3 Jerarquía Miembros Equipo Técnico en la Comunidad Terapéutica "Sant` Aquilina"	85
GRAFICO 5-4 Jerarquía miembros equipo técnico en la Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios"	85
GRAFICO 5-5 Relación en las estructuras de convivencia	97
GRAFICO 6-1 Árbol de problemas (proyecto)	127
GRAFICO 6-2 Árbol de objetivos (proyecto)	128
GRAFICO 6-3 Relación entre medios y fines (proyecto)	129
GRAFICO 7-1 Autoevaluacion a su estado de salud actual	89
GRAFICO 7-2 Autoevaluacion sobre su estado psicologico	89
GRAFICO 7-3 Ex usuarios laboralmente activos	151
GRAFICO 7-4 Ex usuarios que estudian actualmente	151
GRAFICO 7-5 Calificación a la reinserción laboral en la institución	152
GRAFICO 7-6 Calificación a la reinserción educativa en la institución	152
GRAFICO 7-7 Calificación del estado actual de sus relaciones familiares	153

ÍNDICE FOTOGRAFÍAS

FOTOGRAFÍA-1 Sistematización de experiencias con el equipo técnico sobre "El grado de involucramiento entre terapeuta y usuario"	201
FOTOGRAFÍA-2 Sistematización de experiencias con el equipo técnico sobre "El grado de involucramiento entre terapeuta y usuario"	201
FOTOGRAFÍA-3 Programa y descripción de la sistematización de experiencias con el equipo sobre "Reducción de riesgos en menores de edad"	202
FOTOGRAFÍA-4 Programa y descripción de la sistematización de experiencias con el equipo sobre "Reducción de riesgos en menores de edad"	202

INDICE DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
A.A.	Alcohólicos Anónimos
ASCT	Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas
CEIS	Centro Italiano di Solidarità
CELIN	Centro Latinoamericano de Investigación Científica
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CONACE	Consejo Nacional de Control de Estupefacientes)
CONALTID	Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas
COPRE	Consejos de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencia
DENS	Sistema de la Red de Evaluación de Drogas
DNCSP	Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas
EWODOR	European Working Group On Drugs Oriented Research
FELCN	Fuerza Especial de Lucha Contra el Narcotráfico
FLAT	Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas
IDPC	Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas
INIF	Instituto Nacional de Investigación en Farmacodependencia
INTRAIID	Instituto Nacional De Prevención, Tratamiento Y Rehabilitación De Drogodependencias Y Salud Mental
MEM	Mecanismo Devaluación Multilateral
NADA	Agencia Nacional de Lucha contra los Estupefacientes de Malasia
OBSCD	Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha contra las Drogas
OEA	Organización de Estados Americanos
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
OPS	Organización Panamericana de la Salud OPS
PIE	Puente, Investigación y Enlace
REMAR	Rehabilitación y reinserción de marginados
SEDEGES	Servicio Departamental de Gestión Social
SEDES	Servicio Departamental de Salud
TCC	Técnicas Cognitivo Conductuales

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime**INTRODUCCION**

El presente estudio surgió como una interrogante propia sobre los tratamientos de rehabilitación y la cantidad de internaciones y re-internaciones que tienen los usuarios en las diferentes instituciones. Durante el tiempo que, como experiencia propia, pasé en dos de las instituciones estudiadas (Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” y Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”) ha sido notoria la existencia, debido a los distintos métodos en el manejo de la rehabilitación en el tema adicciones. Con el objetivo de ampliar la perspectiva, se ha incorporado una comunidad terapéutica al estudio de investigación (comunidad terapéutica Sant’ Aquilina).

Entonces, el estudio se compone del análisis a tres comunidades terapéuticas y sus métodos de rehabilitación, así también al análisis de los distintos aspectos que forman el entorno de los usuarios, los cuales pueden afectar a que los procesos de rehabilitación no logren sus objetivos. El análisis y la descripción de los distintos aspectos de las comunidades terapéuticas y, sobre todo, acerca de sus modelos, mostró grandes diferencias entre instituciones los cuales, si bien en teoría tienen sus definiciones que clasifican los tipos de instituciones, durante el análisis y la descripción no fue posible aplicar tipologías por sus diferencias tanto institucionalmente como en el manejo interno e interpersonal.

El principal método de investigación, parte del método cualitativo son las entrevistas, tanto al personal de los distintos equipos técnicos, como a los usuarios de las comunidades terapéuticas. Los usuarios, informantes clave fueron seleccionados por haber pasado por dos o las tres instituciones. El estudio la información también se complementa con información cuantitativa de datos institucionales, en el caso de Sant’ Aquilina y a partir de encuestas realizadas personalmente de forma propia en el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”.

El proyecto de intervención que se implementa posteriormente, se lleva a cabo en una de las tres instituciones estudiadas, en el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”, puesto que es la única comunidad terapéutica que se ha brindado, en todos los sentidos, a incentivar y apoyar el proyecto. El tipo intervención del

proyecto se establece a partir de diferentes factores que en el estudio diagnóstico se han percibido como factores que perjudican a la eficiencia del tratamiento en el C.B.S. "Vida". La utilidad principal del proyecto es cubrir necesidades estadísticas, datos sobre usuarios y ex usuarios, para poder realizar un sistema de seguimiento adecuado para los ex usuarios de la institución, así como contribuir al fortalecimiento de aspectos terapéuticos con una sistematización de experiencias.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los estudios sobre el consumo de sustancias y el cómo prevenirlas, tratarlas y combatirlas son necesarios a causa del crecimiento del consumo de las mismas, sobre todo en Bolivia, donde éste se ha ido incrementando desde la década de 1980. Decir que se ha incrementado desde la referida década es casi un eufemismo, pues según los datos de CELIN (2011) ¹, que abarca más de una década, el consumo de drogas en Bolivia, solo en la población estudiantil urbana, ha crecido casi cinco veces en 18 años.

El abuso de sustancias es un problema social por el hecho de afectar en varios aspectos a la vida de los individuos y su entorno, por tanto, la creación de los centros de rehabilitación, comunidades terapéuticas y diferentes instituciones que se ocupan de personas con problemas en el consumo de sustancias, de distintas edades y géneros, es la forma principal de resolverla. Se utilizan diferentes métodos con una misma finalidad: el rehabilitar y habilitar dentro de la sociedad a drogodependientes. (ya que el método preventivo es muy poco usado).

Uno de los modelos de las instituciones que se ocupan de ayudar a las personas son las “comunidades terapéuticas”.

El modelo de comunidad terapéutica, como tal, se inició originalmente durante los años de 1960 en Estados Unidos y se ha extendido mundialmente. En Latinoamérica muchas organizaciones como la CICAD (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas) integrada dentro de la Organización de Estados Americanos (OEA), apoyan a la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLAT) la cual se consolida en 24 países con más de 1500 programas afiliados². En Bolivia existen 79 instituciones que se dedican a la intervención en consumidores de drogas de las cuales 11 son comunidades

¹ CELIN: Centro Latinoamericano de Investigación Científica

² Información extraída de <http://cicad.oas.org/cicaddocs/document.aspx?Id=2487>

terapéuticas y 3 son instituciones abocadas a la coordinación interinstitucional. Dentro del departamento de La Paz existen 24 de estas instituciones, 12 en El Alto y 12 en La Paz, de las cuales 4 son comunidades terapéuticas.

Las comunidades terapéuticas que funcionan en el departamento de La Paz³ operan de una manera similar, con un método antiguo (de largo aliento) y con una estructura cerrada que, por supuesto, tienen resultados positivos, pero no siempre de largo plazo y con un gran número de re-internaciones en las mismas o en otras instituciones⁴.

Los diferentes modelos utilizados en Bolivia son:

1. Comunidad terapéutica de 3 fases (modelo utilizado por “Comunidad Terapéutica Sant’ Aquilina”, “Comunidad Terapéutica San Vicente” y el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”)
2. Psicosocial educativo (modelo que utiliza Misión ADULAM y muchas otras instituciones que trabajan con niños en situación de calle)
3. Modelo hospitalario (modelo que utiliza el “Centro de rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios” y el Hospital de Clínicas en el área de salud mental)
4. Modelo espiritual cristiano (modelo que utiliza “REMAR” entre otras) que se fundamenta en la práctica religiosa y rutina de trabajo.

Todos los modelos se enfocan en la abstinencia total de drogas ilegales, bebidas alcohólicas, (el C.B.S. “Vida” hace una excepción con el tabaco y el “Centro de rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios” incluye en el tratamiento los fármacos legales) y la duración prolongada del tratamiento.

Nuestro estudio se basa en el análisis de tres comunidades terapéuticas, (elegidas por razones que se explican en las siguientes páginas); de las cuales, dos de ellas tienen el modelo de “C.T. de 3 fases” y una de ellas maneja el modelo “hospitalario o clínico”. En la comunidad terapéutica “Sant’ Aquilina” y “San Vicente” que pertenecen a la misma asociación (Papa Juan XXIII), se utiliza “la dimensiones

³ 1) “Sant’ Aquilina” 2) “San Vicente” 3) INTRAID (el cual ya no tiene tratamiento residencial) 4) Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” 5) “San Juan de Dios” (el cual tiene un modelo hospitalario, pero consideran al pabellón de adicciones como comunidad terapéutica).

⁴ Información obtenida a través de las entrevistas a informantes clave y encuestas a usuarios de las instituciones.

religiosa y espiritual como agentes en la recuperación de la dependencia” (Güelman, 2018: 164). En esta institución el consumo de drogas está vinculado con la falta de fe y pérdida de los valores espirituales de los drogodependientes, por esta razón la rehabilitación se basa sobre la rutina de las prácticas religiosas diarias, la vida comunitaria y la terapia ocupacional.

Las tres instituciones analizadas en el estudio se rigen por las mismas reglas cardinales: no consumo de alcohol ni drogas, no violencia física ni verbal, no acercamientos y no robo. Sin embargo, su flexibilidad en cuanto a la transgresión de éstas, varía y éste es uno de los puntos para identificar, qué tan rígidos o flexibles son los modelos de las diferentes instituciones.

Consideramos el modelo clínico (u hospitalario) del “Centro de rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios” como el más rígido, donde las reglas no pueden ser trasgredidas y la forma de tratar a sus pacientes es más estricta y controlada⁵.

La comunidad terapéutica de “Sant’ Aquilina” también mantiene rigidez en cuanto a la trasgresión de las normas cardinales, pero apelan al autocontrol de los usuarios o acogidos (términos que utiliza esta institución), tanto para las diferentes actividades como para la abstinencia del consumo de sustancias.

El Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” es el ejemplo de un modelo abierto, el objetivo de la institución es “cambio pedagógico y educativo hacia la recuperación de valores y aprendizaje, donde la persona es protagonista de este cambio” (Borelli Pinto, 2006). Y también flexibilizan sus reglas cardinales, dada la necesidad de su población⁶.

La rama o modelo que utilizan las diferentes instituciones es importante para la comprensión sobre el manejo y la dinámica interna de las diferentes comunidades terapéuticas que se analizan dentro del estudio (modelo hospitalario y comunidad terapéutica de 3 fases, son estos casos).

El modelo hospitalario, usado por el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, tiene la característica principal de estar inclinada a la psiquiatría; al

⁵ Estricta en cuanto al uso de medicamentos y controlada en cuanto a la supervisión de enfermeros y el uso de cámaras. Información extraída de la observación participante

⁶ según la entrevista realizada a un terapeuta el 20 de noviembre del 2020 a las 18:53 hrs. En Pucarani: “la institución tiene normas, pero nuestra población es inestable, es una población de drogadictos, algunos ex carcelarios y normalmente solemos romper las reglas, es una constatación en nosotros “

uso de fármacos dentro del tratamiento y al relevante trato prohibicionista y rígido hacia los usuarios (llamados pacientes), además de un sistema vigilado bajo sistemas de seguridad en el pabellón. Este modelo, tiene el objetivo de lograr consumo cero de los pacientes, sin embargo, el tratamiento a través de la prescripción de fármacos, sobre todo benzodiazepinas, muestra el remplazo a una sustancia medicada, que en muchos casos también generan dependencia.

El modelo de comunidad terapéutica de tres fases el cual usan dos de las instituciones estudiadas, C.B.S. "Vida" y la C.T. "Sant' Aquilina" es el que proporciona la estructura de tratamiento de tres fases y los aspectos a tratar en cada fase, no obstante, el método o la manera de abordar el tratamiento de rehabilitación difiere entre las instituciones en aspectos importantes, entre ellos, que el método usado por el Centro de Solidaridad "VIDA" fomenta la automotivación, el autocontrol de los usuarios y el establecer límites propios sin la presión o la exigencia rígida de la institución. Este método, según las entrevistas y encuestas realizadas, es el que genera mejores resultados, pues los límites y normas son auto establecidos. Este depósito de confianza en los usuarios es la razón principal por la que el equipo técnico decide flexibilizar sus normas o reglas cardinales ya que no todos los usuarios logran el autocontrol y recaen durante el tratamiento. Puesto que, a diferencia de los métodos usados en las otras dos instituciones, no aísla por completo al usuario.

Así también, es importante resaltar la importancia de las dificultades institucionales con las que se encuentran estas instituciones, 1) **Dificultades internas:** La falta de recursos económicos, falta de personal, falta de personal calificado, falta de financiamiento (en algunos casos) y 2) **Dificultades externas:** la falta de seguimiento a los ex usuarios (por falta de recursos humanos y materiales), falta de evaluaciones a sus tratamientos y falta de acceso a la prestación de proporcionar reinserción laboral, educativa y familiar (según los diferentes casos)⁷.

Por lo tanto, **EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL DIAGNÓSTICO ES IDENTIFICAR LAS DEFICIENCIAS EN LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN PARA ADICCIONES EN TRES COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LA PAZ.**

⁷ Ver en Anexos Cuadro N°1. Cuadro de Estudios de la reducción de la demanda en Bolivia.

Teniendo formulado el objetivo principal podemos aclarar sobre la elección de estas tres comunidades terapéuticas. Principalmente la necesidad de tener varias pautas de análisis sobre tratamientos de rehabilitación. En segundo lugar, estas tres instituciones denominan su modelo como comunidad terapéutica de tres fases y finalmente porque los usuarios que pasaron por distintas instituciones, representaban a estas tres instituciones elegidas.

Es importante que el estudio realice un análisis de todos los aspectos en cuanto a modelos de las tres instituciones, en un marco general, para comprender el funcionamiento de estas instituciones y las dificultades de los diferentes modelos, sin dejar de lado los aspectos positivos; que, de hecho, tendrán gran relevancia en el futuro de la propuesta de intervención.

No obstante, la falta de datos e información transparente por parte de las instituciones privadas, ONG y el estado que se ocupan de problemas de rehabilitación, no permiten visibilizar hasta qué punto sus políticas son efectivas y cuáles son los resultados de los procesos de rehabilitación. Las investigaciones que existen en Bolivia sobre comunidades terapéuticas llegan a las conclusiones sobre la necesidad de crear entidades que se ocupen de estos temas.

La Secretaría Técnica del CONALTID (Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas)⁸ señala que los centros “con frecuencia utilizan metodologías poco apropiadas y no siempre acordes a la problemática del usuario, lo que derivaba en un bajo porcentaje de éxito al año del egreso: 14%”. También señala que: “No existe información suficiente ni precisa acerca de la población que se aproxima a estos centros para su rehabilitación y la problemática que les envuelve” (Acción Andina; 2014) indicando la necesidad de generar datos para poder analizar las deficiencias que pueda haber en los diferentes tratamientos.

1.2. . PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

¿Cuáles son los las características de los modelos de rehabilitación y enfoques utilizados en las tres comunidades terapéuticas estudiadas?

⁸ El Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID), fue creado mediante Ley 1788 de 16 de septiembre de 1997. El CONALTID es el más alto nivel ejecutivo para el cumplimiento para supervisar e implementar la Estrategia Boliviana de Lucha contra el Narcotráfico

¿Cuáles son y cómo influyen las prácticas de convivencia e interacción en los distintos modelos de tratamiento de estas comunidades terapéuticas?

¿De qué manera las dificultades institucionales que afectan a la óptima rehabilitación?

¿De qué manera afectan los factores sociales, familiares y personales en el proceso de rehabilitación?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE SU ABORDAJE

La mayoría de los proyectos que responderían al campo “sociología de la droga” están relacionados con los diagnósticos y la elaboración de las líneas estratégicas de las políticas institucionales para la lucha contra la drogodependencia. CONALTID (Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas), UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) y FELCN (Fuerza Especial de Lucha Contra el Narcotráfico) elaboran planes nacionales de coordinación y articulación interinstitucional que, si bien abren debate sobre las necesidades y ciertos planteamientos, no llegan a ser implementados en su total.

Así mismo, existen organismos internacionales que coadyuvan en esta materia, tales como la OEA, que realizó un Informe sobre la “Evaluación del Progreso de Bolivia en el Control de Drogas” en el periodo de 2007 a 2009. (OEA, 2010). El informe hace referencia a la necesidad que tiene Bolivia de realizar planes estratégicos y de actualizar sus datos a través del Registro Nacional de Centros de Tratamiento y Rehabilitación, los cuales no han sido actualizados desde el 2005 (CICAD, 2010). Una variedad de proyectos dirigidos sobre el tema del consumo, desde el 2004 hasta el 2018 han realizados por el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha contra las Drogas (Ministerio de Gobierno) entre los nuevos proyectos propuestos para las gestiones 2020-2022 figuran investigaciones sobre la producción y comercialización de la hoja de coca, el tema del narcotráfico, etc. (OBSCD, 2019).

Existen muchas otras investigaciones concentradas en el tema del consumo y consumidores como la realizada por De Achá (2015), que alertan contra el crecimiento del consumo de drogas en todas las ciudades de Bolivia, sin embargo, el tema de rehabilitación e inserción de los drogodependientes no ha recibido, a

nuestro parecer una atención adecuada. En 2013, el PIE (Puente, investigación y Enlace) junto a la Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas (ASCT) realizaron el estudio sobre “Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales Ciudades de Bolivia”. Un dato importante de esta investigación revela que, entre los usuarios de los centros de rehabilitación o comunidades terapéuticas, el 46% son reincidentes (PIE, 2013). Entre las recomendaciones figura la necesidad de hacer un catastro de este tipo de instituciones: tipo de atención, población objetivo, capacidad de atención y enfoque de trabajo, la oferta de tratamiento, la actualización de los datos, etc. (Ibid.).

Debido a estos datos alarmantes que muestran que no sólo se ha incrementado el abuso de sustancias, sino también la reincidencia en los centros de tratamientos, nos parece importante estudiar las actuales comunidades terapéuticas, sus modelos, sus prácticas y las dificultades que obstaculizan la rehabilitación, en base a la observación participante, entrevistas a usuarios, ex usuarios y equipo técnico de las tres instituciones que son parte del estudio.

El estudio analiza hasta qué punto los tratamientos de rehabilitación de las instituciones estudiadas, se alinean al modelo de las “instituciones totales” como las denomina Goffman (1972), con la misma forma de proceder disciplinaria de un psiquiátrico o una cárcel según el modelo del panóptico de Bentham explicado en “Vigilar y Castigar” de Foucault (2002).

El estudio también muestra la dificultad para adaptarse a nuevos perfiles de consumidores, así como buscar métodos alternativos por parte de estas comunidades terapéuticas. Tal como lo mencionan las investigaciones realizadas, no existen seguimientos adecuados ni apoyo sustancial a los ex usuarios, que proporcionen resultados a largo plazo sobre los diferentes métodos de rehabilitación.

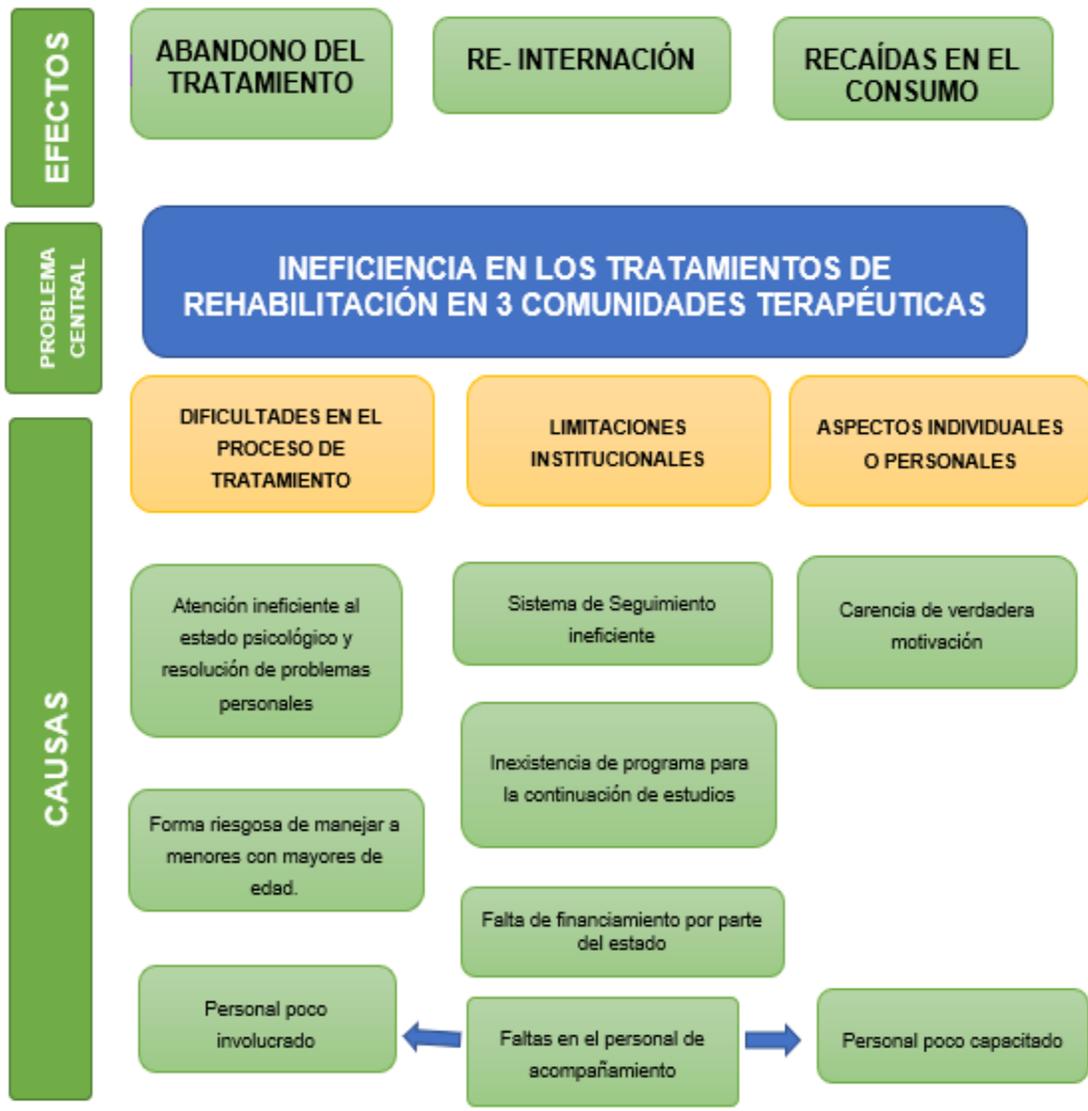
1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio analiza factores considerados como posibles causas de deficiencias en los tratamientos de rehabilitación de las diferentes instituciones, lo cual establece y delimita el problema del estudio diagnóstico. El problema principal consiste en

identificar y analizar la ineficiencia de los tratamientos, generando efectos como el abandono del tratamiento, las reiteradas internaciones y recaídas en el consumo.

En el árbol de problemas, se esquematiza de manera organizada la delimitación del problema.

Gráfico 1-1. Árbol de problemas diagnóstico



1.4.1. Delimitación Temporal

El estudio diagnóstico tuvo una duración de un año y seis meses, la primera parte (que se realizó en el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”) duró 5 meses, desde noviembre del 2019 hasta abril de 2020 y la segunda parte (que se lleva a cabo dentro del Centro de Rehabilitación y Salud mental “San Juan de Dios”, pabellón

de adicciones o comunidad terapéutica y en la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”) tiene una duración de 7 meses. La segunda parte fue se realizó en un periodo mayor al establecido, por razones de coyuntura social, al igual que la adquisición de la información por parte de instituciones de salud, incidiendo esto en la elaboración del documento posterior.

La propuesta de intervención está sujeta a los resultados del estudio diagnóstico, con una duración promedio de 9 meses (de enero a septiembre del 2022).

1.4.2. Delimitación Geográfica

El estudio diagnóstico se llevó a cabo en el departamento de La Paz, se ha realizado en los municipios de a) La Paz- Zona Sur (Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios), b) en el municipio de Mecapaca (Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”) y c) en el municipio de Pucarani, (Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”).

Las características cualitativas del estudio expanden la delimitación geográfica, en cuanto la ubicación durante la realización de entrevistas a informantes clave⁹

1.4.3. Delimitación Poblacional

Es necesario diferenciar las características específicas de población que constituye las tres instituciones parte del estudio, no sin antes aclarar que los informantes clave seleccionados, ingresaron (en repetidas ocasiones) en las comunidades terapéuticas estudiadas, la selección de estos también se establece por la constancia que muestran dentro del actual proceso terapéutico para asegurar la estabilidad del estudio y aumenta las posibilidades de localizar al informante posteriormente. Los informantes que son parte del equipo técnico de las instituciones estudiadas, representando, asimismo, a una parte de la población.

En total se realizaron 17 entrevistas, 7 a informantes clave, usuarios y ex usuarios de las instituciones y 10 entrevistas a informantes parte del personal de las diferentes instituciones, de los cuales 4 son informantes clave.¹⁰ Además se

⁹ Realizando una caminata por un parque, en “un café”, vía on-line.

¹⁰ Ver en Anexos Cuadro N°3. Cuadro de informantes

complementó la información cualitativa con información cuantitativa, implementando encuestas para levantar datos sobre los usuarios (16 usuarios encuestados) en el Centro de Solidaridad “Vida”.

1. En la comunidad terapéutica “Sant’ Aquilina” existen aproximadamente 25 residentes o acogidos. Allí únicamente se aceptan usuarios varones de 18 a 60 años, los cuales están entre 6 meses a un año para concluir el programa inicial.¹¹ Anualmente acuden aproximadamente entre 120 y 150 personas a la institución y su equipo técnico está compuesto por psicólogos, operadores, trabajadores sociales y voluntarios. Sin embargo, la información a la que fue posible acceder consiste en una entrevista estructurada al coordinador de la Asociación Papa Juan XXIII y entrevistas semi estructuradas al operador y a la trabajadora social de la C.T. “Sant’ Aquilina”. También se realizó entrevistas a dos ex operadores y a ex usuarios, (que son informantes clave).
2. En el centro de Rehabilitación Y Salud Mental “San Juan de Dios” la población aproximada anual es similar a las otras instituciones, entre 100 y 150, mujeres y varones de 18 a 50 años. La información proviene de entrevistas estructuradas con la directora de la institución y ex operadores, así como entrevistas informales al personal de enfermería y entrevistas estructuradas las los ex usuarios de la institución (siendo ellos informantes clave del estudio).
3. La investigación inicial del diagnóstico se realizó dentro del Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” ubicado en el Municipio de Pucarani, donde se encontró a los usuarios de las tres instituciones y muchas otras más, dando inicio a la motivación del problema estudiado.

El promedio anual (según el director de la institución)¹² de ingresos a la comunidad (ya sea por un día o hasta finalizar el tratamiento) es de 100 a 120 personas, hombres y mujeres, de 18 a 50 años y 10 graduaciones promedio por año. Esta institución se distingue de las otras por la excepción de recibir como residentes a menores de edad provenientes de otra

¹¹ Esta institución se divide en dos casas, “Sant’ Aquilina” y “San Vicente”, ambas financiadas por la Fundación Papa Juan XXIII. En “Sant’ Aquilina” se encuentran las primeras fases del programa, donde las personas muestran su predisposición a la rehabilitación

¹² Extraído de la entrevista realizada con el director del C.B.S “Vida” el 16 de agosto del 2020. En Pucarani. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista N 3

institución social, Aldeas Infantiles S.O.S., por lo tanto, se toma en cuenta, como informante extra, a un menor de edad que ya pasó por el tratamiento en esta institución durante la realización del trabajo de campo.

La información proveniente del Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” es la más rica en cuanto a informantes. Las entrevistas estructuradas fueron realizadas al director de la institución, a los terapeutas, al operador y a los usuarios; los entrevistados de esta institución, representan a más del 50% de los informantes clave del estudio diagnóstico en general.

1.4.4. Delimitación del Objeto de Estudio

Los aspectos que se estudian durante el diagnóstico son principalmente las causas que generan deficiencias y dificultades para lograr los objetivos de las instituciones, tanto durante el tratamiento residencial, como posteriormente. También se muestra la necesidad de analizar obstáculos provenientes de los siguientes aspectos:

1. Los modelos de tratamiento y las formas de convivencia e interacción, también la forma de proporcionar la reinserción laboral, educativa y familiar de una manera efectiva (según los diferentes casos)
2. Las dificultades institucionales, tales como la falta de recursos económicos, falta de personal en general y personal calificado, falta de financiamiento y la falta de seguimiento a los ex usuarios (por falta de recursos humanos y materiales) y la falta de evaluaciones a sus tratamientos.
3. Los aspectos sociales o individuales que se puedan presentar, tales como limitaciones pueden ser económicas y otros factores del mundo externo “social” de las personas (influencia del grupo social o del ámbito laboral).

Los aspectos individuales o personales, en muchos casos afectan de manera negativa a las personas que se encuentran en las comunidades terapéuticas, ocasionando obstáculos en el proceso de rehabilitación, tales como: los aspectos familiares (la falta de apoyo, la ausencia de ellos u otros comportamientos negativos descritos por la psicología, como la codependencia con la familia o pareja) y aspectos clínicos como patologías severas o casos psiquiátricos (aspecto que solo “San Juan de Dios” está

capacitado para tratar) y la carencia de verdadera motivación para cumplir los objetivos de rehabilitación.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

2.1. BALANCE DEL ESTADO DE LA CUESTIÓN

Estudios sobre tratamiento en adicciones realizados en Europa y el Mundo

Inicialmente los tratamientos para adicciones se realizaban en psiquiátricos sin hacer distinciones entre las diferentes enfermedades mentales. La modalidad de comunidad terapéutica, como lo menciona Fernando Pérez del Río (2010), se origina en Alemania y el término empieza a aplicarse en el Reino Unido. Si bien es difícil atribuir un momento histórico exacto a las comunidades terapéuticas, sería bueno tomar en cuenta las aportaciones alemanas dentro del campo de la psiquiatría.

Las comunidades terapéuticas para el tratamiento de adicciones como tal, nacen en Estados Unidos con la creación de Synanon y Daytop Village en los años 1960, tal como lo describen los creadores de estas instituciones y principales autores teóricos, Casriel (1975) y Jones (1970).

Posteriormente, este modelo empieza a expandirse por todo el país y por toda Europa, en 1970 se fundó Alfa House en Portsmouth, Inglaterra, luego se fundó Phoenix House en Londres y en 1972 se fundó Emiliehoeve en La Haya, Holanda, al mismo tiempo se fundaba en Italia el Centro Italiano di Solidarità (C.E.I.S.) un programa ambulatorio en Roma que ayudó a establecer muchas comunidades terapéuticas en la mayor parte de las regiones de Italia y España.

Actualmente España es uno de los países que más investigaciones produce sobre el tema a causa del alto índice de consumo problemático de drogas de su juventud. Sin embargo, como lo menciona Llorente del Pozo y Fernández (1999) los profesionales de este campo han buscado el intercambio permanente de experiencias y formación con otros profesionales e instituciones semejantes e incluso a nivel europeo, mediante la Federación Europea de Asociaciones de Intervinientes en Toxicomanía, manteniendo una fuerte sensibilidad en la necesidad del cambio y adaptación de los programas de rehabilitación. Es este

flujo de información el que pretende la mejora constante de un modelo orientado hacia la reinserción social de los usuarios.

Uno de los autores españoles sobre el tema es Domingo Comas Arnau (1988, 2006, 2010) quien indica que en Estados Unidos y algunos países europeos, estas comunidades terapéuticas se crearon con el fin de combatir a los problemas sociales de la juventud como la drogadicción y el alcoholismo. En los países latinos y católicos las comunidades terapéuticas surgieron para cubrir los déficits en los sistemas de beneficencia (especialmente de atención social y en salud mental) y la evolución de las comunidades terapéuticas aparece ligada a cuestiones más amplias como el sistema de salud o el sistema judicial-penal y no a su desarrollo en sí.

En el estudio “La metodología de la Comunidad Terapéutica” de Comas, (Comas Arnau et all, 2011), se realiza una descripción de las comunidades terapéuticas de España (Asturias y Andalucía, sobre todo), desde sus inicios en los años 70. En el estudio da a conocer que, España tiene muchas comunidades terapéuticas específicas para politoxicómanos y otras más específicas como las que son especializadas en mujeres adictas, en menores, en ludópatas, en víctimas de todo tipo de violencia y plantea la necesidad de crear un pensamiento sistémico, para la organización y desarrollo de estrategias de rehabilitación.

Los estudios relacionados con las comunidades terapéuticas llevados a cabo en varios países de Europa y el mundo presentan importantes aportes desde el inicio, donde demuestran la importancia de centrarse en los aspectos sociales, educativos, psicológicos y la necesidad de evaluar, sistematizar y mejorar estos aspectos. Así también, la importancia de valorar la efectividad de los modelos terapéuticos. En cuanto a limitaciones, los estudios muestran la insuficiente atención que reciben algunos aspectos importantes del tratamiento de las comunidades terapéuticas, como el aspecto afectivo y la falta de evaluaciones sobre estos tratamientos.

Estudios sobre tratamientos en adicciones realizados en Latinoamérica

En Latinoamérica, entre las décadas de 1960 y 1970 surgieron las primeras iniciativas públicas y privadas y grupos de auto ayuda como A.A. para abordar y dar tratamiento y rehabilitación a las personas afectadas por el consumo de

drogas. A partir de 1980, el consumo de drogas se agudiza y la demanda de tratamiento y rehabilitación comienza a incrementarse dando paso a iniciativas de grupos religiosos católicos y evangélicos, que implementan el modelo de comunidad terapéutica para el tratamiento de la dependencia a las drogas. Basándose en experiencias extranjeras, principalmente Italia y Estados Unidos.

Los aportes que hacen las instituciones o los autores en Latinoamérica se refieren a evaluaciones o diagnósticos situacionales sobre las comunidades en los diferentes países. Por ejemplo, en el “Diagnóstico Situacional. Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia” (Mejía Motta, 2004), se realizó un censo institucional a escala nacional que permitió confirmar la extensión de la oferta actual de servicios. Este estudio contiene la información pertinente en cuanto al criterio de evaluación de los usuarios, puesto que, en su mayoría, las instituciones consideran que el usuario concluyó exitosamente el tratamiento cuando cumplió con los objetivos definidos en su plan de tratamiento. A su vez, en el estudio se identificó el motivo de desertación del programa por parte de los usuarios: en un primer lugar, se encuentran los aspectos que involucran la motivación y la conciencia de la necesidad de cambio, luego la inestabilidad emocional, seguida de la ausencia de soporte socio-familiar y la “rebeldía”.

Un estudio realizado por la Organización de los Estados Americanos (OEA.) “El problema de las Drogas en las Américas. Drogas y Salud Pública” (2013) reveló que el abordaje de los problemas por consumo de sustancias implica la intervención en varias fases, a corto, mediano y largo plazo. Es importante contar, señala, con mecanismos que faciliten la desintoxicación y el manejo oportuno de los síndromes de abstinencia, propiciando el ingreso a programas de tratamiento y rehabilitación. En esta publicación se concluyó que cuando se trata de programas de tratamiento, no existe una intervención que en forma universal haya demostrado ser superior a otras. Sin embargo, existen algunos fármacos y programas conductuales que son exitosos en un porcentaje mayor de casos. Por ejemplo, se estima que después de doce semanas de terapia cognitivo-conductual (TCC) o del programa de los doce pasos, el 40% de los pacientes con dependencia de etanol cesaron o disminuyeron el consumo de alcohol, comparado

con un 28% de los que recibieron terapia motivacional. En el caso de los pacientes con dependencia de cocaína, la TCC parece ser más efectiva que la intervención de doce pasos. Los pacientes con dependencia de cannabis responden satisfactoriamente en algunos casos a la TCC y a la terapia motivacional. Sin embargo, esto no ha podido demostrarse en forma contundente.

El estudio realizado en la ciudad de Veracruz en México por la Universidad Veracruzana (UV), denominado “Evaluación de resultados del tratamiento de adicciones en usuarios de la comunidad terapéutica” (2016), es relevante, sobre todo, desde el punto de vista metodológico. La investigación se efectuó en un período de 12 meses después del tratamiento residencial de la comunidad terapéutica, abarcando la población de estudio de 34 sujetos de sexo masculino entre 15 y 64 años de edad. El estudio se realizó mediante la aplicación de entrevistas cara a cara, cada tres meses y análisis de sustancias.

El estudio tiene como principal recomendación en hacer diferencia entre el “desliz” o “caída temporal” y la recaída como el retorno a la conducta que se intentaba modificar, para futuros estudios. Así como la necesidad de tener en cuenta la localización de los sujetos luego del programa de internación, pues muchas veces se van a otras ciudades y es importante tomar en cuenta esto para el proceso de rehabilitación.

Otro estudio de evaluación realizado en Chile, por CONACE (Consejo Nacional de Control de Estupefacientes) y el Ministerio del Interior, llamado la “experiencia chilena en Evaluación de Programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicoactivas” (2002), contiene una descripción de la experiencia chilena en estudios sobre tratamientos de rehabilitación. El trabajo consiste en la evaluación de diferentes aspectos (como la organización y cumplimiento de normas, planta física y humanos, perfil del usuario, egresos y abandonos, entre otros) en centros de tratamiento para adicciones, clasificadas en tres tipos: ambulatorios básicos, intensivos y residenciales. Entre los resultados de la evaluación, se tiene los porcentajes de abandono, 47.1% en el plan básico, 34% en el plan intensivo y 42% en el plan residencial (con promedios diferentes en

cuanto al tiempo de permanencia, que varían entre muchos motivos, por lo tanto, sin asociaciones significativas).

Si bien se deja claro que no existe un modelo de intervención que muestre ser mejor universalmente, existen variables como el tipo de sustancia y el tipo de modelo terapéutico que son significativas para la efectividad de los tratamientos, también se muestra que, entre los motivos de deserción de los tratamientos, predomina tanto la falta de motivación como la de conciencia sobre necesidad de cambio de las personas (entre otros).

El estudio de CONACE en Chile mostró importantes datos sobre el porcentaje de deserción, según el tipo de tratamiento, que a la vez muestra la importancia del tener datos sobre el abandono del tratamiento ligado a otras variables y otros aspectos sobre los usuarios.

Estudios sobre tratamientos en adicciones realizados en Bolivia

En Bolivia, también se realizan estudios y evaluaciones (sobre todo del tipo estadístico) que nos dan un pequeño panorama de varios aspectos que han sido abarcados, como las características de los usuarios de tratamientos en comunidades terapéuticas y, aspectos que faltan ser abarcados como la cantidad de personas que son tratadas periódicamente en las diferentes instituciones de rehabilitación para consumidores de drogas y la falta de diferentes programas de prevención y rehabilitación.

El informe de CICAD (Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas) por medio del Mecanismo de Evaluación Multilateral, realizó la “Evaluación Del Progreso De Control De Drogas 2007-2009” (2010) donde reconoce que Bolivia cuenta con normas mínimas de tratamiento y con establecimientos especializados y habilitados oficialmente para el tratamiento de personas con problemas asociados al abuso de drogas. Sin embargo, no cuenta con información relativa al número de casos atendidos en dichos establecimientos, ni del número de casos que completaron el plan de tratamiento indicado y reportaron satisfacción con el mismo. También se cuenta con estudios periódicos sobre el consumo de drogas en la población general y secundaria, y con pautas y normas para la prevención de accidentes resultantes del consumo de alcohol y drogas. Los resultados del “Segundo Estudio de Prevalencia del Consumo de Drogas en Escolares”, 2008, todavía están pendientes de publicación.

Posteriormente, el año 2011, CELIN-Bolivia publicó un estudio sobre el “Consumo de drogas en estudiantes de Bolivia 1993-1996-1999-2011 (Estudio urbano-población de 12 a 21 años). En este estudio se sostiene que el consumo de drogas sigue siendo abordado desde el Estado y la sociedad con un enfoque represivo y autoritario, que simplifica la realidad, y que asume a la represión penal y al castigo como medios idóneos para resolver la problemática vinculada al consumo de sustancias psicoactivas. En este enfoque se deja de lado el debate sobre los factores sociales, familiares e individuales que rodean el consumo y se desconoce que la problemática de las drogas se genera en el marco de una interacción social.

Se puede notar que en Bolivia existe una falta de sostenibilidad de programas integrales de prevención, y la ausencia de programas integrales de tratamiento y, rehabilitación diversificados en función de las necesidades de los consumidores. Por otra parte, ni en la legislación ni en los discursos políticos existe una diferenciación entre los diferentes tipos de consumidores (a quienes se asume como una población homogénea) ni entre los tipos de droga. El consumo es considerado una desviación, consecuentemente con esta percepción, no se diferencia entre el consumo problemático y el no problemático. El estudio señala que, por lo tanto, es necesario avanzar hacia un cambio del enfoque actual, que solamente criminaliza y estigmatiza a los consumidores de drogas de uso ilícito, tomar en cuenta los derechos de los consumidores y, en ese sentido, es prioritario supervisar los programas de tratamiento y rehabilitación que se imparten desde el estado y desde iniciativas privadas.

El año 2013, Puente Investigación y Enlace y la Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas efectuó el “Estudio Sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales Ciudades De Bolivia”, con el objetivo principal de caracterizar los patrones de consumo de la población en tratamiento según características demográficas y de historias de consumo.

Se realizaron las encuestas a una muestra compuesta por 215 personas, de donde 178 fueron hombres y 37 mujeres; pertenecientes a 13 centros de los cinco departamentos seleccionados (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, El Alto, Tarija y

Sucre). En el estudio realizado por el PIE existen varios datos importantes sobre la población en centros de tratamiento, como la droga de inicio de consumo (que son el alcohol, la marihuana y los inhalantes), la droga que más demanda tratamiento (alcohol 53% y pasta base 20%) y otros datos como el hecho de que 73% de los pacientes, acudieron a tratamiento de forma voluntaria. Este estudio hace hincapié en la falta de datos actualizados dentro del país sobre el tema de drogas y la falta de diferentes servicios dentro de las instituciones con tratamientos de drogodependientes y proporciona las recomendaciones sobre la implementación de catastros, tipo de atención, capacitaciones, registros y diagnósticos.

Bolivia tiene un importante avance sobre la visión del estado y la sociedad boliviana en cuanto a la criminalización y estigmatización de los consumidores de drogas ilícitas, creando la necesidad de cambio de enfoque, teniendo en cuenta los derechos de los consumidores. Aunque existen aportes en cuanto a datos sobre usuarios de centros de tratamiento, como el estudio realizado por el PIE, aún hacen falta los estudios de este tipo y sobre todo la información actualizada acerca de los servicios y los usuarios.

Políticas sobre el consumo de drogas y su tratamiento

Políticas públicas sobre drogas y su tratamiento en Europa y el mundo

En cuanto a políticas públicas en Europa y el mundo en materia de drogas y tratamiento de consumidores, se ha ido desarrollando de manera tal, que cada país se enfoca en sus necesidades. La “Guía práctica de planificación y aplicación. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación” (2003) elaborada por la Oficina las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), es un importante estudio respecto a las políticas a nivel mundial para mejorar y asistir a las necesidades de los usuarios de drogas que han tenido buenos resultados.

Por ejemplo, en el marco nacional estratégico de Australia (1998-1999 a 2002-2003) se prioriza el aumento de variedad de servicios, como el tratamiento de opioides con diferentes opciones en farmacoterapias y aumentar la participación de los proveedores de servicios (UNODC, 2003: II.5). A su vez, España cuenta con una red de programas y tratamiento con un incremento en programas orientados a la reducción de daños, distribución de jeringuillas y kits sanitarios,

además de programas para drogodependientes con problemas penales (Ibid.). En Eslovenia los servicios que se prestan en los centros ambulatorios abarcan el programa de mantenimiento con metadona (Ibid., II.6) En Gales, se lleva a cabo actividades que tienen por objeto aumentar el número de participantes en los programas de tratamiento del uso indebido de sustancias, reducir el porcentaje de consumidores de drogas por inyección y reducir el número de defunciones causadas por el uso indebido de sustancias., entre otros puntos sobre las necesidades de tratamiento (Ibid., II.17).

La guía elaborada por UNODC contiene varios instrumentos metodológicos que ayudan al estudio sobre el tema como, por ejemplo, un archivo de documentos creado el año 2000 para fomentar la evaluación mediante métodos fiables y para contribuir a la normalización de los instrumentos a nivel de Europa. Este archivo constituye el banco de instrumentos de evaluación del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (Ibid., VII.10). A su vez, el Sistema de la Red de Evaluación de Drogas (DENS) es un sistema electrónico multisitio permanente de reunión de información y presentación de informes que proporciona información normalizada, automatizada y actualizada por módem sobre los pacientes que inician un tratamiento de la adicción y sobre los programas de tratamiento que existen en los Estados Unidos (Ibid., VII.11).

Los avances positivos en el tema realizados en algunos países asiáticos, donde las políticas respecto a la drogadicción son muchos más enfocados en el tema de la penalización. El Ministerio de Justicia Social y Potenciación de la Comunidad del Gobierno de la India en los últimos 15 años ejecutó una amplia variedad de programas en la comunidad, logrando realizar el “Manual on Minimum Standards of Services for the Programmes under the Scheme for Prevention of Alcoholism and Substance (Drugs) Abuse” (2001), donde se definen los componentes indispensables de los programas de reducción de demanda de alcohol y drogas, los resultados y aportes de cada actividad y los registros obligatorios que llevarán (Ibid., II.9). En otros países como Malasia, empiezan a modificar y flexibilizar sus políticas. Según el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) en el informe “La guía sobre políticas de drogas” (2012), en julio de 2010, la Agencia Nacional de Lucha contra los Estupefacientes de Malasia (NADA), inició una

importante transformación de los centros de rehabilitación de drogas en todo el país. Esta nueva política significa que estos centros sólo admitirán a personas que entren en ellos por voluntad propia, siendo un cambio muy positivo para el sudeste asiático (IDPC, 2012: 94-96).

En este pequeño repaso de políticas mundiales sobre drogas y sobre tratamientos a usuarios de drogas, en específico, queda visible como varios países centran sus políticas en sus necesidades más importantes, diferenciando, separando y especificando el tipo de tratamiento según las necesidades individuales. A partir de la información que se recaba en la población en general y en los usuarios de drogas problemáticos, pueden verse las necesidades de la población y proponer planes de acción.

Políticas públicas sobre drogas y su tratamiento en Latinoamérica

La publicación “El problema de las drogas en las Américas: Estudios” realizado por la Organización de los Estados Americanos (2013), describe el tipo de políticas y formas de campaña antidrogas que han implementado algunos países de Sudamérica. Por ejemplo, en la mayoría de los países de Sudamérica se difunden mensajes en medios audiovisuales de comunicación.

“Todos los países refieren realizar intervenciones preventivas en escuelas. Dos terceras partes de los países de la subregión cuentan con programas comunitarios. Casi la mitad de los países cuentan con programas familiares de prevención y la mayoría tienen algún programa o actividad de prevención orientado a grupos vulnerables (OEA, 2013: 53).”

Sin embargo, en el Caribe solo la mitad de países implementó este tipo de intervención preventiva. Otro tipo de intervención es la reducción de daños, pero muy pocos países cuentan con una efectiva reducción (o sustitución). De igual manera algunos países carecen de información acerca de los resultados del tratamiento, características del personal y nivel de satisfacción de los usuarios. Dentro de esta investigación informativa está también ciertas limitaciones y desigualdades que tienen algunos países frente a otros. Por ejemplo, en cuanto a los recursos humanos disponibles de cada país, la tasa de psiquiatras en América del Sur varía entre 1,06 por 100.000 habitantes en Bolivia y 19,36 / 100.000 en

Uruguay. Y en relación al personal de enfermería, la tasa por 100.000 habitantes presenta enormes oscilaciones en la región, desde 0,34 en Bolivia hasta 39,8 en Barbados (Ibid.,53-54). El estudio señala que: “(...) los recursos humanos y de infraestructura disponibles para atención de salud mental en general —y para personas con problemas de abuso de sustancias en particular— son claramente insuficientes” (Ibid., 56).

En cuanto a la capacidad para la investigación y la evaluación en materia de salud mental y drogas, en gran parte de la región de las Américas, la gran debilidad son los sistemas de información. “La mayor parte de esta información corresponde a la enviada por los hospitales psiquiátricos, siendo menor la proporción que es enviada desde los hospitales generales y menor aun la que proviene de los servicios ambulatorios, con la excepción del Caribe, donde se reporta que el 80% de las unidades ambulatorias y entrega información a las autoridades de salud del nivel central.” (Ibid., 56-57). La información presentada por los estudios muestra varias deficiencias en las políticas de drogas en Sud América, sobre todo a causa de la falta de información por parte de las instituciones y el estado y, la falta de coordinación interinstitucional. También se debe empezar a realizar programas utilizando la reducción de daños y modificándolo para las diferentes realidades de los países.

Políticas públicas sobre drogas y su tratamiento en Bolivia

En Bolivia, como en otros países de la región, la creación de instituciones dedicadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación, nacen a partir de condiciones del sistema penal antidrogas y del impulso de organismos internacionales como forma de lucha contra las drogas. Las medidas en políticas anti drogas se inician en 1962 con la Ley de Estupefacientes y, en 1973 mediante el Decreto Ley N.º 11245 se promulgó la Ley Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, cuyo artículo 109 disponía el funcionamiento de la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas (DNCSP).

Dentro de DNCSP, se creó el Instituto Nacional de Investigación en Farmacodependencia (INIF), que inició las primeras Divisiones Médico-Preventivas y también elaboró el primer Manual de Prevención en la Comunidad. Y durante los años 1979 y 1980, se realizó la primera investigación sobre el

consumo de drogas de uso ilícito a nivel nacional y, a partir de sugerencias internacionales, desde los años noventa, se conformó la Dirección Nacional de Prevención Integral del Uso Indebido de Drogas, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social y además en cada Departamento del país se crearon los Consejos de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencia (COPRE). Luego de que fuera implementado COPRE en Tarija en 1995 se convirtió en el Instituto Nacional de Drogodependencias y Salud Mental (INTRAID) (CEDD, 2014:13-14).

Se realizó Estrategias de Lucha Contra el Narcotráfico y Control de Cultivos Excedentarios de la Hoja de Coca en las gestiones de 2007 al 2010, del 2011 al 2015 y 2016-2020. En la última gestión 2016-2020, el Plan de Lucha contra el Narcotráfico está enmarcado en los lineamientos establecidos por la Agenda Patriótica 2025 y el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020, articulando las políticas y estrategias nacionales sobre drogas con otras políticas sociales (CICAD, 2019:11). En cuanto a tratamientos y rehabilitación del 2013 dentro del Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia 2013 – 2017, contiene un Sistema de Prevención en el ámbito de comunicación social, educativa, laboral y comunitaria (sobre todo en poblaciones altamente vulnerables), un Sistema de Tratamiento, Rehabilitación (con atención integral, multidisciplinaria y especializada a personas con problemas de alcohol y drogas) y Reintegración familiar, social y laboral de personas en tratamiento y un Sistema de Investigaciones y Estudios (CEDD, 2014: 16-17).

Durante el periodo 2013-2018, se volvió a poner en funcionamiento el Observatorio Boliviano de Drogas que cuenta con algunos de los estudios prioritarios en reducción de la demanda e información en el ámbito de reducción de la oferta, tráfico ilícito y delitos conexos. Sin embargo, CICAD observa que el país no realiza evaluaciones a sus programas de reducción de la demanda, reducción de la oferta ni medidas de control. La CICAD constata con satisfacción y reconoce los esfuerzos del país para renovar y mantener vigente sus políticas de lucha contra el problema de las drogas y, que en las estrategias nacionales actuales (2016-2020) incluyan la perspectiva de derechos humanos, la inclusión

social y el enfoque de género que son algunos de los objetivos de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (CICAD, 2019: 11).

Como se puede notar en los últimos periodos de políticas antidrogas y su tratamiento, existe una mejora en cuanto a la capacidad de identificar las nuevas necesidades que surgen en cuanto a tratamiento de drogas y su estudio, pero los objetivos no son logran en su totalidad y a pesar de que se plantean los problemas y necesidades, no se encuentran respuestas.

La política estatal sobre centros de rehabilitación

Si bien las primeras leyes en Bolivia relacionadas al tema de la droga se remontan a los años 1960 y 1970 como Ley sobre Represión de Tráfico Ilícito de Estupefacientes (Ley 171 del 10 de enero 1962) y Ley de Control de Sustancias Peligrosa (Decreto Ley 11245 del 20 de diciembre 1973), estas leyes fueron enfocadas tan sólo en el tema de narcotráfico (Stippel, Serrano Moreno 2018; Pruden, 2019).

Es a partir de la Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas (Ley N.º 1008 de 19 de Julio de 1988)¹³, cuando se toca el tema del tratamiento de los drogodependientes. En el Título VII “Tratamiento, rehabilitación y reinserción social” se toca varios temas:

1. Creación de los centros de rehabilitación públicos: “institutos y centros de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación para la dependencia química, física y psíquica (farmacodependencia), en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los consumidores de sustancias controladas”
2. Funcionamiento de los centros privados
3. Designación de instituciones responsables para supervisión de los centros (Art. 136).
4. Se elaboran los conceptos para definir a las personas con los problemas de adicción como farmacodependientes o toxicómanos y los rehabilitados como “ex - toxicómanos”
5. Se estipulan las reglas para la admisión: Vía judicial, por la solicitud de los familiares o por la voluntad propia (Art. 137).
6. El tiempo de permanencia en los centros (Art. 138).
7. La situación de los menores de edad y su tratamiento

¹³ <http://www.dgsc.gob.bo/normativa/leyes/1008.html>

8. La búsqueda de los mecanismos de la reinserción social y laboral (Art. 144).

Esta Ley 1008 fue complementada con el Decreto Supremo 22099 (28-diciembre-1988) con el Título VII sobre el Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social ¹⁴ donde, por un lado, se reforzaba el tema “del consumo ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas” y por el otro, se hacía hincapié sobre la inserción social y laboral, prohibiendo la discriminación de las “personas rehabilitadas socialmente adaptados” (Art. 35).

Los puntos que se precisaba en este documento estuvieron relacionados a:

1. Institucionalización del Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) ¹⁵ como el órgano superior para “desarrollar planes y programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, así como reinserción social” (Art. 37)
2. El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública como entidad controladora de “los institutos de tratamiento y rehabilitación” (Art.42) y al nivel nacional de las unidades sanitarias (Art.43).
3. El desarrollo de las políticas de rehabilitación para menores farmacodependientes se delegaba a la Junta Nacional de Solidaridad y Desarrollo Social en coordinación con el Consejo Nacional de Prevención y Rehabilitación (Art.45).
4. La situación de los menores de edad fue estipulada a través de “la internación obligatoria para su tratamiento y rehabilitación en centros especializados de salud” (Art.44) creados a nivel departamental (Art.46).
5. Se determinaba el tratamiento para los “menores de 16 años que incurran en hechos calificados como delitos tipificados en la ley 1008” (Art.47)

¹⁴ <http://www.dgsc.gob.bo/normativa/leyes/1008.html8>

¹⁵ Sin embargo, parece que CONALTID no logró funcionar, puesto en Ley 1788 de 16 de septiembre de 1997 nuevamente se determina su creación. En 2010, se refuerza la institucionalidad de CONALTID como “el máximo organismo para la definición y ejecución de las políticas de lucha contra el tráfico ilícito de drogas y sustancias controladas”, integrado por los ministros de Relaciones Exteriores, de la Presidencia, de Gobierno, de Defensa y de Salud y Deportes (Decreto Supremo N° 649, 29 de septiembre de 2010). www.lexivox.org › norma › BO-DS-N64. A fines del año 2020 el gobierno declaró la fusión de CONALTID y UELICN y creación de nueva entidad la Dirección de Apoyo a la Prevención del Consumo de Drogas, Control del Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas y Coca Excedentaria (DIPREVCON). <https://www.paginasiete.bo/seguridad/2020/12/22/uelicn-conaltid-desaparecen-en-el-nuevo-plan-antidrogas-278806.html>

Casi veinte años después se vuelve al problema de los centros de rehabilitación para los jóvenes por medio de la Ley N.º 3739 del 23 de agosto de 2007, donde se declara “la necesidad nacional a la construcción, equipamiento, implementación y/o funcionamiento de Centros de Rehabilitación para niños, niñas, adolescentes y jóvenes alcohólicos y drogadictos en los nueve Departamentos” y se conformara una Comisión Interinstitucional entre representantes del Ministerio de Salud y Deportes, Prefecturas de Departamentos y Gobiernos Municipales¹⁶.

Recién en 2017 el tema vuelve a tratarse en la Ley N.º 913 del 16 de marzo de 2017¹⁷. El capítulo V que trata sobre la “Prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno” hace un énfasis sobre la organización de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, integrada por el Sistema red de Nacional de Seguridad Ciudadana en el marco de las políticas del CONALTID (Art. 29). La parte importante de esta red constituían las Entidades Territoriales Autónomas a nivel de la gobernación y municipio.

Es importante señalar que los nuevos conceptos que se usan respecto a las personas son: Drogodependientes a diferencia de los “farmacodependientes o toxicómanos” (1988) y “drogadictos” (2007), sino como “drogodependientes” o “personas con adicciones”, tomando en cuenta “su entorno” y se trata sobre la “prevención integral”. El marco de la acción hacia “las personas, familias, comunidades y la población en general” para “promover el bienestar y seguridad” (Art. 32) se señala que “el enfoque para el tratamiento es bio – psico – social. Se incorporan las perspectivas de género y generacional, programas de tratamiento para personas privadas de libertad y las personas en situación de la calle. Se garantiza el acceso a los programas de tratamiento “médico y terapéutico de los consumidores de sustancias controladas, desde un enfoque de salud pública” (Art.36) reglamentado a partir de orden judicial, solicitud familiar y solicitud voluntaria (art.35).

¹⁶ [www.lexivox.org › norms › BO-L-3739](http://www.lexivox.org/norms/BO-L-3739)

¹⁷ [www.dgsc.gob.bo › normativa › leyes › Ley 913](http://www.dgsc.gob.bo/normativa/leyes/Ley_913)

El Reglamento de la ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas (Decreto Supremo N.º 3434, 13 de diciembre de 2017)¹⁸ refuerza el tema del funcionamiento de la Red (Art. 65) a través del establecimiento de “los mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional” y entre los muchos aspectos que toca, parece importante el tema institucional en cuanto a la coordinación “con los Servicios Departamentales de Salud - SEDES y los Servicios Departamentales de Gestión Social - SEDEGES, la acreditación de los servicios públicos y privados de atención para drogodependientes y personas en situación de calle, a nivel nacional”. En cuanto al enfoque, se trata sobre las “poblaciones vulnerables... de personas con adicciones y su entorno”, estipulando específicamente la cuestión de ingreso (Art. 68).

Estas últimas disposiciones gubernamentales están en concordancia con los modelos internacionales para el “Tratamiento de los Trastornos Relacionados con el Uso de Drogas de la UNODC y la OMS” en el marco del Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea (COPOLAD) y la UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crime)¹⁹ y se relacionan con el Proyecto de Apoyo a la Reducción de la Demanda de Drogas Ilícitas en los países de la Comunidad Andina (PREDEM) denominado “Treatment International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres”²⁰.

En el marco de este programa, se contempla el “Objetivo de Rehabilitación de Drogodependientes” para “abordar las consecuencias negativas para la salud y la sociedad originadas por la dependencia de sustancias, mediante la implementación de programas de tratamiento de la farmacodependencia y de programas de reinserción social”. Entre los logros se destaca la capacitación de los profesionales en salud, profesionales en el ámbito educativo, facilitadores capacitados en el programa de Familias Fuertes, en las ciudades de La Paz, El

¹⁸ <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-N3434.html>

¹⁹ En 2010 el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia y UNODC firmaron un convenio Programa País para Bolivia (2010-2015) “Fortalecimiento de la capacidad de Bolivia para responder a las amenazas de la droga, crimen organizado, el terrorismo, la corrupción y los delitos económicos”

https://www.unodc.org/documents/bolivia/Programa_Pais.pdf

En 2016 el Programa País para la gestión 2016-2020 contó con el presupuesto total de 22.1 millones de Sus.

²⁰ Bolivia. Informe de evaluación sobre las políticas de drogas OEA, CICAD, MECANISMO DE EVALUACIÓN MULTILATERAL (MEM), 2019.

Alto, Cochabamba, Sucre y Santa Cruz de la Sierra, facilitadores jóvenes y donación de insumos, equipamiento y fármacos al Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios,” valorada en USD 69.002,13.²¹ Anteriormente, con el Programa País se beneficiaron y se ampliaron los centros de rehabilitación «San Vicente» en La Paz y «Santa Aquilina y San Vicente» en Alto Beni: “Según el Consejo Nacional del Tráfico Ilícito de Drogas en las obras de ampliación, refacción, equipamiento y mejora de atención de las comunidades terapéuticas, se invirtieron 214.920 dólares, de los que se solicitó a la UNODC 174.000 dólares y el aporte del propio proyecto fue de 40.920”²² .

2.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DIAGNÓSTICO

Objetivo General

Analizar los alcances y las deficiencias de los modelos de rehabilitación, en tres comunidades terapéuticas de la ciudad de La Paz: Caso Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”, Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” y Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”

Objetivos Específicos

- Examinar los alcances y las deficiencias de los diferentes modelos de tratamiento a través del estudio de las normas, límites, responsabilidades, así como los roles de trabajo y convivencia,
- Establecer las dificultades en el proceso de tratamiento que obstaculizan el proceso de rehabilitación.
- Establecer las limitaciones institucionales que obstaculizan el proceso de rehabilitación.
- Identificar los factores sociales, familiares y personales que obstaculizan el proceso de rehabilitación.
- Consecuencias de las debilidades en los tratamientos de rehabilitación.

²¹ https://www.unodc.org/bolivia/es/prevencion_del_uso_indebido_de_drogas.html

²² <https://www.lasdrogas.info/noticias/bolivia-entregan-ampliacion-de-centros-de-rehabilitacion-de-drogo-dependientes/>

2.3. MARCO TEÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Marco Teórico

Para el abordaje del análisis sobre la comunidad terapéutica se puede emplear diferentes enfoques teóricos, partiendo desde la sociología de la desviación que se centra tanto en el análisis de las transgresiones de las normas sociales y los comportamientos que derivan de éstos, como el sistema del control social que se construye para evitar o manejar estas transgresiones. Existen numerosos campos de estudio dentro de la sociología de la desviación, desde las microsociológicas (teorías clásicas, enfoque biológico, teorías ambientales y las teorías plurifactoriales; teorías estructural-funcionalistas, teorías subculturales, teorías del conflicto), hasta las microsociológicas (teorías del proceso social: aprendizaje, control social y etiquetado) (Vicente Cuenca, 2011). Por lo que se refiere al tema de las comunidades terapéuticas, la sociología clásica nos empuja a concentrar el análisis principalmente en teorías en las del control social, específicamente las que analizan las instituciones a partir, por ejemplo, de las reflexiones de la epistemología política de Foucault y “sus trabajos genealógicos en el campo de la desviación social” (Varela, Álvarez-Uría, 1989: 36), quien visibiliza la articulación del poder y el saber analizando el funcionamiento de instituciones como hospitales, manicomios, cárceles y otros, que describe Foucault en el libro *Vigilar y Castigar*. Estas instituciones y sobre todo la cárcel y el manicomio eran dos instituciones privilegiadas para disciplinar los cuerpos y las mentes de “anormales”: “locos”, “enfermos”, “las personas que hay que corregir”. Para corregirlos, se empleaban “técnicas de normalización y poderes de normalización”, manejados y operados por varias instituciones y tratados “entre saber médico y el Poder Judicial” (Foucault, 2000: 39). Las ideas de Foucault pueden “ser catalogados bajo el rótulo de la historia de la desviación, de las teorías de marginalidad, de las investigaciones sobre los ámbitos residuales de las sociedades capitalistas” (Varela, Álvarez-Uría, 1989: 31).

En este sentido en su clásico libro “*Nacimiento de la biopolítica*” Foucault reflexiona sobre el tema de la criminalidad y punidad respecto al “problema de la droga, que, al ser en sí misma un fenómeno de mercado, supone un análisis económico, una economía de la criminalidad mucho más accesible, mucho más

inmediata” (Foucault, 2007: 299). Descarta “el ideal o el proyecto de una sociedad exhaustivamente disciplinaria en la que la red legal que aprisiona a los individuos sea relevada y prolongada desde adentro por mecanismos, digamos normativos”, sino “una sociedad en la que haya una optimización de los sistemas de diferencia...en la que se conceda tolerancia a los individuos...en la que hay una acción no sobre los participantes del juego, sino sobre las reglas del juego...en la que haya una intervención que no sea del tipo de sujeción interna de los individuos, sino de tipo ambiental” (Ibid.). Aunque no proporciona mucha claridad a sus ideas, podemos intuir que habla, quizá, sobre otra manera de encarar el problema de la manera más humana, lo que, a nuestro parecer, constituye el modelo de las comunidades terapéuticas.

En la misma época que Foucault reflexionaba sobre la genealogía del poder y las instituciones, al otro lado del Atlántico, los sociólogos norteamericanos de la nueva escuela de Chicago, donde anteriormente se desarrollaron los estudios culturalistas y funcionalistas, surge un grupo de autores considerados como representantes del interaccionismo simbólico se posesiona entre el campo estrictamente sociológico y la psicología social (Goffman, Lemert, Becker, Matza). Los representantes de esta escuela afrontaron los criterios sobre las conductas “desviadas” establecidos por las autoridades encargadas de los tratamientos e integración de los desviados; criticaron las instituciones norteamericanas encargadas de la corrección y control de los desviados, estudiando su vida institucional y la vida cotidiana con la metodología etnográfica para escudriñar su lógica oculta y reconstruir finalidades ideológicas del poder en el sentido de que, al pretender corregir a los desviados, más bien refuerzan aún más el etiquetamiento. Howard Becker, por ejemplo, desafía el tema de etiquetado social como producto de las políticas empleadas en estas instituciones (López Fernández, 2016). En su libro *Outsiders*, Becker explica la metodología del estudio de las instituciones que debe estar enfocadas en la interacción tanto de los desviados como en los que los obligan a cumplir las normas.

Estudiamos algunas formas de la opresión, y los medios por los cuales la opresión alcanza el estatus de algo "normal", "cotidiano" y legítimo. La mayor parte de la investigación de tipo interaccionista de la desviación se ha

concentrado en los participantes inmediatos del drama localizado: Quienes se involucran en diversas formas de vicios y delitos, y aquellos con quienes se topan en sus actividades diarias. Nos hemos concentrado más en los agentes de policía, asistentes de instituciones psiquiátricas, personal penitenciario o psiquiatras que en sus superiores o los superiores de sus superiores (Becker, 1963/2014)

A su vez, en el libro “La Sociedad de los Cautivos” de Gresham Sykes (1958/2017) muestra el ejercicio del poder por parte de la dirección y funcionarios de una prisión de máxima seguridad que no se basa sólo en la violencia, sino también en las negociaciones y manipulaciones, así como tolerancia de ciertas infracciones. La existencia de los “códigos de los reclusos”, basada en la cultura específica que se desarrolla en estas instituciones, rompía los esquemas del “control total” por parte de las autoridades. El propio Sykes señalaba que se reconoció que la cárcel, como cualquier otro sistema social complejo que persiste en el tiempo, no podía gestionarse exclusivamente mediante el uso de la fuerza, sino que era necesario contar con algún grado de cooperación voluntaria de los sujetos gobernados. El problema, entonces, consistía en el modo de obtener esa cooperación...mediante un sistema de recompensas ilegales o prohibidas (Sykes, 2017: 204).

El conocido libro Internados de Erving Goffman (1961/1970) constituye una especie de diálogo con el libro de Sykes; muestra el mundo de las instituciones especializadas en el tratamiento de los enfermos mentales. No sólo critica el hecho que en estas instituciones el paciente se convierte en el objeto, sino que sostiene que “el orden interactivo” de éstas es jerárquico y ordenado, constituido de relaciones, acuerdos y compromisos en base de reglas, normas y rituales que rigen en las instituciones (Herrera Gómez, Soriano Miras, 2006: 62). Las reglas de este orden son, por un lado, convencionales y, por el otro, consideradas justas; de la misma manera funcionan dos tipos de normas: de consenso y contrato social. En la sociedad en general y en las instituciones en particular, este “orden interactivo” se basa en las relaciones formales o informales, espontáneas y programadas, paritarias o jerárquicas.

David Matza en El Proceso de Desviación (1969/1981), a su vez realiza el análisis crítico del concepto mismo de la “desviación” que, según él, depende de los

contextos sociales y, sin renunciar al enfoque jurídico institucional, sugiere desistir de la corrección y del excesivo control a los sujetos etiquetados como desviados, en cambio emplear la empatía y la comprensión para éstos, considerados por el normales. Conjuntamente con el Sykes Gresham elabora “Técnicas de neutralización: una teoría de la delincuencia” (1959/2004) donde explican que los delincuentes no se rigen por las reglas o normas sociales, sino que emplean técnicas de neutralización que los liberan del sentimiento de culpa y evaden el control social; es el medio social donde aprenden ciertas conductas. Los autores sugieren que hay que estudiar estas técnicas y, a la vez, contextualizar estas conductas según las circunstancias y el lugar. Estos trabajos fueron considerados como un gran aporte para una nueva sociología de desviación que se enriqueció con los nuevos aportes de David Garland, uno de los sociólogos actuales más importantes sobre estos temas, puesto que analizó la genealogía de la cultura del control y orden social en la sociedad contemporánea (2005). El foco del análisis del autor constituye el cambio de las políticas en Estados Unidos y en el Reino Unido desde una posición de intervenciones rehabilitadoras en las cárceles y sugiere que:

Mientras que anteriormente la personalidad o las relaciones sociales del individuo fueron el objeto de los intentos de transformación, el blanco ahora es la conducta delictiva y los hábitos más estrechamente conectados a ella. El objetivo inmediato ya no es mejorar la autoestima del delincuente, desarrollar la capacidad de discernimiento o prestar servicios centrados en el cliente, sino imponer restricciones, reducir el delito y proteger al público (Garland, 2005: 264).

El autor calificó a esta política como “neoliberalismo de libre mercado y conservadurismo social” que rige en el mundo anglosajón, pero fue imitada en otros países (Ibid.: 137). El reflejo de esta política se observa también en las cárceles en Bolivia donde no se persigue la idea de rehabilitación y reinserción a la sociedad, sino la del cumplimiento del castigo y defendiendo a la sociedad del peligro (Spedding 2008, Reyes García, 2015). Magali Quispe, estudiando las actividades de los privados en libertad en la cárcel de San Pedro (2010-2012), señala que, a pesar del discurso imperante de rehabilitación por medio del trabajo en Bolivia, la administración tan sólo cumple con las funciones de supervisión y

coordinación, aunque “el estado tiene la obligación de dotar de trabajo a todos los internos como parte del proceso de readaptación o rehabilitación” (Quispe, 2015:103). Y si en esta cárcel se realizan cerca de 22 actividades, es por la auto-rehabilitación y por el apoyo recibido de la familia, ONG, iglesias, voluntarios, etc. Por otro lado, los mismos presos muchas veces asocian la rehabilitación como el abandono del consumo de drogas (Ibid.99). Esta retórica tanto de las autoridades, medios de comunicación y la sociedad en general sobre una relación estrecha entre el consumo y el delito, se reforzó durante la Guerra contra la Droga, que empezó en los años 90, la que dio pie al aumento de los arrestos relacionados con el tema de las drogas en los Estados Unidos e Inglaterra. Uno de los postulados de esta guerra es considerar a los consumidores como delincuentes y, por lo tanto, deben tener un mayor castigo frente a los otros, como resultado:

(...) las prisiones y cárceles para procesados se utilizan cada vez más como un depósito faute de mieux para los enfermos mentales, los drogadictos y las personas pobres y enfermas a quienes los servicios sociales debilitados ya no pueden proveer de alojamiento adecuado (Garland, 2005: 292).

A diferencia de otros países, en las cárceles de Bolivia existe la venta de droga y las autoridades penitenciarias tienen el conocimiento de ello (Pinto, 1995), además se justifican que muchos reclusos se sienten más protegidos en la cárcel que afuera, siendo “su adicción a la droga y al alcohol dentro de los penales con menores riesgos que afuera” (Cit, en Quispe, 2015: 104). La venta de droga es calificada como “rubro no reconocido” (Ibid., 54) y muchos presos son vendedores, otros empiezan a consumir en el recinto penitenciario por varios motivos, sobre todo psicológicos y, en cuanto la actividad de la venta de droga, ésta es posible no sólo porque existen las estrategias de los propios presos, sino a causa de los arreglos con los policías (Ibid., 74). Si el tema sobre el sistema penitenciario atrajo la mirada de los sociólogos bolivianos que se basaron en su análisis sobre los autores de las teorías de la desviación social y la interacción social, el tema de los centros de rehabilitación, no ha ocupado un significativo interés aún.

Partiendo de las definiciones elaboradas por la sociología de desviación e interacción social, se puede indagar en qué medida algunos centros de

rehabilitación o comunidades terapéuticas se asemejan a las instituciones totales y diferencian en cuanto a la mayor rigidez o la apertura, exclusión o inclusión se trata. El análisis del orden interactivo característico para las comunidades terapéuticas, las prácticas de interacción y relaciones de “cara a cara” formales o informales, simétricas o asimétricas, regidas y articuladas por las reglas, normas y rituales; permite calificar distintos tipos de instituciones y modelos de rehabilitación.

Sin embargo, este análisis no será completo sin el empleo de teorías institucionalistas, tomando en cuenta que, por un lado, estos centros poseen características comunes y peculiares de otras instituciones y, por el otro, el surgimiento de las comunidades terapéuticas está relacionado con el proceso del distanciamiento con los modelos tradicionales del tratamiento para consumidores de drogas; este cambio se debe a los procesos de las democratizaciones de la vida social. Este modelo cada vez tiene una mayor aceptación y quizá, se puede explicar desde la perspectiva de las teorías institucionalistas como, por ejemplo, de la “nueva economía institucional” que sostienen que las instituciones funcionan en base de la armonía de normas y reglas y proponen analizar éstos como “sistemas de reglas sociales establecidas y extendidas que estructuran las interacciones sociales” (Hodgson, 2011:22).

Desde luego, estas comunidades comparten rasgos característicos de otras instituciones como, por ejemplo, “interacción de agentes”, “características concepciones y rutinas comunes”, “concepciones y expectativas compartidas” y otros. Es importante considerar el concepto del hábito como parte de la habilidad cognitiva que se aprende por medio de las instituciones y se convierten en costumbres (Ibid.).

Sin negar las prácticas diferenciadoras institucionales revelados por la sociología de interacción social, la antropología simbólica ofrece miradas más amplias en cuanto a pensar que las instituciones encargadas de los desviados “otorgan identidad”, “fomentan la mutua confianza y ésta es la base de la comunidad”. Por medio de las instituciones las personas adquieren “experiencia social...las pautas de autoridad...pensamiento institucional”, sin negar que son etiquetados y

clasificados (Douglas, 1996: 97). Es el paso de transformación que experimenta, de ser un desviado tratado como objeto de control de las instituciones totalizadoras a ser un miembro de la comunidad terapéutica. La aplicación del concepto del don propio del estructuralismo de Mauss (2009), permite analizar los aspectos de la convivencia dentro de la comunidad terapéutica que se basa sobre el intercambio y la reciprocidad. La ayuda mutua y la reciprocidad forma parte de la dinámica grupal durante todas las fases por las que transita el individuo en las comunidades terapéuticas. Esta nueva solidaridad o el regreso de la reciprocidad (Canals Sala, 2002) que recoge la visión del científico social Karl Polanyi (2003) sobre la mutualidad- reciprocidad puede ser aplicada sobre las comunidades terapéuticas en el sentido de que forma una red solidaria fuera del mercado y en muchos casos, contra las reglas del mercado. A su vez, la distribución de roles dentro de la comunidad puede ser vista desde la perspectiva estructuralista del antropólogo social Radcliffe-Brown (1975), puesto que se basan en los vínculos entre sus miembros que sostienen la estructura de este “parentesco simbólico” y mantienen la relación de interdependencia fundada en los derechos y deberes mutuos, costumbres sociales, términos a que refieren a los miembros de la comunidad, etc.

Todos estos elementos marcan las diferencias entre los modelos de las comunidades terapéuticas y también se proyectan fuera de las comunidades en cuanto a los lazos y relaciones de que mantienen sus miembros fuera de ésta, siendo la rehabilitación definida por una serie de indicadores tanto biomédicos (expresados en las estadísticas) como sociales. Sin embargo, el proceso de rehabilitación es a largo plazo y no depende exclusivamente de las políticas de las comunidades terapéuticas, sino también del contexto sociocultural boliviano o incluso global, también de los factores individuales y familiares, sociales, económicos y laborales. El debilitamiento de los vínculos sociales durante la segunda modernidad caracterizada por Bauman (2003) como la “modernidad líquida y la incapacidad de la sociedad de integrar a los individuos de manera adecuada, crisis de la identidad, de los valores tradicionales de los “hijos de la libertad” (Beck, 1997), pueden ser las repuestas para reflexionar sobre los factores

que obstaculizan la rehabilitación y convierten a los miembros de las comunidades terapéuticas en “sujetos frágiles”.

Las diferentes teorías y ramas analizadas pretenden dar una idea de lo que es una comunidad terapéutica, tomando en cuenta las características que puede mantener de una institución totalizadora y características de un tipo de institución con un método más humano, como el que proponen los críticos a estos métodos e instituciones.

Para que la sociología pueda comprender, analizar y describir a las comunidades terapéuticas para adicciones, tiene que nutrirse de estudios y contribuciones del área de la psicología para diferenciar a su población y al tipo de institución de las descritas por las teorías apoyadas en la sociología de la desviación. El hecho de entender a una comunidad terapéutica partiendo de la sociología de la desviación o la perspectiva clínico-psiquiátrico, limita la concepción real y teórica de una comunidad terapéutica (y de su población).

La psicología maneja el tratamiento de adicciones con una perspectiva más abierta y flexible, además la implementación de un tratamiento psiquiátrico o farmacológico es un recurso utilizado como última alternativa. El aporte de la psicología permite visibilizar que hay alternativas (ya sea con una de las técnicas que utilizan actualmente u otras) en las que no se considera a su población como enfermos mentales o criminales y las instituciones que manejan el tema de rehabilitación se diferencien de las instituciones punitivas o psiquiátricas.

2.3.2. Marco Conceptual

El marco conceptual, ayuda a identificar conceptos importantes para la parte operativa del diagnóstico. En el presente estudio trabajaremos con los siguientes conceptos:

Adicción, rehabilitación, reducción de daños, consumo, tipos de consumo comunidad terapéutica, miembros de las comunidades terapéuticas, enfoques, modelos de comunidad terapéutica, estructuras de convivencia, prácticas e interacción en convivencia como la estrategia para la rehabilitación, técnicas, (donde muchos de estos conceptos engloban lo que definimos como “dificultades en los modelos de intervención”, definidas dentro del estudio como: “las limitaciones institucionales” (caracterizadas por condiciones materiales, disposición de recursos humanos, financiamiento hacia la institución, sus sistemas internos de seguimiento por tratamiento y sus sistemas de evaluación internos) y obstáculos externos tales como 1) aspectos sociales (aspectos económicos que influyen en sus decisiones para con el tratamiento, la influencia que ejercen los grupos sociales y laborales), 2) aspectos individuales o personales (como la influencia negativa para con el tratamiento generado por la familia o pareja),

patologías severas o casos psiquiátricos y carencia de verdadera motivación) y por finalmente ciertos conceptos como: recaída, aumento de consumo y re-internación, serán necesarios para explicar los efectos del problema analizado.

El cuadro de operacionalización ordena estos factores de forma que ayuda a definir las dimensiones, los componentes y las variables, facilitando la estructuración y coherencia de la recolección de datos e información²³.

Adicción

En el estudio se utiliza el termino adicción (a las drogas o alcohol) a partir de una revisión de términos de la Organización Mundial de la Salud, el cual se define como:

“Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (...) . En la década de los años 60 la Organización Mundial de la Salud recomendó que dejaran de usarse ambos términos a favor del de dependencia²⁴, que puede tener varios grados de severidad. (...) pero sigue siendo un término ampliamente utilizado tanto por los profesionales como por el público (en) general (OMS, 1994:13)

El termino adicción, no solo es usado para el presente estudio y por la O.M.S., sino que, de hecho, estas comunidades terapéuticas se dedican a ayudar a la población con cualquier tipo de adicción y en sus usuarios no se hace diferenciación del tipo de adicción o sustancia.

Rehabilitación

²³ Ver en anexos Cuadro N°2 Cuadro de Operacionalización de Variables

²⁴ Sin embargo, se utilizará el termino de adicción

La Organización Mundial de la Salud define a la rehabilitación:

“En el campo del consumo de sustancias, (como el) proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de sustancias alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos.

La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial del tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico), engloba diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda²⁵ mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o un piso protegido²⁶, formación profesional y experiencia laboral. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad. (OMS, 1994: 54)
27”

La definición de la OMS, que pretende el bienestar físico, psicológico y social del individuo, y no referencia el consumo de sustancias lo cual da paso a diferentes interpretaciones sobre lo que representa la sustancia en sí, dentro de la rehabilitación del individuo. La posición de las comunidades terapéuticas en Bolivia acerca del consumo de sustancias post tratamiento es de cero consumo, he de ahí la rigidez con las recaídas de sus usuarios, a excepción del C.B.S. “Vida” (institución que puede considerar la reducción de daños como objetivo alternativo).

Reducción de daños

Reducción de daños es un término que puede acompañar al concepto de la rehabilitación, que apunta a la disminución de los efectos negativos del consumo de alcohol o drogas y no necesariamente con un objetivo de consumo cero de

²⁵ Grupo en el cual los participantes se ayudan mutuamente a recuperarse o a mantener la recuperación de la dependencia del alcohol u otra droga, de los problemas relacionados o de los efectos de la dependencia de otra persona, sin tratamiento ni orientación profesional. Los grupos más destacados en la esfera del alcohol y otras drogas son Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos y Al-Anón (para familiares de alcohólicos), que forman parte de una amplia variedad de grupos de doce pasos basados en un método espiritual y no confesional (OMS, 1994: 37).

²⁶ Lugar de residencia (o tratamiento residencial) que sirve de etapa intermedia entre un programa terapéutico con hospitalización o internamiento y la vida totalmente independiente en la comunidad. El término se aplica al alojamiento que se da a personas que dependen del alcohol o las drogas y que se esfuerzan por mantenerse sobrios (OMS, 1994: 48)

²⁷ El subrayado propio indica cómo la opción médica, farmacológica es considerada inmediatamente en el tratamiento de rehabilitación

las sustancias. Arrimándonos a la definición de la OMS, reducción de daños (harm reduction):

“(...) Se utiliza especialmente para referirse a las políticas o programas que intentan reducir” los daños sin afectar necesariamente al consumo de drogas subyacente; podemos citar, a título de ejemplo, el intercambio de agujas y jeringuillas para contrarrestar el uso compartido de agujas entre los heroinómanos o la instalación de airbag en los automóviles para reducir las lesiones en los accidentes de tráfico, especialmente, los provocados por la conducción bajo los efectos del alcohol...”(OMS, 1994:54)

El C.B.S. “Vida” es la única comunidad terapéutica en Bolivia que flexibiliza su tratamiento, permitiendo aplicar la reducción de daños como objetivo alternativo en su tratamiento para gran parte de sus usuarios.

Consumo (alcohol o drogas)

Consumo (sobreentendiendo que se refiere a alcohol o drogas) es el término utilizado tanto en los diferentes tipos de tratamientos (psiquiátrico, psicológico o médico) para adicciones como por la OMS y el presente estudio. Puntualmente, por consumo (alcohol o drogas) (use alcohol or drug) se entiende como *“Autoadministración de una sustancia psicoactiva”* (OMS, 1994: 25).

Además del concepto general de consumo, la OMS, maneja más de 10 diferentes términos para clasificar los tipos o grados de consumo de sustancias psicoactivas²⁸.

Tipos de consumo

El objetivo de usar estas definiciones es el proporcionar un pequeño panorama sobre la diferenciación entre tipos de consumo. De los diferentes tipos de consumo, cuatro, pertenecen a la categoría 1, de consumo moderado o controlado y cinco pertenecen a la categoría 2, de consumo problemático.

²⁸De estas diferentes clasificaciones se mencionan 10 de ellas, las consideradas representativas para la población de estudio.

1. Consumo controlado de alcohol, consumo controlado de drogas, consumo moderado y consumo social
2. Consumo de riesgo, consumo abusivo, consumo excesivo episódico y habitual, consumo perjudicial y consumo problemático

Consumo moderado o controlado.

Consumo controlado de alcohol. - *“Consumo que se modera para evitar la intoxicación o el consumo de riesgo (...) hay motivos para poner en duda la capacidad de beber de manera controlada en todo momento, como sucede con las personas que han mostrado signos de dependencia al alcohol o de consumo perjudicial”. (OMS, 1994: 25-26)*

Consumo controlado de drogas. – *“cuando se aplica al consumo (controlado) de otras sustancias psicoactivas, el termino (...) expresa un consumo regular y no compulsivo de la sustancia que no afecta a la función cotidiana (...)” (OMS, 1994:26)*

Consumo moderado. – *“(...) Denota un consumo de cantidades moderadas que no causa problemas” (OMS, 1994:26)*

Consumo social. – *“(...) consumo de bebidas alcohólicas que se ajusta a la costumbre social, principalmente en compañía de otras personas y solo por motivos y formas socialmente aceptables (...)” (OMS, 1994:27)*

Consumo problemático.

Consumo de riesgo. – *“Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor (...) se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no figura ningún trastorno actual (...)” (OMS, 1994:26)*

Consumo abusivo. – *“(...) Se define normalmente como el consumo que supera un volumen diario determinado (p. ej., tres bebidas al día) o una cantidad concreta por ocasión (p. ej., cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana).” (OMS, 1994:25)*

Consumo excesivo de alcohol episódico. – *“(...) consiste en episodios relativamente breves que se producen al menos algunas veces al año. Puede durar varios días o semanas...” (OMS, 1994:26)*

Consumo excesivo de alcohol habitual. – *“(...) consiste en el consumo regular de cantidades de alcohol lo bastante grandes como para perjudicar la salud de la persona o el orden social” (OMS, 1994:26)*

Consumo perjudicial. – *“Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej., hepatitis por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol) (...) El equivalente más aproximado en otros sistemas diagnósticos (...) es “abuso de sustancias”, que normalmente incluye consecuencias sociales” (OMS, 1994:26–27)*

Consumo problemático. – *“Patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales (...). Un bebedor problemático es una persona que ha sufrido problemas de salud o sociales a causa de la bebida (...)” (OMS, 1994:27)*

Comunidad terapéutica

Las características de las comunidades terapéuticas (Comas Arnau, 2008):

1. La permanencia en el centro tiene una duración determinada
2. Cada comunidad terapéutica se orienta hacia un colectivo social con un perfil concreto y preestablecido
3. El ingreso es voluntario
4. Una comunidad terapéutica debe tener un equipo técnico multidisciplinario
5. El equipo técnico debe desarrollar una serie de procedimientos, que faciliten el intercambio de información y la toma de decisiones terapéuticas, se relaciona con las redes generales (sistema de salud)
6. La comunidad terapéutica se ofrece a personas con diferentes tipos de problemas para construir un proyecto de vida alternativa
7. La vida en la comunidad terapéutica es un intento de reproducir una vida cotidiana
8. En una comunidad terapéutica los usuarios no son sujetos pasivos que “reciben una ayuda profesional” sino que adoptan progresivas y crecientes responsabilidades asumiendo roles que con Las características de las comunidades terapéuticas (Comas Arnau, 2008)

Tipos de Comunidad Terapéutica

1. Adictos a drogas y otras adicciones
2. Patologías mentales
3. Los centros de menores
4. Las Unidades Penitenciarias de Reinserción Social
5. Personas maltratadas
6. Mujeres maltratadas
7. Refugiados políticos con historias traumáticas y de tortura
8. Personas que sufren otros desajustes

Existe una definición de la comunidad terapéutica como:

...una micro sociedad donde sus miembros pueden (y deben) ir creciendo y evolucionando, tanto en participación activa como en aprendizaje reflexivo: no solo tengo que aprender a resolver mis problemas dentro del colectivo, sino que debo ayudar a crear menos problemas al grupo social. El aprendizaje consiste en pasar de ser parte del problema a convertirse en parte de la solución, en pasar de ser “un individuo frente a un colectivo” a “un individuo dentro de un colectivo”. (Molina, 2011: 7)

Miembros de las comunidades terapéuticas

Dentro de las comunidades terapéuticas se utilizan diferentes términos para referirse a los miembros de las C.T. que aparentemente su aplicación se difiere según el modelo de la institución, los términos usados son: Paciente, interno, residente, usuario o acogido ²⁹.

Enfoques en las comunidades terapéuticas

²⁹ Los términos ·pacientes· e ·internos· se utiliza en el modelo hospitalario, el termino residente se utiliza en el modelo hombre o comunidad terapéutica de 3 fases, pero en la comunidad terapéutica de Sant´ Aquilina también se utiliza usuario o acogido

En las comunidades terapéuticas se utiliza el enfoque bio-psico-social, las instituciones que trabajan con niños y niñas menores de edad, incluyen lo educativo dentro de su enfoque (bio-psico-social-educativo). En las comunidades terapéuticas estudiadas, ya que trabajan con mayores de edad, utilizado el enfoque en tres áreas.

Rowdy Yates, director ejecutivo de EWODOR (European Working Group On Drugs Oriented Research) define al enfoque bio-psico-social utilizado en las comunidades terapéuticas de la siguiente manera:

“El enfoque bio-psico-social prevé tomar en consideración tres áreas: la biológica/genética; la del “ambiente interior” y la del “ambiente social”. Una buena intervención rehabilitadora en el ámbito de las dependencias abarca la recuperación de las tres áreas. (EWODOR, 2016:1)

Modelos de comunidad terapéutica

En Bolivia se utilizan 4 diferentes modelos en las comunidades terapéuticas, (mencionadas anteriormente) de los cuales dentro de las instituciones de nuestra investigación se utilizan en dos:

1. En Sant’ Aquilina y el Centro Boliviano de Solidaridad “VIDA” se utiliza el Modelo Hombre o Comunidad Terapéutica de 3 Fases.
2. En el Centro de rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” se utiliza el Modelo Hospitalario

Modelo Hombre o Comunidad Terapéutica de 3 Fases tiene como característica importante el hecho de formar a sus propios terapeutas, por ello la peculiaridad del camino que toman las diferentes comunidades terapéuticas en sus métodos y técnicas propias del tratamiento psicológico, lo que vamos a obviar en nuestro trabajo. El trabajo con los miembros de las comunidades se divide en 3 fases:

1. Fase Acogida
2. Fase Comunidad Terapéutica
3. Fase comunidad terapéutica Reinserción social.

En la primera fase (Acogida) se inicia por la desintoxicación y luego la orientación con terapias individuales, mientras se acostumbra a la dinámica de la comunidad. Fase que se destaca por el involucramiento de la familia en el exterior, con terapias familiares (si es que existe el apoyo de la familia).

En la segunda fase (comunidad terapéutica) se empieza a ser miembro activo de la comunidad, con responsabilidades y privilegios, (es la fase más importante, en la que se resuelven los conflictos personales con los métodos de tratamiento diferenciados entre instituciones).

La tercera fase (reinserción social) donde se consolida el proceso de rehabilitación con la reintegración en la sociedad en el ámbito social, laboral y familiar y distanciándose de la institución, mediante el engranaje de la persona dentro de la sociedad.

Es importante recalcar que, si bien el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” se rige en principios y estructura por el modelo hombre o comunidad terapéutica de 3 fases, es la única comunidad que empieza a buscar alternativas en sus métodos terapéuticos y el abordaje de la sustancia, esperando que un número mayor de usuarios logren sus objetivos, los cuales se adecuen a los diferentes casos y esto muchas veces requiere de mayor comprensión y flexibilidad en su método de rehabilitación.

Es por esto, que el estudio analiza de forma separada los modelos de estas dos instituciones ya que el Centro Boliviano de Solidaridad “VIDA” difiere del modelo clásico de comunidad terapéutica de 3 fases usado en Bolivia.

El Modelo Hospitalario también tiene tres etapas:

1. Diagnóstico
2. Comunidad y tratamiento hospital parcial
3. Etapa de seguimiento.

En la primera etapa se realiza un diagnóstico interdisciplinario (psiquiátrico, social y físico) determinando las necesidades de los futuros miembros de la comunidad terapéutica.

En la segunda etapa, la subfase 1. De comunidad. Consiste en ser parte de la comunidad y sus actividades (terapia psicológica y psiquiátrica).

La subfase 2. De hospital parcial. Consiste en que el miembro de la comunidad es atendido por la noche (es decir duerme en la comunidad). El objetivo de esta fase es la reinserción familiar, laboral y social en su comunidad.

La tercera fase 3. Etapa de seguimiento. El miembro de la comunidad se reinserta en la familia y el trabajo. Se hace seguimiento a través de terapias individuales en consulta externa con el psiquiatra.

Estructuras de convivencia como la estrategia para la rehabilitación

Para favorecer el proceso de rehabilitación en las comunidades terapéuticas utilizan las diferentes estrategias que son distintas normas y, reflejan la estructura social de la convivencia que, dependiendo del modelo de la comunidad son más abiertos/cerrados; incluyentes/excluyentes. Como ya hemos señalado, a no vamos analizar los métodos propios de la psicología y psiquiatría, sino, el estudio de normas, límites y responsabilidades establecidas con una distribución clara en sectores y roles de trabajo, con unos horarios y hábitos de la vida cotidiana establecidos y mantenidos en el tiempo (higiene, sueño, alimentación, tareas de la vida diaria.) sumados a la vivencia en valores que supone un proceso de rehumanización de mayor o menor duración (Molina, 2011: 3).

Prácticas e interacción en convivencia como estrategia para la rehabilitación

Se trata de la convivencia cotidiana dentro de la comunidad y cómo funcionan “cara a cara”, que prácticas respecto a las relaciones interpersonales horizontales y verticales; la interacción, normas, límites, roles, la ritualidad existente en cada comunidad y, como éstas estas normas y límites favorecen o no al proceso de rehabilitación. Además, como los hábitos y normas aprendidas dentro de la institución influyen sobre la posibilidad de la reinserción a la sociedad.

Técnicas

Existen varias técnicas para el tratamiento de los individuos, desde el inicio hasta el final del programa, que deben atender a las múltiples necesidades del individuo, el plan de tratamiento y de servicios individuales debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atienda

las necesidades de cambio en la persona (Becoña, 2008: 16). Las técnicas que se utilizan son: terapia motivacional³⁰, terapia cognitiva conductual³¹ y terapia de facilitación de 12 pasos³²

Limitaciones Institucionales

Englobamos como “limitaciones institucionales” a los recursos materiales y recursos humanos de los cuales disponen para su adecuado funcionamiento, así como los sistemas y recursos que usan para realizar el seguimiento (posterior al tratamiento) y la evaluación de los modelos de tratamiento.

También es importante indagar sobre el financiamiento económico que reciben las diferentes instituciones.

Al respecto, el estudio se ha limitado a un análisis general en cuanto a limitaciones o beneficios de reinserción.

Obstáculos Externos

Tales como 1) aspectos sociales (aspectos económicos que influyen en sus decisiones hacia el tratamiento, la influencia que ejercen los grupos sociales y laborales), 2) aspectos individuales o personales (como la influencia negativa para con el tratamiento generado por la familia o pareja), patologías severas o casos psiquiátricos y carencia de verdadera motivación).

Recaída

El concepto puntualmente definido por la OMS, es el siguiente:

“Recaída (relapse) Acción de volver a beber o a consumir otra droga tras un período de abstinencia, acompañada a menudo de la reinstauración de los síntomas de

³⁰ La terapia motivacional no sólo de motivación del individuo para entrar y seguir en el tratamiento, sino también de motivación para el cambio, por supuesto, atendiendo a las diferentes necesidades que se van generando, que son de índole psicológica en su mayoría. (Becoña, 2008; 17)

³¹ La TCC supone un enfoque más comprensivo y consiste básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma (Becoña, 2008:41).

Entre las técnicas cognitivo conductuales utilizadas dentro de las instituciones estudiadas son: entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, entrenamiento en manejo del estrés y la ira, entrenamiento en relajación, entrenamiento en asertividad y entrenamiento en habilidades para la vida

³² Los 12 pasos es una terapia grupal para fomentar la abstinencia “en la que predominan tres aspectos fundamentales: la aceptación, que incluye la toma de conciencia de que la drogadicción es una enfermedad crónica progresiva que el adicto no puede controlar (...) la entrega, que implica someterse a un poder superior, aceptar la estructura de compañerismo y de apoyo de otros adictos en su recuperación (...) y la participación activa en las reuniones de 12 pasos y actividades afines.” (NIDA, 2010: 59)

dependencia. Algunos autores diferencian entre recaída y caída (en el sentido de “tropiezo”); esta última denota una ocasión aislada de consumo de alcohol o drogas” (OMS, 1994: 53).

Aumento de consumo

Si bien esta información es rescatada a partir de la observación participante y notas de campo en la institución “San Juan de Dios”, me parece que dejan entender, como es la evolución del consumo de adicciones, y si bien existen conceptos para los distintos grados de consumo³³ la intención del estudio es analizar los efectos que se producen luego de un tratamiento de rehabilitación deficiente.

Re-internación

La re-internación es un término realmente muy utilizado dentro de las instituciones, por lo general se usan términos como: “ex interno” o “ex residente” (también se usa de forma más jocosos, por así decirlo, el término “reciclado” y términos más fuertes como “personas institucionalizadas”).

Dentro de las definiciones de la OMS, existen varios conceptos que hacen referencia a los tipos de consumo que puede haber, pudiendo o no tener relación con tratamientos de rehabilitación, pero no define al consumo postratamiento o un término relacionado a las “re-internación”.

Usuario(s)

Las instituciones estudiadas manejan diferentes términos para referirse a su población, entre los términos más usados están: Pacientes³⁴, acogidos³⁵, residentes y usuarios³⁶. El presente estudio utiliza los cuatro términos, según la institución que este siendo descrita, pues es la forma en la que la institución en cuestión, se refiere a su población, sin embargo para la descripción de los resultado y el posterior proyecto del presente estudio diagnostico se utiliza el termino usuario(s), ya que pues se ha considerado que no todas las personas

³³ conceptos como “consumo abusivo”, “consumo controlado”, “consumo de riesgo”, “consumo problemático”, “consumo excesivo”, (OMS, 1994: 25.27)

³⁴ El término pacientes, solo lo usa el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”

³⁵ El término acogidos, solo lo usa la C.T. “San’t Aquilina” aunque cada vez en menor medida y el término empieza a entrar en desuso dentro de la institución y sus documentos actuales.

³⁶ El término residentes y usuarios, es utilizado en las tres instituciones estudiadas.

parte de las instituciones comparten las características de pacientes, acogidos o residentes³⁷, pero en concreto, todos son usuarios de este tipo de instituciones.

³⁷ Se ha considerado que no todos los usuarios son residentes, pues existe el tratamiento ambulatorio, en el cual los usuarios no residen dentro de la institución.

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

Para realizar una descripción completa del planteamiento metodológico del estudio, se describirá los siguientes aspectos.

- El enfoque metodológico general
- Los métodos y técnicas para la observación empírica
- Los instrumentos para el registro y levantamiento de información
- La sistematización y procesamiento de la información primaria y secundaria
- Los procedimientos para el tratamiento de la información

Enfoque metodológico general

En el presente estudio diagnóstico y posterior propuesta de intervención, se orienta hacia la sociología aplicada, que en este caso el problema del estudio se ha formulado con una intención práctica. El ámbito en el que se formula el problema de investigación es de la observación propia sobre las reiteradas internaciones de los usuarios dentro de este tipo de instituciones y las dinámicas internas de estas instituciones.

El diagnóstico se basa en el análisis de ciertos aspectos institucionales, aspectos de tratamiento y aspectos individuales, definidos en el cuadro de operacionalización donde se realiza un análisis de cada institución y luego se hace un trabajo comparativo entre las tres instituciones, a objetivo de analizar los alcances y deficiencias de los diferentes modelos de rehabilitación para una posterior intervención que ayude a optimizar uno o más modelos de estas instituciones.

Métodos y técnicas para la observación empírica

La observación participante ha sido muy importante para la realización de este estudio, ya que he sido usuario de dos de las tres instituciones analizadas en el presente estudio, lo cual ha facilitado el contacto con los profesionales y ex internos de ambas instituciones, sin embargo, ha resultado difícil contactar a los profesionales e internos de la institución que faltaba por conocer, Sant´ Aquilina.

Se realizaron entrevistas estructuradas a los usuarios y algunos miembros de los equipos técnicos. Estas se realizaron dentro o fuera de las instituciones, dependiendo de la accesibilidad, disposición o condición de los informantes. Las entrevistas y las encuestas realizadas en el C.B.S. Vida se realizaron dentro de la institución, tanto con los usuarios como con el equipo técnico de la institución.

Las entrevistas a los usuarios del Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” y a los usuarios de la comunidad terapéutica “Sant´ Aquilina” se realizaron fuera de ambas instituciones, debido a la falta de autorización para el ingreso a la institución, sin embargo, como se ha mencionado, una buena parte de los informantes clave, se encontraban en el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”.

Los psicólogos, director, trabajadoras sociales, coordinador de comunidades y operadores, representan el refuerzo de información sobre las instituciones que los usuarios no pueden brindar (aspectos institucionales económicos, sus enfoques, métodos, visión y otros) ³⁸.

En todos los casos (tanto entrevistas informales y estructuradas como encuestas), los informantes estaban enterados del tipo de investigación de la que forman parte, por lo que se encontraban dispuestos a proporcionar la información requerida, sin dejar de mencionar que la relación investigador-informante fue muy cercana durante la investigación.

³⁸ Ver en Anexos Cuadro N°3 Cuadro de informantes

Instrumentos para el registro y levantamiento de información

Los instrumentos utilizados para el registro de información son los siguientes:

La principal técnica de observación, por supuesto, es la observación participante, la cual ha dejado evidenciar ciertos aspectos importantes en el estudio, como los cuadernos de campo, las imágenes de rituales en el C.B.S. "Vida".

El uso de guías de entrevistas tanto a usuarios como a miembros de los equipos técnicos, ha sido fuente de información más importante por su calidad de interacción más abierta para los entrevistados. Así también la aplicación de encuestas en el Centro Boliviano de Solidaridad "Vida"³⁹.

Sistematización y procesamiento de la información primaria y secundaria

La información primaria es utilizada y sistematizada de la siguiente manera:

La observación participante (en dos de las tres comunidades terapéuticas estudiadas) permite que el estudio tenga aún más perspectiva, pues no es solo es recogida la información proporcionada por los informantes, si no las observaciones propias que ayudan a percibir aspectos para indagar (tales como el recibimiento de menores por parte de las instituciones y las evaluaciones de las mismas hacia sus ex internos). También, como ya se mencionó, genera los cuadernos de campo⁴⁰.

Para el estudio diagnóstico se realizaron entrevistas con una clasificación según el tipo de actor, es decir, usuarios y personal del equipo técnico. La estructuración de las entrevistas dirigidas a los dos tipos de actores se diferencia según los temas en los que se propuso indagar a partir del cuadro de operacionalización⁴¹.

Todas las entrevistas han proporcionado información importante, pero durante su transcripción a texto y simultáneo avance del estudio, algunas han resaltado por su pertinencia y/o información (informantes clave y sobre todo equipo técnico de las instituciones).

³⁹ Ver en Anexos Encuesta

⁴⁰ Los cuadernos de campo consisten en apuntes de la participación en tratamientos dentro de dos Comunidades Terapéutica y las observaciones propias, posteriormente realizadas, junto con las encuestas.

⁴¹ Ver en Anexos Cuadro N°2. Cuadro de Operacionalización de Variables

El uso de encuestas a los usuarios de las instituciones, es también una fuente primaria de información importante, que proporciona datos de una escala un poco mayor a las de las entrevistas y también forma parte importante para establecer ciertos parámetros del estudio diagnóstico, y tiene aún más relevancia para la parte posterior del estudio, las cuales se analizan con el uso del programa SPSS, para realizar aproximaciones de parámetros sobre los usuarios de las instituciones y sus percepciones sobre ellas.

La información secundaria es utilizada y sistematizada de la siguiente manera:

Los datos y estudios realizados por diferentes instituciones citadas en el estudio diagnóstico (como CONALTID o la ABCT), son utilizados como referencia sobre la información acerca de comunidades terapéuticas y tratamientos de rehabilitación actualmente.

También está como fuente de información secundaria la limitada recolección de datos estadísticos propios de las instituciones (únicamente, solo se obtuvo datos de la asociación Papa Juan XXIII)⁴² y un pequeño informe que describe el proyecto hombre del C.B.S. "Vida"⁴³.

Los procedimientos para el tratamiento de la información

La información recolectada en la observación participante, fue conservada y transcrita a medio digital desde el inicio de la investigación y utilizada dentro del estudio.

Las entrevistas a informantes (usuarios del C.B.S. "Vida") han sido realizadas desde el inicio del estudio, primero de forma informal y luego de manera estructurada conforme se desarrollaba la investigación y se seleccionaba a los informantes clave (usuarios del C.B.S. "Vida" que han estado en dos o tres de instituciones estudiadas y han finalizado los diferentes programas); han sido la información más importante y bien estructurada, para ser transcrita y analizada en cuanto a su pertinencia. Las entrevistas a personas que son parte de los equipos técnicos de las diferentes instituciones también han sido realizadas, estructuradas,

⁴² Publicación elaborada a través del proyecto reducción de la demanda de drogas ilícitas en la Comunidad Andina "PREDEM" (Ofina Regional) UNODC PERÚ/ECUADOR/UNION EUROPEA/CONALTID.

⁴³ PAZ R. Sonia, et al. "El proyecto hombre en el centro boliviano de solidaridad "Vida". Pucarani, La Paz. 2001

transcritas y analizadas, de la misma manera, pero con un enfoque hacia la información institucional y poco de forma personal, a diferencia de los usuarios, de quienes su propia percepción ha sido más importante.

Posteriormente se realiza las encuestas a los usuarios de las instituciones, realizando las preguntas según el cuadro de operacionalización, para realizar una base propia de datos y su posterior análisis.

CAPITULO IV

4. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

La totalidad de usuarios en las distintas instituciones (aproximadamente)⁴⁴, podrían considerarse el universo de la población, sin embargo, el estudio se enriquece más, con la información cualitativa, tanto en la elección de informantes, como en la manera de recabar la información.

1.- Los informantes clave fueron seleccionados según la principal característica por haber sido usuarios de dos o tres instituciones. Parte del presente estudio (a excepción del Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, del cual no se pudo contactar a personas que hayan acabado el tratamiento), lo conforman informantes clave, pertenecientes a un pequeño grupo de personas graduadas de alguna de las instituciones (en una o dos de ellas). El aspecto resaltante de la característica mencionada, es el hecho de que habiendo terminado en una o más ocasiones tratamientos residenciales⁴⁵ volvieron a optar por un tratamiento residencial en la misma o en otra institución (en este caso el C.B.S. “Vida”⁴⁶).

2.- Los informantes del personal de equipo técnico, así como el informante clave del Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” formaron parte del estudio diagnóstico según variables personales: disposición, disponibilidad de tiempo y cercanía personal.

3.- Las encuestas fueron realizadas en el C.B.S. “Vida”, por haber sido la única institución que dio paso a la investigación cuantitativa, es por ello que los resultados cuantitativos se refieren a datos, números totales o “frecuencias”.

El estudio de observación participante ha demostrado el abanico sociocultural y socioeconómico de los usuarios en este tipo de instituciones y sus diferentes situaciones personales, este es un aspecto que tienen en común todos los usuarios, al tener una o más adicciones. Si bien se han establecido ciertos parámetros (origen de la familia, autoidentificación étnica, grado educativo y

⁴⁴ Ver en Anexos Tabla N°3. Cantidad de usuarios

⁴⁵ Ver en Anexos Tabla N°4. Cantidad de Internaciones

⁴⁶ De hecho, el haber encontrado a personas que han buscado diferentes alternativas de rehabilitación, con pocos resultados efectivos, fue el impulso inicial, principal del estudio diagnóstico y su futuro proyecto.

actividad laboral), en muchos casos no es un aspecto determinante para el proceso de rehabilitación en adicciones.

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SOCIOECONÓMICAS

La forma de identificar las características socioculturales y socioeconómicas ha sido a partir de las entrevistas estructuradas a los informantes clave y las encuestas realizadas también ayudaron a recabar cierta información.

Características Socioculturales

Los usuarios de las comunidades terapéuticas, que fueron seleccionados como informantes clave para las entrevistas estructuradas, tienen entre los 26 a 36 años, tanto hombres como mujeres, (también fue tomado en cuenta un menor de edad). En cuanto a los datos cuantitativos, las encuestas realizadas a los usuarios del C.B.S. "VIDA", los usuarios tienen de 19 a 40 años y los datos institucionales de la C.T. "Sant' Aquilina" están entre los 18 a 72 años.

Los orígenes sociales establecidos en el estudio por la autoidentificación de los usuarios y muestran diversidad en cuanto a lugares de nacimiento, origen de sus padres, idiomas que hablan ellos y sus familiares.

La población de estudio muestra un mayor número de personas que no tiene una autoidentificación sobre su identidad étnica, sin embargo, los familiares muestran que más personas sí tienen una autoidentificación étnica, (mestiza y aymara en su mayoría). Es importante hacer notar que hay tanto usuarios como familiares que se autoidentifican como latinos o bolivianos (mostrando percepciones menos regionalistas).

Al indagar acerca del origen de los familiares (o tutores) y compararlos con su identidad étnica, resalta que tanto personas del occidente como del oriente boliviano se consideran mestizos⁴⁷.

⁴⁷ Información obtenida a partir En el Centro Solidario Boliviano "Vida" se realizó 16 encuestas (el total de su población en ese momento). Ver en Anexos Tabla N°1. Identidad étnica usuarios C.B.S. Vida

Características Socioeconómicas

Una forma de establecer características socioeconómicas se da a partir de las encuestas realizadas que establecen variables como grado de educación de los usuarios, grado de educación de sus padres (familia o tutor), ocupación de sus padres y última ocupación de los usuarios. Estas variables que se utilizadas proporcionan cierta pauta sobre para la descripción socioeconómica de la familia y la de los usuarios de comunidades terapéuticas para adicciones.

Los datos de las encuestas realizadas en el C.B.S. "Vida", en el caso de los usuarios, un mayor número mayor de personas llegaron hasta el bachillerato, en cuanto a sus familiares en mayor número de personas llegaron hasta el grado universitario.

TABLA 4-1 Grado de Instrucción

Grado	Usuarios	Familiar
Nivel primario	0	2
Bachillerato	7	3
Técnico	4	1
Universitario	5	10
Total	16	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en trabajo de campo

Para poder establecer de alguna manera un parámetro sobre aspectos socioeconómicos de los usuarios, solo indagando desde el sentido propio de pertenencia o autoidentificación, se ha establecido variables poco diversas. Sin embargo, y con esperada razón, este tipo de institución muestra pocos obstáculos económicos. A partir de las encuestas realizadas (Vida) es muy bajo el número de personas que tienen problemas económicos para ser parte de la institución. Así como lo afirman todos los entrevistados partes de los equipos técnicos.

Las encuestas realizadas en el C.B.S. "Vida" proporcionan un parámetro de las actividades laborales de los usuarios, previas al tratamiento residencial. Un mayor número de usuarios se dedicaban a las ventas y a trabajos en pequeñas

o medianas empresas y un menor número de usuarios se dedicaban a actividades ilícitas o solo al estudio⁴⁸.

Si bien las características del tipo de consumo, no es parte del cuadro de operacionalización, si se ha incluido en la encuesta realizada en el C.B.S. "Vida", para proporcionar cierto parámetro de las condiciones sociales relacionadas a las adicciones a sustancias (como la edad en la que se inició el consumo, la sustancia con la que se inició, la(s) sustancia(s) de mayor consumo y la sustancia que llevó al tratamiento residencial). Las encuestas muestran que el mayor número de los usuarios del C.B.S. "Vida" ha iniciado el consumo de sustancias entre los 14 y 17 años, seguido por el rango de 10 a 13 años⁴⁹ y el mayor número de usuarios inició su consumo con el alcohol, seguido por la marihuana⁵⁰. De la misma manera, el alcohol es la sustancia principal que hace optar a las personas por el tratamiento residencial⁵¹ siendo el mismo alcohol el que representa la sustancia de mayor consumo entre los usuarios⁵².

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES E INSTITUCIONALES INVOLUCRADOS EN EL PROBLEMA

Este tipo de problema social lo tiene muchas instituciones y organizaciones que implementan programas de intervención para grupos de riesgo, específicamente en este campo de intervención, como ya mencionamos anteriormente. En Bolivia existen 79 instituciones que se dedican a la intervención, 12 en La Paz, de las cuales 4 son comunidades terapéuticas para personas a partir de los 18 años que no sea parte del modelo espiritual cristiano⁵³.

En el estudio las instituciones directamente involucradas en el estudio son: la Asociación Papa Juan XXIII (donde se encuentra la comunidad terapéutica "Sant' Aquilina"), el Centro Boliviano de Solidaridad "Vida" y el Centro de Rehabilitación y Salud mental "San Juan de Dios".

Otras instituciones como: CONALTID, ABCT, CONACE, CICAD, Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha contra las Drogas (Ministerio de

⁴⁸ Ver en Anexos Tabla N°5. Última ocupación antes de la internación actual

⁴⁹ Ver en Anexos Tabla N°6. Edad inicio de consumo

⁵⁰ Ver en Anexos Tabla N°7. Sustancia con la que se inició su consumo

⁵¹ Ver en Anexos Tabla N°8. Sustancia que llevo al tratamiento residencial

⁵² Ver en Anexos Tabla N°9. Sustancia de mayor consumo

⁵³ Tres Comunidades Terapéuticas Manejan el modelo C.T de 3 fases y una maneja el modelo hospitalario

Gobierno). Estas instituciones deben evaluar y regular a las comunidades terapéuticas, pero el estudio diagnóstico, mostró que, en la práctica, ninguna lo hace. La ABCT intenta promover la creación de instituciones para la prevención del uso de drogas.

CAPITULO V

5. RESULTADOS DEL ESTUDIO DIAGNÓSTICO

1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS USUARIOS

Cantidad de usuarios

De las instituciones analizadas en el C.B.S. “Vida” y en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, ambas tienen un promedio anual de usuarios entre 100 y 150 usuarios. La Asociación Papa Juan XXIII y la comunidad terapéutica “Sant’ Aquilina” tienen un promedio anual de usuarios superior a las otras instituciones mencionadas (200 – 250 usuarios⁵⁴).

Edad

C.B.S. “Vida”

A partir de las encuestas realizadas en la institución, el mayor número de usuarios está entre los 19 y 25 años, seguidos por usuarios de 31 a 40 años. La institución permite el ingreso de algunos menores de edad en ciertas ocasiones, pero no admite a usuarios mayores de 50 años.

TABLA 5-1 Edad de los usuarios C.B.S. “VIDA”

Categorías de Edad	Cantidad
De 19 a 25 años	6
De 26 a 30 años	2
De 31 a 40 años	5
Más de 40 años	3
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

En la comunidad terapéutica “Sant’ Aquilina”, los datos institucionales muestran que el mayor número de sus usuarios tienen entre 31 a 36 años, seguidos por usuarios de 18 a 25 años. En cuanto al tipo de consumo, la institución ha clasificado a los usuarios en tres categorías:

1. Poli adicción, Categoría con mayor cantidad de usuarios (128 usuarios), sobre todo de 31 a 36 años (35 usuarios).

⁵⁴ Ver en Anexos Tabla N°3. Cantidad de usuarios

2. Drogodependientes, Con mayor número en usuarios entre los 18 a 25 años. 3. Alcohólicos, Con un total de 90 usuarios (con el número más alto entre los 41 a 50 años y de 31 a 36 años).

TABLA 5-2 Edad Sant Aquilina (2019)

Categorías de Edad	Cantidad	Poli adicción	Drogodependencia	Alcohol
De 18 a 25 años	54	32	4	18
De 26 a 30 años	44	28	0	16
De 31 a 36 años	58	35	3	20
De 37 a 40 años	12	17	0	5
De 41 a 50 años	45	22	1	22
De 51 a 56 años	6	1	1	3
De 57 a 60 años	4	2	0	2
De 61 a 72 años	7	2	0	5
TOTAL	227	128	9	90

Fuente: Datos institucionales de la Asociación Papa Juan XXIII

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, no proporcionó datos institucionales, puesto que la institución realiza informes individuales de todos sus pacientes, indiferentemente de aspectos generales, puesto que el financiamiento que ellos reciben proviene de cada uno de los pacientes y sus informes.

Sexo

A partir de las encuestas realizadas en el C.B.S “Vida” el mayor número de usuarios es de sexo masculino.

TABLA 5-3 Sexo. Usuarios C.B.S. “VIDA”

Sexo	Cantidad
Masculino	12
Femenino	4
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

La Asociación Papa Juan XXII recibe solo usuarios del sexo masculino y, de acuerdo a las entrevistas realizadas en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, estas señalan la predominancia del sexo masculino.

1.2. ANÁLISIS DE VARIABLES Y COMPONENTES DE LOS MODELOS

El análisis de los factores está desarrollado mediante el orden del cuadro de operacionalización

1.2.1. Estado de la salud física de los usuarios

Salud física de los usuarios del C.B.S. "Vida"

Los resultados del diagnóstico muestran que la institución presta un buen servicio en la recuperación física de los usuarios (tabla 5-4), pero en cuanto a la atención a la salud (individual) propiamente dicha de los usuarios (es decir, necesidades médicas especializadas), tiene baja cobertura o capacidad (tabla 5-5), tanto en aspectos básicos, como falta de equipamiento (tabla 5-6) como en las evaluaciones médicas individuales más especializadas de necesidades (como lo hace Sant' Aquilina). Sin embargo, la institución si realiza exámenes de VIH mediante el sistema de salud pública (trabajo realizado por la trabajadora social).

TABLA 5-4 Mejora física al inicio del tratamiento

Opinión Usuarios	Cantidad
Si	13
No	1
No siente mejora alguna	2
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

TABLA 5-5 Calidad de atención en la salud

Opinión Usuarios	Cantidad
1	1
2	2
3	9
4	2
5	2
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

Del 0 al 5. ¿Cómo califica el equipamiento de primeros auxilios?

TABLA 5-6 Calidad de equipamiento en primeros auxilios

Opinión Usuarios (escala valorativa)	Cantidad
0	3
1	3
2	4
3	4
4	1
5	1
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en trabajo de campo

De igual manera, en las entrevistas a los usuarios, estos hacen referencia a que la institución no presta mucha atención a las evaluaciones médicas, Un usuario⁵⁵ que ingreso en tres ocasiones a la institución, y en una habiendo terminado el proceso de más de 6 meses, dijo no haber recibido nunca ningún tipo de evaluación médica, excepto la social con la familia.

Salud física de los usuarios de “Sant´ Aquilina”

Según los datos institucionales de la Asociación Papa Juan XXIII, C.T. “Sant´ Aquilina”, se realizan exámenes de laboratorio para el VIH y la tuberculosis⁵⁶. Así mismo, la atención médica, que, según las diferentes patologías o enfermedades, se deriva a los usuarios al sistema de salud (público o privado según el caso).

El siguiente cuadro muestra que la institución realiza análisis médicos a todos sus usuarios, y determina que necesidades requieren y cuantos son tratados.

⁵⁵ - Requisitos que le pidieron para ser aceptado

- Yo solo me he presentado con mi carnet, he llenado un formulario y no me han pedido nada más.

- ¿y requisito económico?

- Mi hermana se encargó de eso y no me dijo nada, para que yo me enfoque en mi tratamiento.

- ¿Qué tipo de evaluaciones se le hizo antes de la internación?

- No me hicieron ningún tipo de evaluación (entrevista a actual usuario de C.B.S. Vida y ex usuario de las otras dos instituciones estudiadas. enero 29/2021, Pucarani. 13:45 hrs.) Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 5

⁵⁶ Ver en Anexos Tabla N°2.Tabla de Laboratorios Médicos Asociación Papa Juan XXIII

TABLA 5-7 Atención médica Gestión 2019

Medicina	SI	No	Total
Medicina Generales	85	52	137
Especialidad	78	59	137
Cirugía	2	135	137
Infectología	1	136	137
Salud mental	67	70	137
Electroencefalogram a	82	55	137
Otorrinolaringología	2	135	137
Traumatología	3	134	137
Neurología	5	132	137
Neumología	6	131	137
Oftalmología	5	132	137
Cardiología	4	133	137
Gastroenterología	8	129	137
Odontología	15	122	137

Fuente: Datos institucionales proporcionados por la Asociación Papa Juan XXIII

Salud física de los usuarios del Centro de Rehabilitación “San Juan de Dios”

A partir del diagnóstico, basado en los datos de la entrevista⁵⁷ del Centro de Rehabilitación “San Juan de Dios” atención médica, tiene un sistema de salud bastante deficiente para el pabellón de adicciones.

1.2.2. Estado psicológico de los usuarios

Estado psicológico de los usuarios durante el tratamiento en el C.B.S. “Vida”

A partir de las encuestas realizadas en esta institución, su ayuda a los usuarios en cuanto a salud o estado psicológico se refiere, parece ser óptima, como lo vemos en el siguiente cuadro. ¿Siente estabilidad en su salud psicológica desde que empezó el tratamiento?

⁵⁷ Entrevista ex usuario de la institución, realizada el 12/06/2021, en la ciudad de La Paz, (Zona Obrajes), a las 15:00. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 2

TABLA 5-8 Estabilidad psicológica al inicio de tratamiento

Opinión Usuarios	Cantidad
Si	12
No	3
Hasta Ahora No	1
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

De la misma manera, a través de las entrevistas⁵⁸ a los usuarios de la institución, estos dan a entender que, de las tres instituciones estudiadas, el C.B.S “Vida” da una atención más aplicada en cuanto al área de psicología, con la ayuda personalizada a la resolución de problemas que afectan al individuo.

Estado psicológico de los usuarios durante el tratamiento CT. “Sant’ Aquilina”

En la Asociación Papa Juan XXIII, la atención médica abarca el análisis de VIH y la tuberculosis, así como la derivación a patologías antes descritas, (tabla 5-7). La institución realiza evaluaciones psicológicas a toda la población y puede determinar pertinente realizar una evaluación de salud mental. La tabla 5-7 muestra que, de 137 usuarios, a 67 se los derivó a evaluaciones psiquiátricas.

Si bien, durante el tratamiento, los usuarios, tienen estabilidad psicológica, parece ser un factor deficiente en cuanto a fomentar la estabilidad emocional cuando los usuarios abandonan la institución. Un ex residente⁵⁹ de Sant’ Aquilina, que finalizó el tratamiento exitosamente, volvió al consumo de alcohol excesivo, a causa de una ruptura amorosa.

⁵⁸ Siendo la experiencia propia también importante para esta observación.

⁵⁹ - Al salir de Santa Aquilina ¿Qué hiciste?

- Volver con mi novia, estuve un tiempo y luego terminamos, al salir he recaído

Entrevista a ex residente de Sant’ Aquilina y actual usuario de C.B.S. VIDA, realizada en Pucarani enero 2021. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 3

Estado psicológico de los usuarios durante el tratamiento en el Centro de Rehabilitación “San Juan de Dios”

El presente estudio diagnóstico comprueba⁶⁰ que en esta institución el modelo hospitalario lleva a una evaluación de los pacientes totalmente psiquiátrica. Según la directora de la institución, el pabellón de adicciones se diferencia en que su evaluación y método por tener un manejo interdisciplinario, dando la misma importancia al área psicológica, cognitivo conductual⁶¹ y psiquiátrico.

“(…) el manejo de la comunidad terapéutica no es exclusivamente del psiquiatra, sino más bien el enfoque multidisciplinario y para eso se tiene consolidado un equipo multidisciplinario de manejo de este tipo de poblaciones, por eso el psiquiatra, psicólogo, un operador, trabajadora social y se tiene enfermería” (Entrevista a la directora de la institución ⁶²).

Sin embargo, las entrevistas con un ex residente, un ex operador y un actual miembro del equipo de la institución⁶³, comprueban, como ya dijimos, que la evaluación psiquiátrica es lo único importante (también su método de reemplazar drogas ilegales por medicamentos). Es importante recalcar que esta institución es la única preparada para atender casos de usuarios con problemas psicológicos y psiquiátricos que han trascendido al problema de la adicción, para los cuales es posiblemente positivo el uso de este modelo hospitalario. Sin embargo, es importante analizar la siguiente información cualitativa, refuerza las deficiencias del modelo de la institución, por ejemplo:

⁶⁰ Lo que era una pequeña hipótesis propia, a partir de la observación participante.

⁶¹ El trabajo del operador.

⁶² Entrevista realizada el 11/06/2021 en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, La Paz Bolivia, Hrs. 11:05 am.

⁶³ Quien pidió anonimato para el estudio, además que su hijo a estado interno en la institución, en repetidas ocasiones, entonces su punto de vista es como actual empleado y padre de familia

Si bien hay usuarios que necesitan un tratamiento con medicamentos, en algunos casos, no recetan el medicamento apropiado, sugieren nuevos medicamentos o abandonan otros.

“mi hijo tenía cinco diagnósticos diferentes (...) En otros casos (vistos), la medicación era absolutamente innecesaria, pues a un consumidor de marihuana y alcohol, no es necesario medicar con benzodiazepinas⁶⁴”

En otros casos, la medicación era absolutamente innecesaria, pues a un consumidor de marihuana y alcohol, no es necesario medicarlo con benzodiazepinas. (entrevista a ex usuarios de la institución)

1.2.3. Bienestar y reinserción social

Usuarios con beneficios laborales

Usuarios con beneficios laborales en el C.B.S. “Vida”

Los beneficios laborales post tratamiento son importantes para los usuarios de las instituciones, si bien antes de la internación tenían una ocupación o actividad laboral, en el mayor número de los casos requieren de un impulso laboral, pues no siempre se trataba de una actividad estable⁶⁵.

Según las encuestas realizadas a los usuarios de la institución, la percepción sobre el incentivo a la reinserción laboral bastante positiva.

¿Considera que la institución incentiva en el aspecto de reinserción laboral?

TABLA 5-9 Incentivo a la reinserción laboral

Opinión Usuarios	Cantidad
Sí	13
No	1
Hasta Ahora No	2
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

⁶⁴ Entrevista a un funcionario de la institución y un padre de un usuario de la institución (informante anónimo) La Paz, 7/6/2021

⁶⁵ Ver en Anexos Tabla N°5 Última ocupación antes de la internación

Sin embargo, no todos los usuarios tienen la misma percepción sobre los beneficios que puede ofrecer la institución, al contrario, indican que la falta de opciones (tal vez, ahí se deba hacer énfasis en “el proyecto de vida”).

“En la primera experiencia (...) me puse a vender sándwich de palta. Simplemente me han mandado y yo no sabía qué hacer. (...) Este año, a las semanas de haber llegado (a Pucarani) yo le he propuesto a Lloyd (el director) a mostrar la esencia de lo que es el centro (...) por medio de publicidad en redes sociales.”⁶⁶

En general, la institución no parece tener como prioridad aspectos postratamiento como ser la reinserción laboral, aunque en reiteradas ocasiones la institución ofrece oportunidades laborales que los usuarios abandonan.

A pesar de todos los obstáculos de la institución para incentivar la reinserción laboral, gran parte de su personal terapéutico han pasado por el tratamiento de rehabilitación y trabaja en la institución como parte de su reinserción laboral

Usuarios con beneficios laborales en el la C.T. “Sant' Aquilina”

En la Asociación Papa Juan XXIII, la reinserción laboral es uno de los aspectos más importantes, es por eso que la metodología cognitiva conductual se orienta para garantizar la exitosa reinserción social de los usuarios.

Así como los datos institucionales, la información de los usuarios afirma la importancia que la institución brinda en esta área, hasta cierto punto, pues la misma institución a veces se encuentra con el problema de generar dependencia en los usuarios hacia la institución.

Usuarios beneficiados para con la familia

Usuarios beneficiados para con la familia en el C.B.S. “Vida”

Las terapias familiares que se llevan a cabo fuera de la institución, las cuales son un requisito para poder visitar a los usuarios, son más una ayuda para los padres y su “codependencia”; sin embargo, también ayudan a reestablecer lazos

⁶⁶ Entrevista a actual usuario de C.B.S. Vida y ex usuario de las otras dos instituciones estudiadas. enero 29/2021, Pucarani. 13:45 hrs. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 5

familiares, mediante los logros y avances del usuario y precisamente de la institución en sí.

“En cuanto a mi familia dudo mucho que ellos me hayan podido ayudar, lo que sí ha ayudado es mi estancia aquí, puede ser que algo, pero mucho no ayudan, quien hace todo el trabajo es la persona efectivamente⁶⁷.”

A partir de las encuestas realizadas en la institución el mayor número de los usuarios encuestados tiene una percepción positiva en cuanto a los beneficios que puede brindar la institución.

¿Considera que la institución incentiva a la reinserción para con la familia?

TABLA 5-10 Incentivo a la reinserción familiar

Opinión Usuarios	Cantidad
Sí	13
No	2
Hasta Ahora No	1
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

Usuarios beneficiados para con la familia en la CT. “Sant' Aquilina”

La Asociación Papa Juan XXIII no genera la necesidad de recurrir a la familia para los gastos, a menos que sean casos médicos específicos de los cuales la institución no puede hacerse cargo, y en general recomienda que los “planes de vida” que se realizan durante el tratamiento, no estén ligados a la familia y la dependencia hacia ella.

Usuarios beneficiados para con la familia en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”

Esta institución, por lo contrario, requiere de la familia en la mayoría de su población del pabellón de adicciones de la familia, para todos los requerimientos

⁶⁷ Entrevista a actual usuario de C.B.S. Vida y ex usuario de las otras dos instituciones estudiadas. Enero 29/2021, Pucarani. 13:45 hrs. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 5

económicos: estancia y medicamentos. Supuestamente en la institución existe un grupo de padres dirigido por la trabajadora social.

Según la entrevista con un ex interno⁶⁸, su situación familiar no había cambiado después del tratamiento de internación, de hecho, para mejorar su situación familiar hubo una la búsqueda de alterativas en cuanto al tratamiento psicológico, luego del tratamiento en el Centro de Rehabilitación y Salud mental “San Juan de Dios”.

Usuarios beneficiados en los estudios

Usuarios beneficiados en los estudios en el C.B.S. “Vida”

Los datos levantados mediante las encuestas realizadas, los usuarios de la institución tienen una percepción positiva sobre los beneficios en los estudios que proporciona la institución.

¿Considera que la institución incentiva en el aspecto de reinserción en los estudios?

TABLA 5-11 Incentivo a la reinserción en los estudios

Opinión Usuarios	Cantidad
Sí	13
No	2
Hasta Ahora No	1
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

Asimismo, la observación participante, mostró que la institución permite a sus usuarios la continuidad de los estudios.

Usuarios Beneficiados en los estudios en el Centro de Rehabilitación y Salud mental “San Juan de Dios”

⁶⁸ Entrevista realizada el 12/06/2021, en la ciudad de La Paz, (Zona Obrajes), a las 15:00. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 2

La institución mencionada, por el hecho de ser un hospital psiquiátrico y tener un sistema parecido al descrito por Goffman, mantiene un modelo bastante cerrado, el cual paraliza todo tipo de actividades (a menos que sea un usuario que proviene de una institución con la cual la cooperación genera beneficios a la institución analizada⁶⁹).

Como conclusión de los componentes estado de salud física, psicológica y social y beneficios en la reinserción educativa, familiar y laboral:

1. El estado de salud físico de los usuarios es uno de los aspectos mejor tratados en las comunidades terapéutica. A partir del estudio realizado, se puede concluir que la comunidad terapéutica “Sant' Aquilina” realiza un estudio más específico del estado de salud de los usuarios. En cuanto a la comunidad terapéutica C.B.S. “Vida”, si bien dedica atención al estado de salud física dentro de la comunidad; no realiza estudios más allá de los estrictamente necesarios (VIH, por ejemplo), dejando un vacío en las posibles necesidades de salud que puedan tener los usuarios. De la misma manera, el centro de rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, deja vacíos en las necesidades de salud de sus usuarios, si bien esta institución tiene un personal altamente capacitado, este parece no estar muy involucrado con los usuarios y sus necesidades.
2. El estado psicológico es el aspecto más importante en todas las comunidades terapéuticas. El Centro Boliviano de Solidaridad es la institución que, a partir de la información, parece ser el que realiza un mejor trabajo, brindando estabilidad psicológica durante el tratamiento y su posterioridad, a diferencia de las otras dos comunidades terapéuticas, las cuales se enfocan en distintos aspectos dejando vacíos en las necesidades psicológicas durante el tratamiento de sus usuarios. Y aún más importante, es que, al no enfocarse en el aspecto psicológico durante el tratamiento, ocasionan que no haya estabilidad psicológica posterior. La comunidad terapéutica “Sant' Aquilina” se

⁶⁹ Usuarios provenientes de instituciones estatales, las cuales financian el tratamiento, es decir, militares y policías, información que ha sido notoria en la observación participante.

enfoca más en la terapia ocupacional y el centro de rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, más en el aspecto psiquiátrico.

3. En cuanto al bienestar social de los usuarios, es decir los beneficios para la reinserción social podemos mencionar: **a) beneficios laborales, b) beneficios para con la familia c) beneficios en los estudios).**

a) La institución que mayor importancia da a los **beneficios laborales**, posteriores al tratamiento, es la comunidad terapéutica “Sant' Aquilina” y son sus posibilidades como institución las que permiten que los usuarios puedan acceder a trabajos temporales remunerados para la posterior inserción.

El Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” también proporciona oportunidades de reinserción laboral dentro de la institución, sobre todo en la parte técnica de su equipo; sin embargo, su capacidad de proporcionar reinserción laboral para todos los usuarios es limitada debido a sus limitaciones presupuestarias; a diferencia de las otras dos, las cuales hacen todo lo posible para proporcionar reinserción laboral a sus usuarios. El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” no proporciona ningún tipo de facilidad para la reinserción laboral.

4. En cuanto a los **beneficios para la reinserción con la familia**, el estudio muestra claramente los resultados obtenidos por los usuarios, se deben a su voluntad para mantenerse en una comunidad terapéutica o en cualquier otro tratamiento psicológico. De hecho, las instituciones que proporcionan un mejor tratamiento para la familia son las que llevan grupos de terapia familiar específicos, en los que se maneja sobre todo la codependencia con el usuario.

La institución que proporciona mayor soporte a la familia es el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”; el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” también cuenta con un grupo para los familiares, pero éste es más manejado por ellos mismos que por la institución. La comunidad terapéutica “Sant' Aquilina” es la institución que menos relación tiene con las familias, debido a que según el estudio

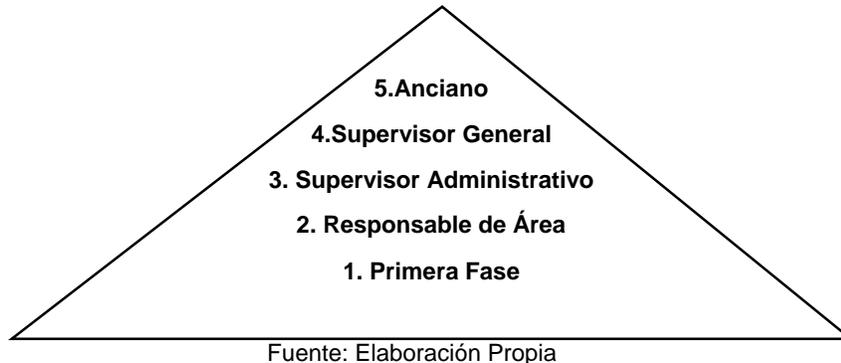
realizado en esta institución resulta ser más beneficioso, puesto que los usuarios muestran mayor interés y menos dependencia hacia la familia.

5. En cuanto a los **beneficios con los estudios**, las tres instituciones muestran tener deficiencias en este aspecto, puesto que están incapacitadas de proporcionar estudios dentro de la institución y, en muchos casos, las limitaciones se deben al factor de estar dentro de la comunidad y no poder estudiar, ni tener acceso a los medios de comunicación.

1.2.4. Prácticas e Interacción en Convivencia y Relaciones entre Miembros de la Comunidad

En las tres comunidades terapéuticas la jerarquía entre miembros es similar:

GRAFICO 5-1 Jerarquía entre miembros de las comunidades terapéuticas



Esta pirámide jerárquica se reproduce en especial en el modelo comunidad terapéutica de tres fases, es por, es que el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” el cual tiene un modelo clínico/ hospitalario y, carece de algunos de los estratos descritos, como el “supervisor administrativo” y “ancianos”.

1. Primera fase: Como se describirá posteriormente, en la fase inicial se exige las responsabilidades básicas o personales.

2. Responsable de Área: Es quien organiza y supervisar la limpieza y mantenimiento del área asignada.
3. Supervisor administrativo: Consiste en supervisar los aspectos administrativos de la comunidad de usuarios, como ser la comida, el uso y la cantidad. En el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, este cargo es reemplazado con el de “encargado de tocar el timbre de horarios”.
4. Supervisor General: Es el más importante en las comunidades terapéuticas, pues es quien muestra su desarrollo y crecimiento, manteniendo el cargo más alto entre los miembros de la comunidad.
5. Anciano (Propia del modelo de C.T. de tres fases o Modelo Hombre): Es el cargo en el cual ya no participa “obligatoriamente” de las actividades de los otros miembros, pero es el rango jerárquico más alto dentro de la dinámica de los usuarios. El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” carece de este cargo entre sus usuarios.

Relaciones entre miembros y equipo técnico en el C.B.S. “Vida”

El estudio diagnóstico (a partir de las entrevistas) muestra una buena y cercana relación entre usuarios y equipo técnico. La institución es una de las que tiene a ex consumidores como parte del equipo técnico y esto genera confianza y empatía entre usuarios y equipo terapéutico⁷⁰.

Relaciones entre miembros y equipo técnico en la C.T. “Sant' Aquilina”

A partir de las entrevistas realizadas a los informantes clave acerca de esta institución. Existe una relación relativamente cercana entre equipo técnico y usuarios. La institución brinda apoyo moral/psicológico (entre otros) a sus usuarios e incentiva a compartir aspectos personales, pero no los resuelve en su totalidad, puesto que se enfocan más en la terapia ocupacional.

⁷⁰ Extraído de la entrevista realizada con el director del C.B.S “Vida” el 16 de agosto del 2020. En Pucarani. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 4

Relaciones entre miembros y equipo técnico en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”

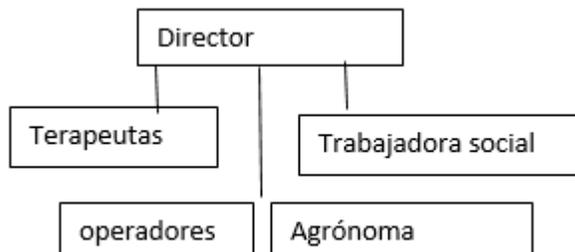
La entrevista realizada a un ex usuario de la institución⁷¹, simplemente resaltan la falta de dedicación, interés y compromiso ante los usuarios del pabellón de adicciones. De la misma manera, las entrevistas a un ex personal del equipo técnico⁷² señalan la falta de compromiso y empatía, ante sus usuarios.

Jerarquía Entre Miembros del Equipo Técnico

Jerarquía entre miembros del equipo técnico en el C.B.S. “Vida”

La jerarquía es relevante también, a la hora de la toma de decisiones, que si bien según la entrevista con el director de la institución; las decisiones del equipo técnico son unánimes⁷³. En otra entrevista (con ex un terapeuta) señala que “...a veces el director toma decisiones propias y arbitrarias, en contra del equipo técnico.”⁷⁴

GRAFICO 5-2 Jerarquía miembros equipo técnico C.B.S. “Vida”



Fuente: Elaboración Propia

⁷¹ Entrevista realizada el 12/06/2021, en la ciudad de La Paz, (Zona obrajes), a las 15:00. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 2

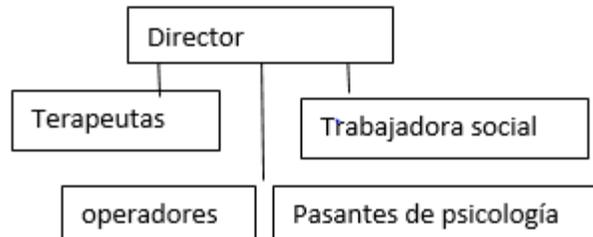
⁷² Entrevista realizada en Irpavi, La Paz, 8 de junio 12:00 pm. 2020

⁷³ entrevista realizada con el director del C.B.S “Vida” el 16 de agosto del 2020. En Pucarani. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 4

⁷⁴ Entrevista realizada de forma virtual el 20 de marzo del 2021 a ex terapeuta del C.B.S Vida

Jerarquía entre Miembros del Equipo Técnico en la C.T. “Sant' Aquilina”

GRÁFICO 5-3 Jerarquía Miembros Equipo Técnico en la Comunidad Terapéutica “Sant' Aquilina”

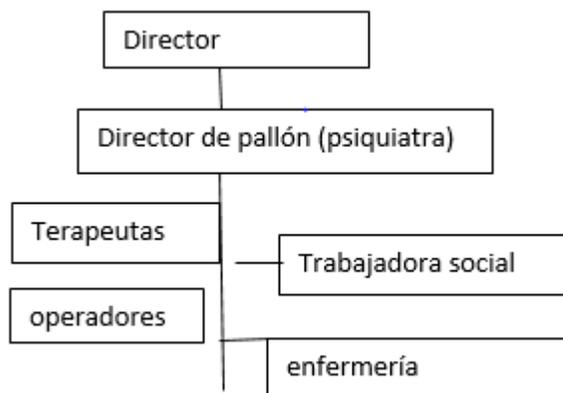


Fuente: Elaboración Propia

La jerarquía entre el personal de la institución es bastante organizada, puede ser tanto en cuanto a su “grado académico”, como en el tiempo de trabajo dentro de la institución. En cada “casa” o comunidad terapéutica existe su equipo técnico con los mismos puestos jerárquicos, los cuales se sujetan a autoridades de la Asociación Papa Juan XXIII, así como el coordinador de la asociación.

Jerarquía entre miembros en el equipo técnico en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”

GRAFICO 5-4 Jerarquía de los miembros del equipo técnico en la Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”



Fuente: Elaboración Propia

Según la entrevista con la directora de la institución⁷⁵, el psicólogo y el psiquiatra tienen el mismo nivel jerárquico, el director del pabellón es el psiquiatra y es quien realiza las evaluaciones a los usuarios y estando, además encargado del tratamiento.

Tipos de rituales

Tipos de rituales dentro de la comunidad en el C.B.S. “Vida”

Además de los rituales propios de las comunidades terapéuticas, “Sant' Aquilina” utiliza únicamente éstos, por lo que la descripción se la realizará en el siguiente punto: Esta institución realiza, ocasionalmente, rituales “alternativos” de curación espiritual, como ser ceremonias de baile con fuego, ceremonias de ayahuasca, willka, achumo o ceremonias de purga de tabaco.

Tipos de rituales dentro de la comunidad en la C.T. “Sant' Aquilina”

Los rituales que se realizan en la institución son similares en todas las comunidades terapéuticas, las cuales siguen realizando rituales utilizados desde los inicios de este tipo de institución (Synanon y Daytop Village, Emiliehoeve o el Centro Italiano di Solidarità (C.E.I.S.)) y en general las instituciones que manejan el “proyecto hombre”⁷⁶, tales como: Rituales de iniciación, rituales en los cambios de fase, rituales de graduación y también actividades festivas propias de la institución. Este aspecto religioso puede no ser obligatorio en ninguna institución, pero el tiempo que le dedican a rezar, orar o asistir a ceremonias religiosas es considerable.

Tipos de rituales dentro de la comunidad en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”.

En esta institución los rituales también están ligados a las prácticas de la religión católica y ya que el progreso del paciente lo determina más el aspecto psiquiátrico que el manejo del usuario en la comunidad, genera que la ritualidad dentro del tratamiento, para los usuarios, aparentemente no son relevantes.

⁷⁵ Entrevista realizada el 11/06/2021 en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, La Paz Bolivia, Hrs. 11:05 am

⁷⁶ Descrito anteriormente

Como conclusión de los componentes sobre prácticas de interacción en convivencia (relaciones interpersonales horizontales, verticales y ritualidad):

Como conclusión de los componentes, los diferentes estratos en las jerarquías de los miembros de las comunidades terapéuticas, proporciona diferentes responsabilidades en los usuarios y muestra su avance en las diferentes actividades asignadas y en el tratamiento en general. Se muestra notoria la razón por la cual las comunidades terapéuticas siguen utilizando esta metodología; por lo tanto, también se hace visible la deficiencia en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” el cual carece de algunos niveles jerárquicos y le da poca importancia a los mismos.

1. En cuanto a las relaciones entre los miembros de la comunidad y el equipo: La institución realiza un trabajo más cercano, es decir, tiene un trato más cercano entre miembro y terapeuta, desde la percepción de los usuarios en el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”. Esto ayuda mucho a los usuarios a resolver sus problemas personales. En comparación con otras instituciones analizadas, la falta de cercanía entre ambos, limita el desarrollo de la estabilidad psicológica de los usuarios. Es importante mencionar que en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” los usuarios muestran más confianza y sentimiento de verdadero interés de parte del personal de enfermería.
2. Dentro de la jerarquía de los diferentes equipos técnicos de las diferentes instituciones, existen diferentes cargos, la cual determina su importancia dentro del tratamiento para los usuarios, más que el cargo técnico que ocupa el especialista dentro de las instituciones, el estudio se ha centrado en la real importancia que realizan los distintos especialistas de los equipos técnicos. En el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” los rangos jerárquicos van muy de acuerdo con el grado de autoridad que tienen las personas del equipo, si bien se supone que el equipo se conforma precisamente para hacer análisis conjuntos de los usuarios y tomar decisiones conjuntas, el estudio muestra que en ciertas ocasiones la parte directiva toma decisiones arbitrarias en las que no todo el equipo técnico está de acuerdo. La comunidad terapéutica “Sant’ Aquilina”, tiene una forma más rígida en la

que se maneja y hasta donde el estudio ha podido llegar, muestra que hay poca discusión entre equipo técnico, por su rigidez en cuanto a normas y posiciones (incluso legales). El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” se rige prácticamente por la parte del personal de salud mental (psiquiatría) y como ya se mencionó el personal de enfermería, el cual tiene la posición más baja en la jerarquía del pabellón de adicciones, es el más involucrado con sus usuarios, así también, la trabajadora social que muy poco figura en la percepción positiva de los ex usuarios. Concluyentemente, la posición jerárquica no determina el grado de dedicación para con la causa, es decir, la rehabilitación de sus usuarios o pacientes.

3. Es interesante como a pesar de que las tres instituciones analizadas se consideran comunidades terapéuticas (las cuales tienen rituales típicos, como el cambio de fase o la graduación), en realidad tienen diferentes tipos de rituales, si bien para todos es importante la parte espiritual, las tres comunidades la manejan de distinta manera. El Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” es la institución que se abre a distintas formas para despertar la espiritualidad en sus usuarios, en cambio las otras dos instituciones que son parte del estudio, por el hecho de ser parte de instituciones o asociaciones mayores de tipo religioso católico tradicional, utilizan la religión católica para canalizar o despertar la espiritualidad, lo cual llega a ser una manera limitante de hacerlo para sus usuarios.

1.2.5. Estructura de Convivencia

La Estructura de Convivencia presenta diferencias, las cuales se encuentran en el tipo de responsabilidades, su flexibilidad en cuanto a ellas y el tiempo designado, a las diferentes actividades. Los posteriores puntos (variables) que se describirán en el diagnóstico detallan las responsabilidades y actividades de las diferentes instituciones, sin embargo, para mostrar de manera un poco más clara la comparación realizada en el estudio, se realizó el siguiente cuadro:

TABLA 5-12 Estructura de Convivencia

Tiempo que le Dedicar la Institución Importancia que le Dirige la Institución	Centro Boliviano de Solidaridad "Vida"	Comunidad Terapéutica "Sant' Aquilina"	Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios"
Las responsabilidades consigo mismo	Media	Media	Media
Las Responsabilidades Asignadas (Áreas)	Media	Media	Baja
Terapia ocupacional	Media	Bajo	Media
Terapias grupales	Alta	Alto	Media
Terapias individuales	Media	Media	Baja
Flexibilidad con las Normas	Alta	Baja	Media

Fuente: Elaboración Propia en Base a Datos Recabados en el Trabajo de Campo

Normas dentro de la comunidad

Normas dentro de la comunidad terapéutica C.B.S. "Vida"

En las todas las comunidades terapéuticas existen cuatro reglas "cardinales" o básicas (no consumo, no acercamientos, no violencia y no robo), sin embargo, hay normas que parten del aspecto psicológico/terapéutico, las cuales han podido ser identificadas a partir de las encuestas realizadas en el C.B.S. "Vida". Las normas mencionadas por los usuarios fueron las siguientes:

- 1.- Responsabilidad,
- 2.- honestidad, terapia ocupacional⁷⁷,
- 3.- contratos negativos⁷⁸, salidas programadas⁷⁹ (y otros privilegios), orden, conciencia y flexibilidad en cuanto a la etapa inicial.

Normas dentro de la comunidad terapéutica "Sant' Aquilina"

Las normas en esta comunidad terapéutica tienen las características descritas anteriormente en el C.B.S. "Vida", si bien ambas instituciones usan el mismo enfoque (bio-psico-social-espiritual) y un modelo similar (C.T. de tres fases/ modelo hombre), las C.T. de la Asociación Papa Juan XXIII priorizan el método

⁷⁷ Que consiste en trabajos dentro de la comunidad y sus áreas de labores, puede ser panadería, hibernaderos o establos, dependiendo de la institución, a excepción del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, el cual carece de terapia ocupacional.

⁷⁸ Que se refiere a los acuerdos negativos entre usuarios

⁷⁹ Un privilegio ganado por el tiempo de estancia y el comportamiento

cognitivo conductual, el cual exige a sus usuarios mayor compromiso y responsabilidad con la terapia ocupacional.

Normas dentro de la comunidad terapéutica del Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”

Las normas (básicas) de una comunidad terapéutica son las mismas⁸⁰, esta institución tiene un aspecto recalable sobre su método hospitalario/clínico, el cual da como resultado que las normas principales sean establecidas por el funcionamiento de la institución médica-mental, es decir, normas como el horario de medicación, las restricciones de horarios de actividades, restricciones en cuanto al movimiento dentro del pabellón de adicciones, la característica de estar vigilado por personal de enfermería, el poco acceso al abandono del tratamiento o el hecho de dormir bajo llave.

Flexibilidad de las normas

Flexibilidad de las normas en la Comunidad Terapéutica C.B.S. “Vida”

Se describe en el cuadro 4-12.

Los usuarios consideran que el C.B.S. “Vida” la flexibilidad en las normas es alta, si bien en los resultados cuantitativos la flexibilidad de la institución tiene una calificación promedio, la percepción de los informantes clave (es decir ex usuarios de las tres instituciones) consideran que esta institución es la más flexible en sus normas, tanto comparándola consigo mismo hace unos años, como con otras, partes del estudio.

El ex personal terapéutico de la institución, también, considera a la institución demasiado flexible en cuanto a sus normas, calificándolo así por el hecho de que la flexibilidad perjudica no solo a los usuarios, sino también a la institución ⁸¹.

⁸⁰ Anteriormente descritas (abstinencia, no robo, no agresión, no acercamientos)

⁸¹ Información extraída de entrevista realizada de forma virtual el 20 de marzo del 2021 a ex terapeuta del C.B.S Vida

Flexibilidad de las normas en la Comunidad Terapéutica “Sant' Aquilina”

Esta institución es la comunidad terapéutica más rígida, según la percepción de los ex usuarios entrevistados, en comparación con las otras instituciones analizadas. La jerarquía entre miembros también agrega rigidez a su forma de tratamiento y prácticas de convivencia.

Flexibilidad de las normas en la Comunidad Terapéutica Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”

En entrevista con el ex usuario⁸² de la institución, describen una rigidez clara, en cuanto a las normas, es decir, consideran que son los menos flexibles en cuanto a cualquier norma, tanto las cardinales, como las de prácticas de convivencia. Si bien el personal afirma, en las entrevistas, ser flexibles en ciertos aspectos (según el individuo y el tipo de trasgresión), los usuarios consideran que son muy poco flexibles y esto genera que cuando se trasgrede normas, sin que lo note el personal terapéutico y el individuo quisiera trabajar terapéuticamente la trasgresión, la rigidez de la institución no se lo permite.

Si bien esta institución es muy restringida en cuanto al movimiento y a los horarios, en cuanto a la comunidad terapéutica, los ex usuarios afirman que es bastante flexible, en realidad, es a causa de que no se aplican de manera estricta las características terapéuticas de una comunidad (hábitos, terapia ocupacional, terapia individual) y eso es percibido como flexibilidad por los usuarios, donde lo rígido de su modelo es el aspecto hospitalario con el que tratan a los usuarios⁸³.

Formas de manejar la trasgresión de normas

Las tres instituciones manejan de la misma manera la trasgresión de las normas, es decir, según el caso particular del usuario. En ocasiones pueden ser “autoexcluidos”⁸⁴ o “suspendidos”⁸⁵

⁸² Entrevista realizada el 12/06/2021, en la ciudad de La Paz, (Zona obrajes), a las 15:00. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 2

⁸³ Aun así, hay ex usuarios de la institución que consideran que tienen flexibilidad en la administración de medicamentos

⁸⁴ Autoexclusión, es la palabra que se utiliza cuando un usuario deja la institución por transgredir las normas, eso quiere decir que no es la comunidad la que expulsa al usuario, sino que el usuario se autoexcluye por falta de compromiso consigo y el tratamiento.

⁸⁵ Retirados de la institución, momentáneamente, sanción que suele usar el Centro de Rehabilitación y Salud mental “San Juan de Dios”.

Forma de inculcar límites

Forma de inculcar límites en la Comunidad Terapéutica C.B.S. “Vida”

Esta institución intenta apelar a la toma de conciencia propia (al igual que las otras, claro) pero teniendo más empatía con los usuarios, lo que permite más errores (trasgresión de normas) por parte de los usuarios, durante el despertar de esta conciencia propia. De esta manera, inculcan los límites propios de los usuarios y no de una forma obligatoria o punitiva. Este manejo, causa que usuarios que no tienen esta voluntad propia, interrumpen el tratamiento de otras personas que si la tienen.

Forma de inculcar límites en la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”

El uso de la metodología “cognitiva conductual”⁸⁶ es la guía para la forma de manejar e inculcar límites en los usuarios. Este tipo de método, tiene parámetros específicos sobre la conducta, la responsabilidad y el esfuerzo propio que hace cada uno de los usuarios. He ahí de donde surgen los beneficios en cuanto a los aspectos laborales. Su manejo más conductual y terapia ocupacional, genera mayor rigidez por parte de la institución y según las entrevistas, los usuarios recaen en la adicción cuando dejan la institución, por falta de límites propios.

Forma de inculcar límites en la Comunidad Terapéutica Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”.

La forma de inculcar límites en esta institución, es bastante parecida a la manera en lo que describe Goffman, una “institución total”, poca libertad y estrictas normas en cuanto al control de los usuarios. Esto genera que los usuarios no generen límites o voluntad propia, sino de una manera obligatoria.

Responsabilidades que se asignan

Las responsabilidades asignadas en la institución son similares en todas las instituciones de este tipo. Como lo describe el Gráfico 4-1, muchas de las responsabilidades que se asignan a los usuarios, tienen que ver con la fase de tratamiento o cargo jerárquico entre miembros.

⁸⁶ Descrito anteriormente

Responsabilidades que se asignan en la Comunidad Terapéutica C.B.S. “Vida”

En primer lugar, están las responsabilidades consigo mismo, higiene personal, cuidados de su espacio personal (dormitorio, pertenencias, etc.). en segundo lugar, las responsabilidades asignadas para con la comunidad (hacerse cargo de la “área” designada) o terapia ocupacional y, por último, pero no menos importante, la asistencia a terapias grupales (o individuales)

Responsabilidades que se asignan en la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”

Son las mismas características descritas anteriormente, en cuanto a responsabilidades propias del usuario, típicas de una comunidad terapéutica. Esta institución prioriza la terapia ocupacional como actividad para sus usuarios y la flexibilidad en cuanto a este y otros aspectos (en general la autodisciplina y las reglas principales⁸⁷), es menor en comparación con las otras instituciones.

Responsabilidades que se asignan en la Comunidad Terapéutica Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”.

En esta institución las responsabilidades que se asignan, son menores en a comparación con las otras instituciones, por su puesto están ciertas actividades, propias de una comunidad, como las descritas anteriormente en cuanto a comportamiento del usuario⁸⁸.

Hábitos que inculcan

Hábitos que se inculcan en la Comunidad Terapéutica

Los hábitos que se inculcan en las distintas instituciones, son los aspectos descritos anteriormente, como las responsabilidades individuales, las responsabilidades específicas de los cargos jerárquicos entre miembros y de la misma manera se relaciona con las normas, la flexibilidad ante ellas y sus distintos métodos psicológicos (o psiquiátricos) en tratamiento.

⁸⁷ No consumo, no acercamiento, no violencia y no robo

⁸⁸ He ahí donde se encuentra la terapia cognitiva conductual de la institución

Los hábitos que pueden o no desarrollar los usuarios de cualquiera de las instituciones descritas, dependen de los aspectos independientes recientemente descritos.

Hábitos que inculcan en la Comunidad Terapéutica “Sant´ Aquilina”

La comunidad terapéutica “Sant´ Aquilina”, que tiene formas más rígidas en cuanto al manejo de las normas y uso del método o técnica cognitiva conductual, opta por establecer ciertos límites (casi inquebrantables) que los usuarios deben seguir por sí mismos, la institución no obliga a los usuarios a tener hábitos y seguir las normas impuestos por la institución, sin embargo, la falta a estos aspectos por parte de los usuarios, termina en la autoexclusión.

Hábitos que inculcan en la Comunidad Terapéutica C.B.S. “Vida”

El Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” opta por una forma más personal de manejarse e inculcarse, por así decirlo, es decir, que, si bien existen normas y hábitos impuestos por la institución, son más flexibles con sus usuarios, esperando una propia motivación por parte de ellos mismos.

Hábitos que se inculcan en la Comunidad Terapéutica Centro de Rehabilitación y Salud mental “San Juan de Dios”

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, impone pocos hábitos, en relación a las otras dos instituciones, y estos tienen mucha relación con el modelo hospitalario/clínico, algunos de ellos si son propios de una comunidad terapéutica, como la terapia grupal, los horarios de las diferentes actividades y la limpieza o responsabilidades personales, pero prevalecen los horarios de medicación, las citas de entre una a tres veces por semana con el psiquiatra de los pabellones y la restricción de comunicación (a menos que sea para recibir la medicación por parte de los familiares).

Horarios

Las comunidades terapéuticas tienen horarios de actividades establecidos, que se realizan a lo largo de la semana, y que varían según la institución. El presente estudio (y a partir del cuadro de operacionalización) se enfoca en los horarios designados a actividades de trabajo dentro de la comunidad grupales y los horarios designados a las terapias.

Horarios de Trabajo

Horarios de trabajo en la Comunidad Terapéutica C.B.S. “Vida”

Los horarios de trabajo o terapia ocupacional en la institución, son equitativos a los horarios de terapia grupal. La institución intenta equilibrar los aspectos terapéuticos, en cuanto a tiempo.

Horarios de trabajo en la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”

La institución que más tiempo e importancia le da a la terapia ocupacional es la comunidad terapéutica de “Sant’ Aquilina” la cual prioriza el trabajo. Según las entrevistas realizadas a ex residentes, la mayor parte del día los usuarios se ocupan de este tipo de terapia y también es el aspecto más importante para la reinserción social de la institución.

Horarios de trabajo en la Comunidad Terapéutica Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”.

En la institución no existen horarios de trabajo, o de terapia ocupacional, solo las responsabilidades anteriormente nombradas

Horarios de terapia

Horarios de terapia en la Comunidad Terapéutica C.B.S. “Vida”

Los horarios de terapia grupal en esta institución tienen una mayor disposición hacia diferentes métodos, los cuales además de tener características propias de las comunidades terapéuticas y métodos psicológicos tradicionales⁸⁹, se abren a diferentes tipos de terapia y de expresiones individuales de sus usuarios⁹⁰. De la misma manera, la institución dedica más tiempo e importancia (que las otras instituciones estudiadas) a las terapias individuales.

Horarios de terapia en la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”

Como se ha mencionado, esta institución le da mayor importancia a la terapia ocupacional, si bien dedica cierto tiempo e importancia a las terapias grupales e

⁸⁹ Historias de vida, “confrontos”, grupos dinámicos y otros.

⁹⁰ Por ejemplo, si un usuario es músico puede haber terapias de musicoterapia o arte o cualquier otra expresión que ayude a despejar la mente en las terapias grupales.

individuales, este parece no ser suficiente para los usuarios, según las entrevistas realizadas.

Horarios de terapia en la Comunidad Terapéutica Centro de Rehabilitación y Salud mental “San Juan de Dios”.

En la institución las terapias también tienen una gran importancia dentro de la estructura de tratamiento y en cuanto al tiempo de dedicación por parte de los especialistas, sin embargo, las entrevistas a ex usuarios de la institución muestran falta de compromiso⁹¹, donde el único aspecto importante para la institución, es decir, es el aspecto mental (psicológico -psiquiátrico).

Como conclusión sobre las variables que son parte del componente estructuras de convivencia:

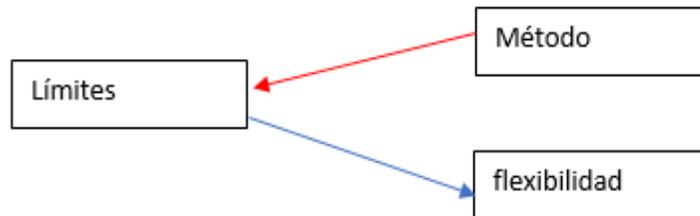
1. Las normas dentro de las comunidades terapéuticas son similares puesto que vienen desde la forma tradicional de manejar una comunidad terapéutica para adicciones, donde existen normas cardinales técnicamente inquebrantables y, también existen beneficios generados por el buen comportamiento hacia estas normas, las cuales difieren según la institución; difieren, pueden ser privilegios dentro del tratamiento, accesibilidad hacia diferentes aspectos dentro de la institución o privilegios para la reinserción laboral.
2. El estudio ha concluido que todas las instituciones pueden flexibilizar sus normas según el caso del usuario, sin embargo, a veces la flexibilidad o la rigidez puede o no tener buenos resultados. En definitiva, la voluntad del usuario es más importante que la rigidez o flexibilidad dentro de las instituciones.
3. El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, tiene un método más rígido, impuesto por la institución, el cual impone los límites a los usuarios y por ello su flexibilidad es baja.

⁹¹ “La (...) (psicóloga) ni siquiera sabía mi nombre”. Entrevista ex usuario de la institución (12/06/2021, en la ciudad de La Paz, (Zona obrajes), a las 15:00)

La Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”, la cual tiene el método en el que se establecen los límites con una combinación de rigidez en las normas y auto regulación de los usuarios. El Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” es la institución que intenta manejar un método más abierto, en el cual los usuarios se establecen límites y parámetros desde la iniciativa propia, mostrando mayor flexibilidad, ante la percepción de los usuarios.

4. La diferencia en la forma de inculcar límites entre las tres instituciones es fácilmente perceptible, y esta relaciona con la flexibilidad de las normas y su método de tratamiento. El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” utiliza la imposición, La comunidad terapéutica “Sant’ Aquilina” apela a la motivación genuina para lograr los objetivos de rehabilitación y el Centro de Solidaridad "Vida" fomenta y motiva el despertar propio de la conciencia.

GRAFICO 5-5 Relación en las estructuras de convivencia



Fuente: Elaboración Propia

5. Las responsabilidades también están ligadas al método, pero aún más a la flexibilidad de las normas dentro de la comunidad, (el método terapéutico en el cual se enfocan más y según su flexibilidad) a partir de ello es cuanto permiten que sean o no cumplidas o estrictas las responsabilidades asignadas (ya sea por la fase, el estado psicológico o como método terapéutico). Entonces, las responsabilidades prácticamente son las mismas en las diferentes comunidades

terapéuticas a excepción del Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” el cual carece de algunos grados en las cuales hay ciertas responsabilidades.

El estudio muestra que las diferencias principales entre los modelos, están en la rigidez o en la flexibilidad de las normas, hábitos, límites y responsabilidades y en la diferencia del método para lograr que el usuario cumpla con los objetivos, es decir, la imposición o voluntad propia. En todos los casos se analiza individualmente a los usuarios y se considera la comprensión y flexibilidad según el sujeto. Pero en la comunidad terapéutica “Sant’ Aquilina” y el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” suelen optar por la rigidez o imposición.

1.2.6. Técnicas, duración y enfoque

Técnicas

Uso de terapia motivacional, uso de terapia cognitiva conductual y uso de terapia de facilitación de 12 pasos

El Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” dedica mayor atención a la terapia motivacional. La Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina” lo hace a la terapia cognitiva conductual y en menor medida a la terapia motivacional. El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” intenta utilizar las tres técnicas de una manera equitativa entre ellas, pero parece solo conseguir la falta de un lineamiento en sus técnicas (excepto el aspecto clínico u hospitalario el cual está muy bien definido).

Duración

Tiempo Sugerido

En el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” se sugiere un tratamiento de 6 meses a un año. Asimismo, en la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina” se sugiere un tratamiento mínimo de un año y, en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” se sugiere un tratamiento de 6 meses a nueve meses.

Tiempo promedio de personas que terminaron el tratamiento

A partir de las entrevistas a usuarios y ex usuarios del Centro Boliviano de Solidaridad "Vida", la gran parte termino el tratamiento en un periodo de 6 a 9 meses.

A partir de las entrevistas con ex usuarios de la Comunidad Terapéutica "Sant' Aquilina", terminaron el tratamiento en un periodo de un año y medio a dos años.

De las entrevistas con ex usuarios del Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios", se evidencia que no existen muchos ex usuarios que hayan concluido con el tratamiento de rehabilitación, no habiéndose encontrado lamentablemente durante todo el estudio diagnóstico, a ningún ex usuario que haya terminado el tratamiento; en todo caso, las entrevistas reflejan un tiempo de estancia en la institución de 1 a 3 meses.

Enfoque bio-psico-social

Las tres instituciones manejan el mismo tipo de enfoque, bio-psico-social, (incluido el aspecto espiritual, que puede no estar en sus especificaciones conceptuales, pero es importante)⁹². Este tipo de enfoque quiere decir:

Bio. - Es decir lo corporal, el bienestar físico

Psico. - Es decir el bienestar mental

Social. - Es decir el bienestar con el entorno social (familia, sobre todo)

Las instituciones manejan también el estado espiritual. En la descripción de los rituales que manejan las instituciones, se describe la manera en la que las distintas comunidades terapéuticas, incitan a el despertar de la espiritualidad; pero es necesario resaltar que para estas es muy difícil incitar a el despertar de la espiritualidad, sin la inclinación a una religión en específico.

Número de usuarios menores de edad

La única institución que permite el ingreso de menores de edad⁹³, es el C.B.S."Vida", teniendo en cuenta los aspectos legales y psicológicos de los

⁹² Otras instituciones tienen un enfoque "espiritual cristiano" (como REMAR o Peniel) y otras incluyen es aspecto "educativo" cuando manejan poblaciones menores de edad

menores de edad. Según la entrevista con el director de la institución, los menores de edad que ingresan a la institución, tienen un desarrollo diferente de su psiquis, por el hecho de provenir de Aldeas Infantiles S.O.S.⁹⁴ y haber tenido diferentes condiciones de vida. Sin embargo, tanto por la observación participante como por la entrevista realizada a un menor de edad de la institución, se puede notar, que la convivencia de menores (que tienen conocimiento sobre el consumo de sustancias) no es comparable con los mayores de edad y por lo tanto la posibilidad de aprender nuevas adicciones y formas de consumo, de los usuarios mayores es alta y notoria.

Conclusiones de los componentes sobre el uso de técnicas (de terapia en el campo de la psicología), el tiempo sugerido, de tratamiento, el tiempo promedio en el que los ex usuarios terminaron el tratamiento, el enfoque y el número de usuarios menores de edad son las siguientes:

1. Si bien han sido analizadas las diferentes técnicas utilizadas dentro de los tratamientos y se puede notar la importancia que le asigna cada institución, es un área dentro del análisis propio de la psicología.
2. El tiempo de tratamiento sugerido, como se ha descrito de tratamiento, difiere según la institución; de la misma manera, también difiere entre la sugerencia y el tiempo real de estancia de los usuarios.
3. Sin embargo, este aspecto llega a ser muy personal, es por eso que a veces el tiempo sugerido, con el tiempo de estancia real, discrepa, por las diferentes necesidades, de los diferentes usuarios, que pueden ir surgiendo durante el tratamiento.
4. En cuanto al enfoque, se considera notoria la necesidad de ampliar el campo espiritual no religioso, en menor medida en el C.B.S. "Vida" el cual se inclina a intentar motivar este aspecto de distintas maneras, pero carece de una línea o rumbo específico.
5. Solo en el Centro Boliviano de Solidaridad "Vida" acepta menores de edad y por la poca experiencia en adicciones que tienen estas personas, se puede concluir que, en cuanto a tratamiento de

⁹³ De una forma de convenio legal y controlada.

⁹⁴ La cual es efectivamente notable en los menores que ingresan en la institución.

adicciones, no es productivo juntar a consumidores que están iniciando su consumo con usuarios ya experimentados.

1.3. ANÁLISIS DE VARIABLES Y COMPONENTES DE CONDICIONES INSTITUCIONALES

1.3.1. Cantidad y especialidad del personal

Cantidad y especialidad del personal en la Comunidad Terapéutica C. B. S. “Vida”

En esta institución, como se ha descrito en el grafico 5-2. en las jerarquías entre los miembros, existen 5 tipos de cargos: director, terapeutas, trabajadora social, operador y agrónoma; de los cuales, el cargo de “terapeuta” lo ocupan de 3 a 5 personas, este puesto lo ocupan profesionales en el área de psicología, en ocasiones puede ocuparlo una persona fuera de esta área, pero con experiencia en adicciones, los operadores suelen ser ex usuarios de la institución y en ocasiones no son personas con no más capacitación que la de cualquier usuario que haya terminado el tratamiento. El total del equipo técnico suele estar conformado de entre 8 a 10 personas.

Cantidad y especialidad del personal en la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”

En la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina” ” (como se ha descrito en la TABLA 4.13), en las jerarquías entre miembros, también existen 5 tipos de cargos: director, terapeutas (de igual forma es un puesto ocupado por dos o tres personas del área de psicología o rama afín a las adicciones), trabajadora social, operador y pasantes de psicología, los operadores y en ocasiones terapeutas; también pueden ser ex consumidores, pero tienen al menos cierto tipo de capacitación. El total del equipo técnico suele ser de 8 personas.

Cantidad y especialidad del personal en la Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”

Esta institución cuenta de un mayor número de miembros dentro de su personal el cual es altamente calificado. En esta institución existen 6 tipos de cargos, director, director del pabellón, terapeuta, operador, trabajadora social y personal de enfermería (este es el único puesto que consta de más de una persona). El operador también puede ser un ex consumidor⁹⁵, pero este tiene una alta capacitación en el campo de adicciones. El estudio no recabo el dato de la cantidad de personal de enfermería del pabellón, pero a partir de la observación participante, son aproximadamente 4 personas. En total del equipo técnico está conformado por 10 personas aproximadamente.

Conclusiones. Cantidad y especialidad del Personal

En cuanto a la cantidad y a la especialidad del personal del equipo técnico se puede concluir que las tres instituciones cuentan con personal capacitado en el campo de las adicciones. No obstante, el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” opta por emplear como parte del equipo técnico a personas no capacitadas de profesionalmente, sin embargo, por supuesto que son ex usuarios y su conocimiento acerca de la rehabilitación, es un aspecto sumamente positivo. De la misma manera, sus exigencias en cuanto a la abstinencia cero, con estos empleados, suele causar problemas en la institución.

A diferencia del C.B.S. “Vida”, la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina” y el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, suelen tener especialistas en el área, carentes de las vivencias personales de consumo de drogas y alcohol, lo cual los hace sentir poco comprendidos por sus usuarios.

1.3.2. Financiamiento

Financiamiento recibido y formas de conseguir financiamiento

Financiamiento y formas en la Comunidad Terapéutica C.B.S. “Vida”

Esta institución es totalmente autosostenida. Según la entrevista realizada al director de la institución⁹⁶, alguna vez la institución recibió financiamiento de la Cooperación Alemana, quien ayudó a realizar algunas de las carpas invernadero

⁹⁵ Y según una entrevista a un ex usuario, este puede ser un aspecto positivo del personal del equipo técnico, por la comprensión recibida por parte del único ex consumidor del equipo técnico.

⁹⁶ Extraído de la entrevista realizada con el director del C.B.S “Vida” el 16 de agosto del 2020 en Pucarani. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 3

de la institución. Ocasionalmente el estado o la gobernación hace ciertos donativos para la cocina de la institución y de también recibe productos de “casa ideas”. El C.B.S VIDA se acoge al Sistema Universal de Salud como parte de la ayuda estatal.

Financiamiento y sus formas en la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”

La Asociación Papa Juan XXVIII es la que se encarga de financiar a todas sus comunidades terapéuticas. Según la entrevista realizada al coordinador de las comunidades terapéuticas de la asociación Juan XXIII⁹⁷ el aporte del estado boliviano, consiste en la parte de la salud, pues la institución se acoge al Sistema de Universal de Salud, Así también las entrevistas⁹⁸ indican que la institución recibe financiamiento de la Orden Religiosa Católica siempre y cuando muestre resultados de reinserción y siempre tenga una cierta cantidad de usuarios, razón por la cual la institución se lleva a personas de la calle a la institución, las cuales no tenían una intención real de ingresar en la institución.

Financiamiento y formas en la Comunidad Terapéutica Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”

La institución recibe financiamiento por parte de “San Juan de Dios”, una institución mundial y de bastante presencia en nuestro país, así también recibe financiamiento estatal, puesto que a partir de los intereses de la institución se ha clasificado a las personas con problemas de adicción como “enfermos mentales”, por lo tanto, la institución recibe 1500 Bs. Mensuales por cada paciente que ingresa al pabellón de adicciones.

Conclusiones. Financiamiento y formas de conseguir financiamiento

La Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina” y el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, captan financiamiento directo de sus respectivas órdenes religiosas, cada una con sus propios requerimientos, tales como cantidad

⁹⁷ Entrevista realizada al Coordinador de las comunidades terapéuticas de la Asociación Papa Juan XXIII el 25 de junio del 2021. En la comunidad terapéutica San Vicente a las 14.30 hrs. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 1

⁹⁸ Entrevistas al Coordinador de las comunidades terapéuticas de la Asociación Papa Juan XXIII y a la trabajadora social de la Comunidad Terapéutica

de usuarios o informes acerca de la situación institucional y la de los usuarios, y son cumplidas por ambas instituciones para mantenerse en funcionamiento. El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, también recibe financiamiento del estado, por el hecho de ser una institución que forma parte del sistema de salud pública, recalcando que es el hecho de ser parte del sistema de salud mental y que los usuarios son considerados como “enfermos mentales”, esto sin desmerecer, por supuesto, la ayuda brindada (sobre todo económicamente) hacia sus usuarios.

1.3.3. Sistema de seguimiento

TABLA 5-13 Sistema de Seguimiento

Institución	Cantidad de Ex Residentes con Seguimiento	Sistema del Seguimiento	Recursos Humanos y Materiales para el Seguimiento
Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”	Entre tres y cinco ex residentes	Terapias individuales	RR.HH.: Psicólogos, operadores y director
		Acceso a la comunidad para la contención de recaídas	Materiales: C.T. más cercana al usuario
Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”	Entre tres y cinco ex residentes	Terapias grupales	RR.HH.: Psicólogos, operadores y personal religioso
			Materiales: Casas partes de la institución
Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”	Entre tres y cinco ex internos	Citas quincenales o mensuales con el psiquiatra	R.R.H.H.: Psiquiatra
			Materiales: Oficinas de la institución, recetas medicas

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

En tanto el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”, no recibe ningún tipo de financiamiento (aparte del apoyo en la salud de los usuarios) es una institución autosostenida y esto es precisamente lo que dificulta a la institución en proporcionar programas educativos o de reinserción social.

Cantidad de ex residentes que mantienen un seguimiento posterior

En las tres instituciones el promedio de ex usuarios que tienen un seguimiento posterior, al menos durante un tiempo, es entre tres y cinco personas.

Sistema o forma de seguimiento

El Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” permite a ex usuarios el acceso a las diferentes casas de la institución, a objeto de contener los deslices o recaídas mediante terapias individuales, con cualquier persona del equipo técnico, capacitado para ello o que el ex usuario prefiera.

La Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina” también permite a ex usuarios el acceso a las diferentes casas de la institución, para la contención de deslices o recaídas mediante terapias individuales y sobre todo el acceso a participar en las terapias grupales, donde puede haber un grupo de ex usuarios.

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, en cambio, el seguimiento a los ex usuarios se lo realiza mediante citas programadas con el psiquiatra encargado del pabellón en el plazo de un mes o cada quince días, con la finalidad de evaluar su estado psiquiátrico y el seguimiento del tratamiento médico.

Recursos humanos y materiales para el seguimiento

Recursos humanos y materiales para el seguimiento en la Comunidad Terapéutica C.B.S. “Vida”

Los R.R.H.H. que utilizan son los terapeutas, operadores y el director y, los recursos materiales que utiliza son las diferentes casas de la institución.

Recursos humanos y materiales para el seguimiento en la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”

Los R.R.H.H. que utilizan son los psicólogos, operadores y “personal religioso” (y otro personal capacitado). Los materiales: son las casas que forman parte de la institución.

Recursos humanos y materiales para el seguimiento en la Comunidad Terapéutica Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”,

Los R.R.H.H. que utilizan es el psiquiatra encargado del pabellón y, los recursos materiales que utiliza son las oficinas de la institución y la farmacia, la cual está disponible para la adquisición de los medicamentos.

Conclusiones. Seguimiento y recursos humanos

Las conclusiones en cuanto al seguimiento de los ex usuarios, la forma o sistema de hacerlo y los recursos (humanos y materiales) utilizados son los siguientes:

Las tres instituciones mantienen una pequeña cantidad de ex usuarios que se mantienen en contacto con la institución. El mantener un seguimiento al tratamiento es totalmente voluntario, así como el tratamiento en sí, la institución no puede obligar a los ex usuarios a hacer un seguimiento, es por ello que el número de personas oscila entre tres y cinco en un promedio semestral⁹⁹.

Existe una diferencia importante entre el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” y las otras dos instituciones de análisis (las cuales dan un apoyo psicológico), y en esta, es que las evaluaciones post tratamiento son del tipo médico-psiquiátrico (para el mantenimiento, seguimiento y evaluación en cuanto a medicación). De la misma manera el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” es la única institución que solo pone a disponibilidad al psiquiatra programado, las otras comunidades terapéuticas, estudiadas, muestran mayor disponibilidad en cuanto a sus recursos humanos, por lo tanto, todos los datos apuntan a una atención más humana por parte de la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina” y el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”.

Los recursos materiales, han mostrado ser uno de los aspectos más satisfactorios por parte de las tres instituciones. La existencia de una farmacia muy plena en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” es destacable.

⁹⁹ “Las personas van y vienen” entrevista informal al personal de enfermería del Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”

1.3.4. Sistema de evaluación

Recursos humanos y materiales para evaluaciones del tratamiento

Los recursos humanos y materiales, son similares en las tres instituciones estudiadas. Estas utilizan a todo el personal del equipo técnico al cual le competen los usuarios, los cuales hacen una evaluación de manera personalizada (individualmente) y de manera general (al manejo de la comunidad y sus integrantes). Ponen a disposición las instalaciones de la institución y utilizan material de escritorio en abundancia, para los archivos y documentación de los usuarios.

Forma de evaluar sus prácticas e interacción en convivencia

La forma de evaluar las prácticas e interacción en convivencia y las formas de evaluar su estructura de convivencia, son similares en las tres instituciones, donde se realizan grupos o reuniones de equipo técnico, donde se evalúa estos aspectos, para calificar la forma en la que se están manejando las prácticas e interacciones dentro de la comunidad y para realizar ajustes si son necesarios.

Conclusiones de Sistemas de Evaluación

El sistema de evaluación, como se ha descrito en la parte metodológica conceptual del estudio, se refiere a la evaluación interna en relación a las prácticas de convivencia y a su estructura (normas, responsabilidades, hábitos y demás aspectos relacionados) que realiza el equipo técnico de las diferentes instituciones y las tres instituciones emplean sus R.R.H.H. y recursos materiales (infraestructura) con total disposición. Realizan evaluaciones individuales (en las que evalúan a los usuarios) y grupales (en las que evalúan las prácticas e interacción en convivencia).

1.4. ANÁLISIS DE VARIABLES Y COMPONENTES DE CONDICIONES EXTERNAS - ASPECTOS SOCIALES

Usuarios que han tenido problemas económicos para ingresar a una institución de rehabilitación

Problemas económicos para ingresar en la Comunidad Terapéutica C.B.S. “Vida”

Según las encuestas y las entrevistas realizadas, pocos usuarios tienen problemas económicos para ingresar y algunos no tienen conocimiento de su condición económica; en estos casos, este desconocimiento se produce de forma combinatoria entre la institución y la familia para el bienestar y tranquilidad del usuario durante su tratamiento.

Problemas económicos para ingresar en la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”

Esta institución es la que mayor facilidad económica presta a sus usuarios. De hecho, según las entrevistas con la trabajadora social¹⁰⁰, los usuarios que no reciben apoyo de su familia muchas veces son los que muestran los mejores resultados.

Problemas económicos para ingresar en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”

La evaluación socio (económica) de la que se encarga la trabajadora social, define en gran parte la forma y cantidad de pago; si bien ahora el Sistema Universal de Salud, cubre gran parte del tratamiento, el aporte lo define la evaluación.

Usuarios que han tenido problemas económicos para continuar con el tratamiento de rehabilitación

¹⁰⁰ Entrevista realizada a la trabajadora social de la Asociación Papa Juan XXIII, el 25 de junio del 2021. En la comunidad terapéutica San Vicente a las 15.30 hrs.

La observación participante mostró que existen casos en los que los usuarios tienen problemas para mantenerse en la institución por falta de apoyo familiar y recursos propios¹⁰¹, pero no es de ninguna manera un impedimento para continuar con el tratamiento, puesto que las instituciones refuerzan e incentivan a los usuarios que tienen buenos avances.

Usuarios que han sido influenciados por su grupo social para abandonar el tratamiento

Según las encuestas y las entrevistas, el grupo social sí puede tener cierto nivel de influencia durante el tratamiento, pero no es tan fuerte como para abandonar el tratamiento. Sin embargo, en la etapa posterior al tratamiento, parece ser un factor importante ya que, en repetidas ocasiones, los informantes consideran que sus recaídas se deben al reencuentro con amigos o a rupturas amorosas¹⁰².

Usuarios que han sido influenciados por sus necesidades laborales para abandonar el tratamiento

Aunque en las encuestas y las entrevistas no se ha podido evidenciar el hecho de que, a algunas personas, las cuales efectivamente tienen problemas de adicciones en las cuales consideran pertinente el tratamiento residencial, después de ingresar al tratamiento, se apresuran a salir de la institución porque tienen un trabajo o un negocio o una familia que necesita de su presencia. Esto ha podido notarse durante la observación participante¹⁰³.

¹⁰¹ En las Comunidades Terapéuticas, uno de los trabajos iniciales de los trabajadores sociales es el de hacer una valoración de la posibilidad económica de cada usuario, para así determinar el monto económico que se dará a la institución. La única institución que sí depende del aporte de los usuarios es el Centro Boliviano de Solidaridad Vida

¹⁰² - “al salir de Sant’ Aquilina ¿Qué hiciste? - Volver con mi novia, estuve un tiempo y luego terminamos, al salir he recaído.” Entrevista ex residente de Sant’ Aquilina y actual usuario de C.B.S. VIDA Pucarani. realizada en Pucarani enero 2021. Ver entrevista completa en Anexos Entrevista 3

¹⁰³ Así mismo, la observación participante ha dejado notar que en ocasiones este aspecto sirve como excusa para abandonar el tratamiento

Conclusiones. Aspectos sociales

Las conclusiones referidas a los aspectos sociales provienen de las siguientes variables. Los problemas económicos para ingresar o mantenerse en las instituciones y la influencia de los grupos sociales o situaciones laborales.

1. Las instituciones en general proporcionan la mayor facilidad posible para tanto ingresar como mantenerse en el tratamiento de rehabilitación (luego de realizar evaluaciones sociales). La Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina” y el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” son las instituciones que mayor apoyo económico brindan a sus usuarios, el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios” también brinda apoyo económico, pero no cubre parte importante de su método de tratamiento, es decir, la medicación.
2. Tanto en las encuestas como en las entrevistas, el grupo social puede ser un factor influyente, pero no determinante para el abandono del tratamiento.
3. De la misma manera, el aspecto laboral puede tener cierta influencia, que además puede parecer como significativa, pero a partir del estudio se pudo percibir que es una excusa más para abandonar el tratamiento y no es un factor clave, o relevante.

1.5. ANÁLISIS DE VARIABLES Y COMPONENTES SOBRE ASPECTOS INDIVIDUALES O PERSONALES**Usuarios que no reciben apoyo familiar para el tratamiento de rehabilitación**

Como se ha mencionado anteriormente, en muchos casos, la ausencia de la familia es un impulso adicional para conseguir una óptima rehabilitación, pero como también se ha descrito, en instituciones como el Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”, precisa del apoyo de los familiares para los gastos económicos (como la medicación).

Está claro que, en cuanto a Comunidad Terapéutica, el apoyo familiar influye mucho menos que la verdadera motivación de rehabilitación, e incluso las terapias familiares se realizan con la intención de trabajar la “codependencia” de los familiares hacia los usuarios de las instituciones y no al contrario.

Usuarios que han sido influenciados por su familia para abandonar el tratamiento

Algunos de los usuarios consideran que su familia puede haber influido en el abandono del tratamiento, sin embargo, no es determinante. En la mayoría de los casos, es lo contrario; la familia incentiva e incluso llega a obligar a sus familiares a ser parte del tratamiento.

En la Comunidad Terapéutica “Sant’ Aquilina”, como sabemos, la falta de relación con los familiares puede ser un impulso adicional, por la falta de sustento externo a la institución.

Usuarios que han sido influenciados por su pareja para abandonar el tratamiento

En cuanto a este punto, se puede notar, (sin importar la institución si no los individuos en general) que las parejas influyen en la hora del postratamiento, es decir, en los deslices y recaídas, posteriores al tratamiento.

Usuarios que han abandonado el tratamiento por falta de motivación propia

A partir de las encuestas realizadas, hay varios motivos por los cuales los usuarios han abandonado los tratamientos de rehabilitación.

Como se puede ver en el siguiente cuadro, existen razones ligadas a la institución en sí, aspectos personales como la necesidad de consumo o deseo y aspectos ligados a condiciones de coyuntura social actual (como la cuarentena), sin embargo, la observación participante ha dejado evidenciar que muchas de las razones mencionadas tienen como trasfondo la necesidad o deseo de consumir.

Si no concluyó el programa ¿por qué abandono del tratamiento?

TABLA 5-14 Causas Abandono de Tratamiento

Opinión Usuarios	Cantidad
Desagrado hacia la institución	2
A causa de la cuarentena	1
Porque quería consumir	2
Porque quería consumir con mi pareja	1
Porque me sentía bien	1
Desagrado con el aspecto religioso de la institución	2
Demasiadas pastillas	1
Prefería salir a estudiar	1

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

Conclusiones: Aspectos individuales o personales

Este componente, describe la influencia negativa, es decir, para abandonar el tratamiento, que puede tener la familia y la pareja.

1. La familia es uno de los factores que prácticamente solo conlleva a aspectos positivos para el tratamiento de rehabilitación, por supuesto también existe un aspecto negativo en el que el área de la psicología trabaja y, es la "codependencia" que crea la familia hacia su familiar que acude a este tipo de tratamientos. Puede que la familia no brinde apoyo de ningún tipo, pero esto suele ser poco determinante para abandonar el tratamiento, es más, puede ser un impulso.
2. La pareja es un factor que ha surgido bastante durante el estudio, sobre todo posteriormente al tratamiento y más allá de tomar a la pareja como un aspecto individual, parece ser la falta del trabajo de introspección y salud psicológica con los usuarios por parte de la institución, el aspecto emocional es un típico factor de recaída después de tratamientos para las adicciones.

1.6. ANÁLISIS DE VARIABLES Y COMPONENTES DE LOS EFECTOS DEL PROBLEMA

Recaída

Cantidad de recaídas durante el tratamiento

Este aspecto realmente solo se puede analizar en el C.B.S. "Vida" el cual, de alguna forma, es comprensivo con el problema por el cual sus usuarios, son sus usuarios (como lo menciona en la entrevista el director de la institución).

¿Has tenido recaídas durante el tratamiento?

TABLA 5-15 Recaídas durante el tratamiento

Opinión Usuarios	Cantidad
Si	7
No	7
No responde	2
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

Las otras dos instituciones no tienen esa comprensión con sus usuarios y en muy pocas ocasiones permiten que exista este tipo de transgresión.

Aumento de consumo

En gran parte de las entrevistas con los informantes clave, que han tenido recaídas y han vuelto a tratamientos de rehabilitación en la misma institución o en otras, que son parte del estudio, y el consumo de sustancias ha sido mayor que antes de iniciar tratamientos de rehabilitación, en otros casos puede que el consumo no haya sido superior.

El siguiente cuadro es realizado a partir de las encuestas realizadas en el C.B.S. “Vida”

¿Cómo ha sido tu consumo al salir de tratamiento?

TABLA 5-16 Consumo al Salir del Tratamiento

Opinión usuarios	Cantidad
Abstinencia cero	2
Un poco de consumo	1
El mismo consumo de antes	1
Más consumo que antes	4
Usuarios que están por primera vez en tratamiento	8
Total	16

Fuente: Elaboración Propia en Base a Datos Recabados en el Trabajo de Campo

Es importante notar que algunos usuarios consideran que es importante contar el tiempo de abstinencia cero al haber concluido el tratamiento, sin embargo, son parte de esta pequeña muestra por ser actuales usuarios del C.B.S. “Vida”

Re-Internación

Usuarios que han ingresado a tratamiento reiteradamente

A partir de las encuestas realizadas en el C.B.S. “Vida” al menos la mitad de los usuarios han estado en más de una ocasión en un tratamiento de rehabilitación, como se puede ver en el siguiente cuadro, así mismo, todos los informantes clave para las entrevistas han ingresado a tratamientos de rehabilitación al menos dos veces y en diferentes instituciones, instituciones que son parte del estudio.

TABLA 5-17 Ingreso a tratamientos

Ingresos	Cantidad de Usuarios
Una vez	8
Dos veces	3
Entre cinco y diez veces	4
Más de diez veces	1
Total	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos recabados en el trabajo de campo

Uno de los puntos por los cuales se ha iniciado el estudio, es el hecho de haber notado a un gran número de personas que han estado en varias instituciones especializadas en el tratamiento de rehabilitación de alcohol y drogas, algunos habiendo acabado los tratamientos, otros no, y este aspecto es el único que se puede englobar a todos los sujetos del estudio (los usuarios que se encuentran por primera vez en las instituciones, difieren del resto, 8 personas, de 16 encuestados y 7 informantes clave).

Las instituciones mencionadas por los encuestados y entrevistados son: a) las tres instituciones que son parte del estudio, b) REMAR, c) PENIEL, d) Pare de Sufrir (Sta. Cruz), e) Monte Sinaí (Sta. Cruz), INTRAID (sin tratamiento residencial actualmente), f) Instituto Nacional de Psiquiatría “Gregorio Pacheco” (Sucre), g) Harrison House (Georgetown/ U.S.A.).

1.7. CONCLUSIONES DEL DIAGNOSTICO

Las conclusiones del estudio diagnóstico, son la parte esencial de lo que es el proyecto de intervención, es por ello que, si bien existen conclusiones específicas de acuerdo a cada aspecto descrito y analizado en el estudio, solo las conclusiones que forman parte del problema analizado son relevantes para el futuro proyecto de intervención, por supuesto cada institución difiere entre sí, en los aspectos son sus debilidades y sus fortalezas, pero de una forma general estos son los aspectos que influyen de forma negativa en todas las instituciones.

ALCANCES Y DEFICIENCIAS EN EL MODELO DE TRATAMIENTO

Alcances y deficiencias del modelo de tratamiento en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios

Alcances. - El modelo puede ser adecuado para algunos usuarios con necesidades de tipo psiquiátricas

Deficiencias. - El modelo clínico/hospitalario es apropiado para un número muy reducido de personas que tienen problemas con el consumo de sustancias. En la mayoría de los usuarios el uso de fármacos es contraproducente.

El modelo mantiene características de una institución mental o psiquiátrica en su manera de controlar y vigilar rígidamente a los usuarios

Alcances y deficiencias del modelo de tratamiento en la comunidad terapéutica "Sant' Aquilina"

Alcances. - La rigidez en este modelo permite que los usuarios con mayor motivación propia y menos condiciones, logran mejores resultados

Deficiencias. - Los objetivos de rehabilitación de la institución caracterizados por la rigidez y poca flexibilidad ocasionan abandonos del tratamiento y búsqueda de otras alternativas

Alcances y deficiencias del modelo de tratamiento en el C.B.S. "VIDA"

Alcances. - El modelo flexible hacia la alternativa de reducción de daños, genera mayores logros en relación a los objetivos en muchos de sus usuarios.

Deficiencias. - El modelo se considera "más flexible" también por que a diferencia de otras instituciones maneja la transgresión de las reglas de manera más terapéutica, y sobre todo tolerante, lo que causa que la institución reciba críticas de otros modelos.

DIFICULTADES EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO

Dificultades en el proceso de tratamiento en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios"

- La falta de atención psicológica a la resolución de problemas personales, centrando a los usuarios en el problema del consumo de la sustancia y no en los problemas personales que llevan al consumo. Esta institución pretende solucionar el consumo mediante terapia psiquiátrica, farmacológica y poco psicológica.

- Cuando se recibe menores en el pabellón (que, según la entrevista con la directora de la institución, no lo hacen, aunque la observación participativa indica lo contrario), y no se vio diferencia terapéutica o terapia dirigida al menor.

Dificultades en el proceso de tratamiento en la Comunidad Terapéutica "Sant' Aquilina"

La terapia psicológica carece de resolución de problemas personales y se centra en la abstinencia cero mediante actividades de terapia ocupacional y laboral.

Dificultades en el proceso de tratamiento en el C.B.S. "Vida"

Los menores de edad que ingresan, de manera ocasional, no reciben un tratamiento diferenciado que evite los riesgos de aumentar el conocimiento sobre sustancias y la relación con otros usuarios, de forma perjudicial.

LIMITACIONES INSTITUCIONALES

Limitaciones institucionales en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios"

- Su sistema de seguimiento ambulatorio es totalmente psiquiátrico y farmacológico, por lo que es ineficiente en los usuarios en los que la medicación no es necesaria.
- En esta institución, no existe posibilidad de iniciar un programa de reinserción educativa.
- El personal terapéutico tiene un nivel de involucramiento superficial con los usuarios y su dinámica médico-paciente, genera poca motivación o empoderamiento en el usuario (necesarios para un tratamiento eficiente).

Limitaciones institucionales en el C.B.S. "Vida"

- No existe un sistema de seguimiento establecido, más allá del que se conserva de manera personal entre algún terapeuta y los ex usuarios.
- Las posibilidades de la institución para ofrecer formas de reinserción educativa o laboral son muy escasas (y muchos de los programas que, si logran ofrecer, no tienen buenos resultados a causa de los usuarios).
- Los proyectos de financiamiento a este tipo de instituciones, por parte del estado u otras organizaciones, es limitado por el tipo de resultados que genera.
- Si bien los resultados del diagnóstico, muestran que el personal terapéutico es el más experimentado y adecuado para los usuarios, la institución corre el riesgo de recaídas en el consumo no solo de los usuarios sino de los terapeutas ex consumidores.

Personal

El estudio muestra que hay tres tipos de personas que se involucran con el tema de las adicciones: 1) profesionales dedicados al área de adicciones (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales), 2) ex consumidores y 3) ex consumidores que se especializan en el área:

1. En muchas ocasiones, a este tipo de profesionales les falta el punto de vista de los consumidores y eso crea una barrera entre el usuario y el profesional.
2. Los ex consumidores que de pronto se adhieren al área de la rehabilitación, son muy comprensivos con el tema, pero les falta la parte del conocimiento teórico, debiendo mencionar las probabilidades de recaída, en el personal de la institución, dada su condición de ex consumidores.
3. Los ex consumidores, que posterior a la efectiva rehabilitación, realizan cursos y diferentes tipos de educación en el tema, suelen ser los más indicados para ayudar a los usuarios de estas instituciones, siempre y cuando conserven su abstinencia ante las sustancias y no establezcan la barrera entre profesional y usuario.

ASPECTOS INDIVIDUALES Y PERSONALES

Factores sociales

En muchos casos el contacto posterior entre usuarios es contraproducente.

Factores personales

La carencia de verdadera motivación propia para lograr los objetivos de rehabilitación es el factor principal de la ineficiencia de los tratamientos.

El modelo del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, es el único del que puede concluirse que en algunos casos desmotiva e incluso fomenta el consumo de fármacos de forma recreativa.

Como se mencionó anteriormente, la eficiencia del trabajo terapéutico incentiva o genera motivación propia, por lo cual algunos factores institucionales, que han sido analizados, como la falta de resolución de problemas en las terapias psicológicas y una mala dinámica que genera una relación vertical entre terapeuta y usuario.

El estudio diagnóstico resalta las relaciones entre parejas, como un factor personal que puede influir en la recaída de los usuarios.

Factores familiares

Si bien todas las instituciones realizan terapias familiares, un aspecto general que afecta a muchos usuarios es la codependencia de la familia hacia el "adicto", la cual obstaculiza el proceso de rehabilitación eficiente.

Factores familiares en el Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios"

Esta institución fomenta la internación de forma obligada por parte de los familiares. De todas formas, la familia es indispensable para hacerse cargo de los gastos económicos del tratamiento farmacológico (además de otros gastos asignados según el informe de trabajo social).

1.7.1. Consecuencias

Estos factores descritos tienen consecuencias negativas en los usuarios. Por supuesto, las principales consecuencias son el abandono del tratamiento, la recaída y el aumento del consumo de sustancias.

1. El uso del modelo hospitalario causa, principalmente, el abandono del tratamiento y el aumento del consumo, puesto que al abandonar la institución no solo se recae en el consumo de la sustancia por la cual originalmente se acudió a la institución, sino que se mezcla con la medicación aplicada por los profesionales en psiquiatría.
2. Las instituciones pueden procurar estabilidad psicológica en sus usuarios, pero no lo hacen cuando terminan el tratamiento, y la inestabilidad psicológica lleva a los ex usuarios a problemas familiares e inestabilidad emocional en general.
3. La falta de programas de estudio o por lo menos la capacidad de continuar con los estudios que lleva la persona, durante el tratamiento residencial, no solo lleva al estancamiento de las personas en sus campos educativos, sino al abandono del tratamiento por esta única razón y al no haber acabado el tratamiento y no recibir seguimiento, es muy común que las personas vuelvan al tratamiento residencial, dejando sin terminar aspectos importantes en sus vidas, que desmotivan mucho a una óptima rehabilitación.
4. La ritualidad propia de una comunidad terapéutica siempre es buena y motivadora, pero en muchas ocasiones se mezcla el aspecto espiritual y ritualista con características religiosas (cristianas) y los usuarios, en muchas ocasiones, se sienten obligados y más allá de ayudar a despertar la espiritualidad en sus usuarios, solo refuerzan el tedio que originalmente sentían por la religión.
5. Cuando las instituciones reciben menores de edad, estos reciben una “educación de consumo” altamente peligrosa. Durante la investigación se hizo visible la necesidad de crear instituciones especializadas en menores con problemas de adicciones¹⁰⁴, para poder aplicar un

¹⁰⁴ Existe este tipo de institución, pero para menores en situación de calle

método exclusivo, sin tener que mezclar a menores con usuarios mayores que tienen mucha más experiencia en temas de consumo.

6. Acerca del personal: a) Los profesionales que solo entienden de adicciones en teoría, muy pocas veces sienten una empatía sincera con los usuarios y se forma una barrera creada por el sentido de superioridad de los profesionales, barrera fácilmente percibida por los usuarios. b) El personal que no ha recibido ningún tipo de formación suele ser poco relevante como ayuda psicológica y es muy tendente a recaer en el consumo causando la impresión de que es muy difícil mantenerse en abstinencia cero, incluso para el personal de la institución, desmotivando psicológicamente a los usuarios. c) El último tipo de personal descrito, es el combinado de los dos descritos anteriormente y suelen ser las personas más indicadas para este trabajo, pues tienen conocimiento tanto de la teoría como de la práctica en el asunto, el único riesgo que existe, y se lo ha visto durante el estudio, es que estas personas también puedan crear una barrera con los actuales usuarios en el sentido de superioridad, a tal punto que durante el estudio, algunos ex consumidores, ahora capacitados en el área de las adicciones, no mencionan su antigua condición.
7. El tema del financiamiento, si bien el estado ayuda mucho con el Sistema de Salud Universal, no participa de forma activa en el campo de la rehabilitación de adicciones, siendo la consecuencia principal es la falta de proyectos laborales y de estudios dentro de las instituciones, por la falta de financiamiento.
8. La falta de seguimiento en los usuarios que han terminado el tratamiento, causa principalmente las recaídas en el consumo de sustancias y muchos de los aspectos mencionados en esta parte del estudio podrían ser previstos si se realizara un seguimiento efectivo en los ex usuarios.
9. De igual manera que otros factores la pareja influye en la recaída del consumo de sustancias, pero esta, está muy ligado con la inestabilidad psicológica y la falta de seguimiento al terminar el tratamiento más que con la pareja en sí.

10. La falta de motivación personal sobre todo causa el abandono del tratamiento y además muchas veces ocasiona que no se quiera volver a este tipo de instituciones, por la característica obligatoria que tuvo inicialmente. Todos los demás aspectos deficientes descritos, son los causantes de la pérdida de motivación durante el tratamiento.

CAPITULO VI

6.FORMULACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

La finalidad principal del proyecto es el poder llevarse a cabo y que no quede solo como propuesta teórica, es por ello que el proyecto nace de una concordancia entre las necesidades de la institución y las estrategias y alternativas del proyecto, donde no solo se propone intervenciones en aquellos aspectos considerados como factores que dificultan el tratamiento de rehabilitación (abordados en el proyecto mediante talleres media), sino también en cubrir necesidades esenciales de la institución como los datos sobre sexo, edad, problema, cantidad de usuarios, seguimiento de ex usuarios y otros datos e información que permitan tanto a la institución como a organizaciones externas, la propuesta de futuros proyectos (basados en datos existentes). Por consiguiente, el objetivo principal es el proponer e implementar un sistema de seguimiento y monitoreo a ex usuarios en el Centro Boliviano de Solidaridad "Vida", por ser la mejor vía para realizar el proyecto de intervención, no solo de forma eficiente, sino logrando tener un impacto esperado.

6.1 METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

La metodología¹⁰⁵ de intervención planteada en el presente proyecto se divide en dos etapas, principales: 1.- Identificación del problema y alternativas de solución, y 2.- Etapas de planificación.

1.- La identificación del problema y alternativas de solución, a su vez, desarrolla cuatro tipos de análisis: análisis de involucrados, análisis de problemas, análisis de objetivos y análisis de estrategias.

2.- Etapas de planificación, en las cuales se desarrollan la matriz del marco lógico, abarcando también las actividades y recursos.

En cuanto hace a la parte práctica, la metodología es cuantitativa (con resultados de análisis estadístico) como cualitativa (con resultados de carácter participativo),

¹⁰⁵ La metodología del proyecto se basa, en gran parte, en el manual () de "metodología del marco lógico para planificación, seguimiento y la evaluación de proyectos y programas". (CEPAL, 2015) y en la "Guía Didáctica para la Sistematización de Experiencias en Contextos Universitarios". De Pérez de Maza. Universidad Nacional Abierta. Caracas 2016.

es decir, los objetivos se alcanzan gracias a la participación y opinión de los participantes o grupos meta del proyecto, como también del equipo técnico.

1.8. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

En el proyecto el grupo principalmente interesado e involucrado es el Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”, que podría denominarse como una organización externa¹⁰⁶. Otro grupo que se constituye como involucrado directamente son los usuarios actuales de la institución, tanto en el diagnóstico como en el proyecto, asimismo los ex usuarios representan a un grupo involucrado dentro del proyecto.

En el estudio diagnóstico realizado existen varios grupos involucrados. Las tres instituciones u organizaciones parte del estudio, representan esos grupos involucrados: a) El Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”. b) La Comunidad Terapéutica “San't Aquilina”. c) El Centro de rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”. De ellas, para el presente proyecto de intervención, el C.B.S “Vida” ha sido la única institución dispuesta e interesada.

En el estudio diagnóstico, indirectamente existen otros tres grupos involucrados y que han formado parte importante del análisis: a) La familia b) el círculo social c) la pareja.

Como quedo expuesto en los resultados, estos grupos no son factores determinantes en la rehabilitación de los usuarios, con excepción de la pareja que si mostró ser un factor importante. Sin embargo, el proyecto no tiene el necesario alcance para intervenir en este grupo.

¹⁰⁶ Es una organización sin fines de lucro, pero no recibe ingresos ni beneficios de ningún tipo, por lo tanto, su economía es auto sustentada mediante el aporte personal de los usuarios, socioeconómicamente determinado por la institución.

CUADRO 6-1 Cuadro de involucrados

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
<p>Centro Boliviano de Solidaridad "Vida"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obtención de datos de los ex usuarios a partir del sistema de seguimiento y monitoreo - Contar con una base de datos y obtener información de los usuarios - Realizar actividades que fomenten la capacitación del equipo técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de recolección de datos de ex usuarios que vuelven a la institución. - Falta de información sobre los ex usuarios 	<p>La institución designa libremente recursos según sus necesidades y objetivos</p> <p>Recursos financieros Viáticos, estadía y materiales</p> <p>Recursos no financieros Apertura de los usuarios a proporcionar datos, disponibilidad de tiempo por parte de la dirección y del equipo técnico.</p>
<p>Usuarios del C.B.S "Vida"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información importante sobre sí mismo, a la institución. Realizar actividades alternativas y además que fomenten la motivación propia 	<ul style="list-style-type: none"> - La institución no conserva los expedientes de los usuarios, ni ningún tipo de información. 	<p>Recursos no financieros La apertura, disponibilidad y confianza por parte de los usuarios para la recolección de datos y para la participación en la sistematización de experiencias.</p>
<p>Ex usuarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar su opinión para con la institución 	<ul style="list-style-type: none"> - La institución no reflexiona ni analiza los resultados de sus tratamientos en ex usuarios 	<p>Recursos no financieros La apertura, disponibilidad y confianza por parte de los ex usuarios para la recolección de datos</p>

Si bien en el estudio diagnóstico, la participación del estado boliviano, mediante sus instancias de salud, tales como, el Ministerio de Salud y la gobernación SEDEGES se la encuentra dentro de la normativa teórica y no practica (una pequeña diferencia la hace el Sistema de Salud universal, el cual, como se ha mencionado en el estudio diagnóstico, hace diferencias del tratamiento en las instituciones luego de su implementación). Dentro del proyecto de intervención, no existe participación o interés alguno por parte de las instituciones gubernamentales mencionadas, si bien podrían estar formando parte en el cuadro de involucrados, no lo hacen.

1.9. ANÁLISIS DE PROBLEMAS

El análisis de factores causales en el proyecto de intervención conserva factores del estudio diagnóstico, eliminando aquellos en los que no fue posible o necesario intervenir.

Los factores causales en el análisis de problemas son: 1.- La forma riesgosa de manejar a menores dentro de la institución, 2.- El sistema de seguimiento ineficiente, 3.- Las deficiencias o faltas del personal terapéutico, como la falta de capacitación y el involucramiento entre terapeutas y usuarios, 4.- La carencia de motivación propia de los usuarios y 5.- La influencia de la pareja en posibles recaídas y deslices en el consumo de sustancias.

Los efectos negativos principales que generan estos factores en el tratamiento de rehabilitación en el Centro Boliviano de Solidaridad "Vida" son:

1.- Las necesidades principales de la institución (tales como datos estadísticos sobre sus usuarios, ex usuarios y necesidades internas en cuanto a su personal terapéutico) no son cubiertas. 2.- Abandono del tratamiento 3.- Reiteradas internaciones de los usuarios. 4.- Recaídas en el consumo.

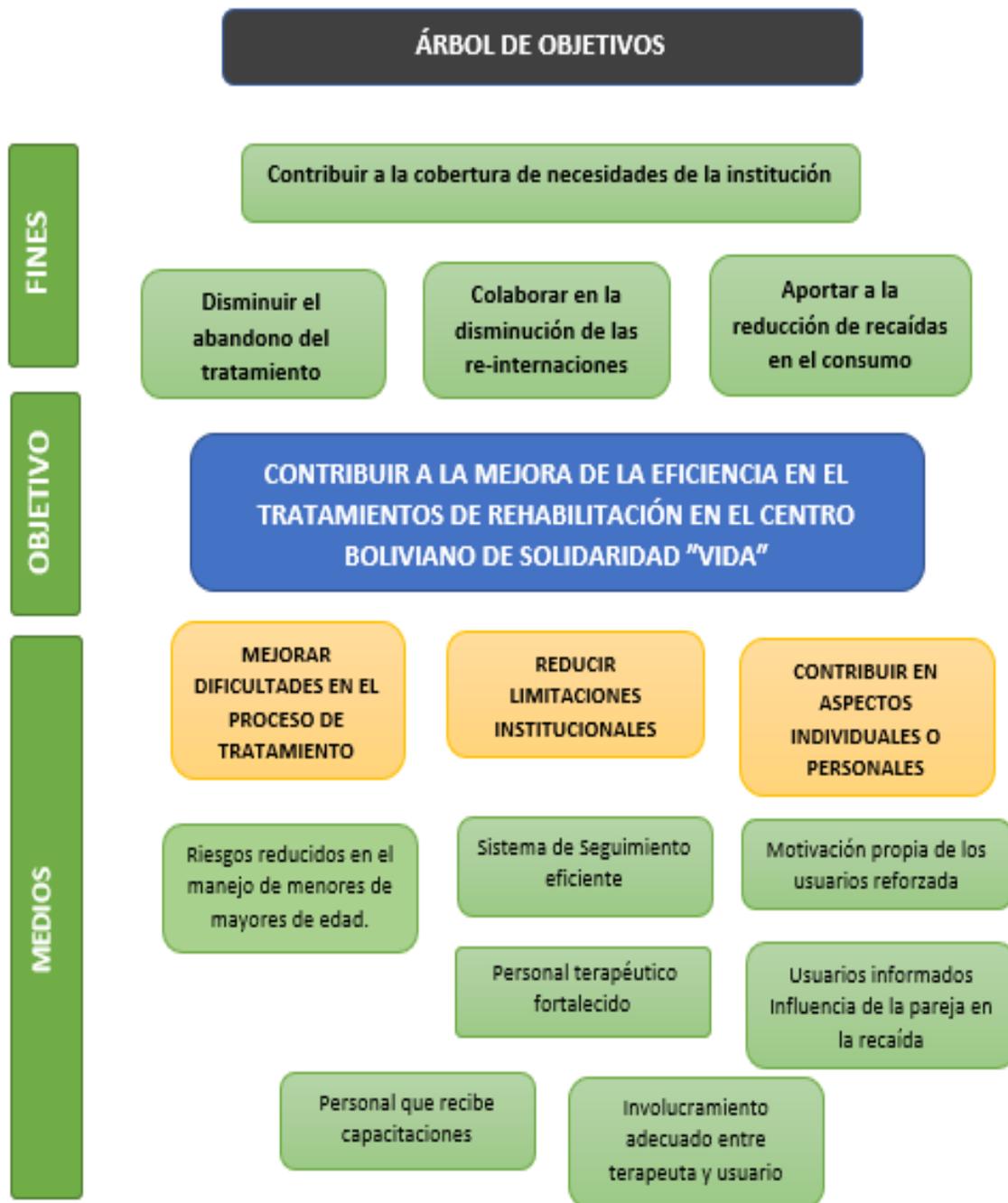
Gráfico 6-1. Árbol de problemas



1.10. ANÁLISIS DE OBJETIVOS

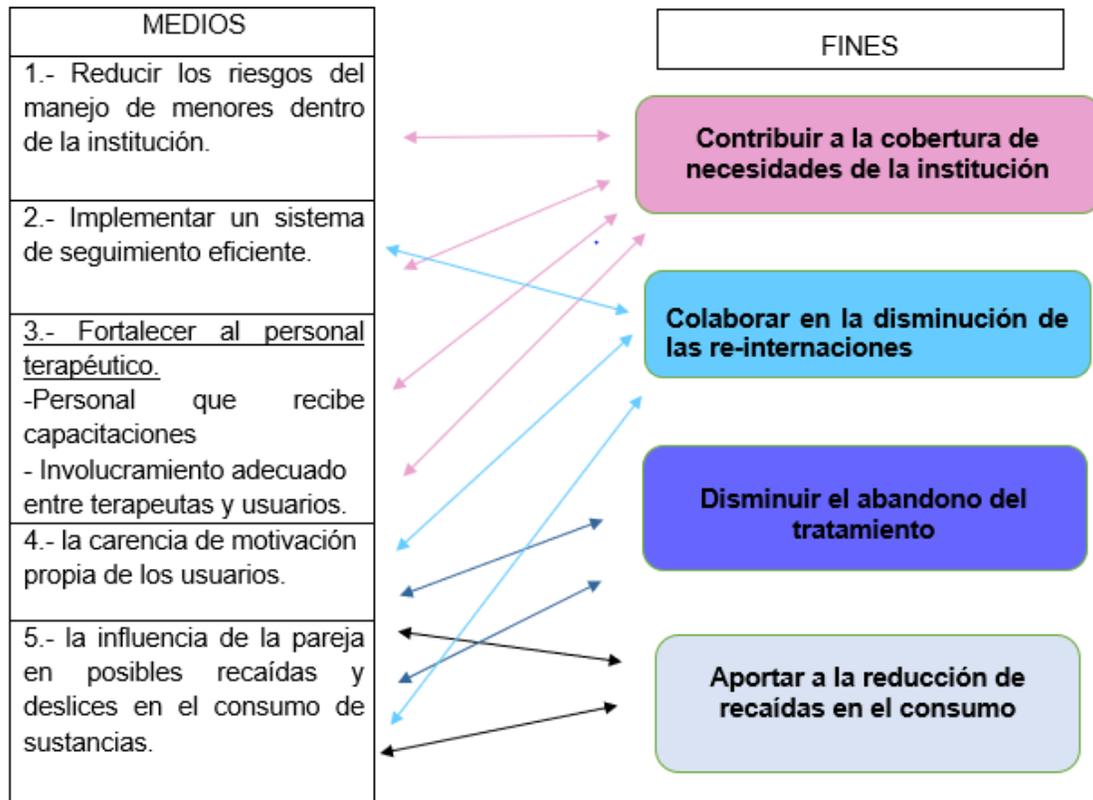
Como se ha descrito en el análisis de problemas, los medios por los cuales el proyecto de intervención alcanzara el objetivo principal y los fines esperados, son factores que se establecieron mediante el consenso entre todos los involucrados en el proyecto (dirección de la institución, equipo técnico y la responsable del proyecto).

Gráfico 6-2. Árbol de objetivos



En cada factor en el que se interviene, se direcciona a la contribución de uno o más fines de los establecidos expuestos esquemáticamente de la siguiente manera:

Gráfico 6-3. Relación entre medios y fines



Objetivo general

Aplicar intervenciones que contribuyan a la eficiencia del modelo de tratamiento de Centro Boliviano de Solidaridad “Vida”, mediante la implementación de un sistema de seguimiento y monitoreo con la elaboración de una sistematización de experiencias para el fortalecimiento de los aspectos terapéuticos.

Objetivos específicos

1. Diseñar un sistema de seguimiento y monitoreo, mediante la confección de una base de datos, y el análisis de la información.
2. Elaborar un programa con talleres dinámicos para fortalecer al equipo técnico y a los usuarios actuales.

1.11. ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS

Cuadro 6-2. Análisis de estrategias

	ANÁLISIS FINANCIERO	ANÁLISIS SOCIO-AMBIENTAL	ANÁLISIS TEMPORAL
Estrategia 1 Recolección, seguimiento y monitoreo propio mediante la sistematización de experiencias	La necesidad de inversión económica es baja por el personal escaso	<ul style="list-style-type: none"> - Los usuarios y ex usuarios se sienten más cómodos con personas que sean parte del ambiente y, no conocer personalmente a algunos ex usuarios reduce la cantidad de respuestas en el seguimiento y monitoreo. - De igual manera los talleres de sistematización de experiencias se facilitan al sentir confianza con el responsable. 	La ejecución del proyecto, se prolonga en temporalidad, dada la falta de personal dentro de la alternativa
Estrategia 2 Capacitación del equipo técnico de la Institución	La necesidad de inversión económica es baja debido a que el equipo forma parte de la institución	Las respuestas de los usuarios y ex usuarios es posiblemente, mayor a las otras alternativas. Sin embargo, los distanciamientos entre usuarios y terapeutas específicos también son probable	La temporalidad es principalmente el mayor obstáculo, ya que el tiempo de la sistematización representa una carga horaria extra El tiempo dedicado a los resultados y evaluación del mismo.
Estrategia 3 Capacitación y conformación de grupo externo de recolección de datos y seguimiento	El aspecto económico es la mayor limitación para la implantación de esta alternativa dada la necesidad de especialistas externos a la institución (psicólogo, trabajador social y psiquiatra, mínimamente)	La falta de relaciones personales entre investigadores y población también es un limitante para proyectos que incluyen temas de adicciones	La temporalidad de esta alternativa es la más optima, ya que la cantidad de personal facilita el flujo y coordinación del proyecto.

La estrategia que se implementa en el presente proyecto de intervención es la Estrategia 1, puesto que representa menor inversión económica y la población de estudio se siente suficientemente cómoda para la proporción de respuestas verídicas y confiables, al igual que la sistematización de experiencias adicionales son de bajo presupuesto.

6.6.ÁREAS O COMPONENTES DE INTERVENCIÓN

En el diagnóstico realizado se han establecido tres áreas o componentes principales.

1.- Limitaciones institucionales 2.- Dificultades en el proceso del tratamiento, 3.- Aspectos personales o individuales.

1.- Las limitaciones institucionales forman parte del componente 1 del proyecto, aportando a la disminución de estas mediante la implementación del sistema de seguimiento y monitoreo.

2.- Las dificultades en el proceso de tratamiento forman parte del componente 2 del proyecto, la sistematización de experiencias, fomenta a la capacitación de los terapeutas.

3.- Los aspectos individuales o personales forman parte del componente 3 del proyecto, la sistematización de experiencias, fomenta a la motivación propia para la rehabilitación.

6.7.DELIMITACIÓN DE LA POBLACIÓN META, LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIDAD DE LAS ACCIONES

El proyecto tiene como localización específica las dos infraestructuras del Centro Boliviano de Solidaridad “Vida” C.B.S. ubicadas en el Municipio de Pucarani y el Kenko (El Alto) del departamento de La Paz.

El tiempo total del proyecto de intervención es de 9 meses, iniciado el mes de enero de 2022 y concluido en septiembre del mismo año.

La población meta del proyecto es de 87 beneficiarios: usuarios, ex usuarios y miembros de equipo.

La población meta del sistema de seguimiento y monitoreo son los 70 usuarios y ex usuarios que conforman el seguimiento postterapéutico y el monitoreo posterior.

30 usuarios forman parte de la base de datos sobre usuarios actuales del C.B.S. “Vida”

En cuanto a los ex usuarios, la población meta es de 50 ex usuarios encuestados, de ellos solo 25 de los 47 contactados accedieron a responder la encuesta. Este levantamiento de datos se realizó vía telefónica y vía web.

La población meta de la sistematización de experiencias para fortalecer al equipo técnico y a los usuarios en aspectos terapéuticos es de 4 miembros del equipo 13 usuarios actuales.

1.12. MATRIZ DE MARCO LOGICO

La matriz de marco lógico consta de a) Resumen narrativo de los objetivos, que contiene los fines, el propósito y los componentes del proyecto b) Indicadores verificables objetivamente, los cuales expresan los cambios que se esperan lograr al finalizar ciertas actividades o el proyecto de intervención, c) Los medios de verificación, los cuales informan sobre los elementos que ayudan a verificar la eficiencia y eficacia de las actividades del proyecto, d) Los supuestos, describen las características contextuales del proyecto que ayudaran a su realización.

Cuadro 6-3. Matriz de Marco Lógico

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN			
<i>F.1 Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución</i>	F.1.1. Al 26 de septiembre del 2022, se han cubierto las necesidades institucionales sobre datos estadísticos sobre su población y tratamiento	Base de datos SPSS Y Excel	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones
	F.1.2. Al 26 de septiembre del 2022 se han cubierto las necesidades institucionales sobre un sistema	Base de datos SPSS y encuestas físicas	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	de seguimiento y monitoreo		
	F.1.3. Al 26 de septiembre del 2022 se han cubierto las necesidades institucionales sobre el fortalecimiento del equipo técnico	Folder de los talleres, programa, fotos, informe final	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones
	F.1.4. AL 26 de septiembre del 2022, se han cubierto las necesidades institucionales sobre las actividades motivacionales e informativas para sus usuarios	Fotos, informe final	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones
<i>F.2. Colaborar en la disminución de las re-internaciones</i>	F.2.1. Al finalizar el proyecto, se ha contribuido a la disminución de re-internaciones en sus usuarios	Análisis de bases de datos, actualizadas, análisis entre gestiones	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones
<i>F.3. Disminuir el abandono del tratamiento</i>	F.3.1. Al finalizar el proyecto, se ha contribuido a la disminución de los abandonos del tratamiento en sus usuarios	Análisis de bases de datos, actualizadas, análisis entre gestiones	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones
<i>F.4. Aportar a la reducción de recaídas</i>	F.4.1. Al finalizar el proyecto, se ha contribuido a la reducción de recaídas en sus usuarios	Análisis de bases de datos, análisis entre gestiones	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones
PROPÓSITO <i>Contribuir a la mejora de la eficiencia del tratamiento</i>			

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<i>P.1. Implementar un sistema de seguimiento y monitoreo</i>	P.1.1. Al finalizar el proyecto, se ha implementado un sistema de seguimiento y monitoreo institucional	Base de datos SPSS y análisis de bases de datos, actualizadas	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones
<i>P.2. Contribuir a reducir riesgos en el manejo de menores de edad.</i>	P.2.1. Al finalizar el proyecto, se ha contribuido a la reducción de los riesgos en el manejo de menores mediante terapia diferenciada	Informe final con resultados del sistema de seguimiento y monitoreo a ex usuarios	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones
<i>P.3. Fortalecer al equipo técnico mediante la sistematización de experiencias, sobre la relación terapeuta- usuario</i>	P.3.1. Al finalizar el proyecto, se ha fortalecido a 4 terapeutas del personal mediante una sistematización de experiencias, sobre el grado de involucramiento entre terapeuta y usuario.	Informe final con resultados y análisis entre gestiones	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones
<i>P.4. Fortalecer a la motivación propia de los usuarios e informar sobre otros factores que influyen en el proceso de rehabilitación</i>	P.4.1. Al finalizar el proyecto, se ha fortalecido, en 10 usuarios, la auto motivación para la rehabilitación, finalización del tratamiento, comprensión y uso de herramientas aprendidas durante el tratamiento, para evitar y disminuir las re-internaciones y recaídas en consumo.	Informe final con resultados y análisis entre gestiones	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
COMPONENTES			
Componente 1. Sistema de seguimiento y monitoreo implementado	C.1.1. Durante los 9 meses del proyecto, se ha localizado a 30 ex usuarios. Se ha levantado datos estadísticos de 30 usuarios.	Encuesta de mejoramiento terapéutico y manejo de resolución de problemas	Los ex usuarios están predispuestos a participar en sistema de seguimiento y monitoreo
	C.1.2. Durante los 9 meses del proyecto, se realizó un trabajo conjunto con el equipo técnico de la institución	Informe final con resultados y análisis	Los miembros del equipo técnico están predispuestos a participar en el sistema de seguimiento y monitoreo
	C.1.3. Durante los 9 meses del proyecto, se permite a ex usuarios el proporcionar y valorar su opinión acerca del tratamiento y calificar distintos aspectos de la institución	Informe final con resultados y análisis	Los ex usuarios están predispuestos a participar en el sistema de seguimiento y monitoreo
	C.1.4. Al finalizar el proyecto, se posibilitó a la institución el realizar un seguimiento postratamiento oficial y valorar los resultados.	Informe final con resultados	La institución está dispuesta a apoyar al proyecto, sus objetivos y modificaciones

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Componente 2. Sistematización de experiencias, para el fortalecimiento del personal terapéutico	C.2.1. Durante los 9 meses del proyecto, se fortaleció el trabajo y comunicación entre los miembros de la institución	Encuesta en beneficios de los ex usuarios	Los miembros del equipo técnico están predispuestos a participar en la sistematización de experiencias
	C.2.2. Durante los 9 meses del proyecto, se fortaleció la reflexión y el análisis de los problemas y limitaciones institucionales	Informe final	Los usuarios están predispuestos a participar en la sistematización de experiencias
Componente 3. Sistematización de experiencias motivacionales para los usuarios	C.3.1. Al finalizar el proyecto, 10 usuarios participaron en la sistematización de experiencias, sobre motivación	Informe final	Los usuarios están predispuestos a participar en la sistematización de experiencias

Fuente: Elaboración Propia

1.13. ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA

1.13.1. Actividades

Para describir las características importantes de las actividades que componen al proyecto de intervención (como recursos, N.º de beneficiarios, fechas de inicio y conclusión, objetivos a los que corresponde y otros) se ha desarrollado una planilla de seguimiento físico y financiero (Cuadro 6-4).

1.13.2. Cronograma

El Cuadro 6-5 tiene el propósito, no solo de indicar las fechas en el cuales se realizan las diferentes actividades, si no, el de señalar que las actividades han sido elaboradas de acuerdo a un cronograma de una forma lógica, planificada y detallada.

Cuadro 6-4. Planilla de seguimiento físico y financiero

Tareas o Actividades	N.º de Tareas	Organizador Responsable	Lugar	N.º de Beneficiarios	Costo Bs.	Objetivo al que Corresponde	Fecha de Inicio	Fecha de Conclusión	Estado o Situación	Fuente de Verificación
P1.C1.A.1. Reuniones con miembros del equipo técnico para la elaboración conjunta de objetivos	1	Responsable del proyecto	Localidad de Pucarani La Paz	4 miembros del personal terapéutico contribuyen y aportan al proyecto	Bs.35	Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución	4/1/2022	6/1/2022	Ejecutado	Cuaderno de campo
P1, C1, A2. Confección la base de datos	1	Responsable del proyecto	Ciudad de La Paz,	El desarrollo del proyecto	Bs.0	Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución	6/1/2022	8/1/2022	Ejecutado	Base de datos SPSS Y Excel
P1.C1.A3. Confección de encuestas	2	Responsable del proyecto	Ciudad de La Paz.	El proyecto	Bs.0	Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución	6/1/2022	8/1/2022	Ejecutado	Documento Word y encuestas físicas
P1.C1.A4.A9.A13. Levantamiento de datos Pucarani	3	Responsable del proyecto	Localidad Pucarani La Paz,	El desarrollo del proyecto	Bs.216	Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución	12/1/2022	27/05/2022	Ejecutado	Encuestas físicas y. Data Base
P1.C1.A5.A10.A14. Levantamiento de datos Kenko	3	Responsable del proyecto	El Alto Zona el Kenko	El desarrollo del proyecto	Bs.108	Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución	15/01/2022	28/05/2022	Ejecutado	Encuestas físicas y. Data Base
P1.C1.A6.A7.A8. Levantamiento de datos ex usuarios	3	Responsable del proyecto	Ciudad de La Paz. De forma telefónica y vía online	El desarrollo del proyecto	Bs.50	Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución	4/2/2022	30/04/2022	Ejecutado	Data Base
P1.C1.A11.A12.A15.A16. Análisis de datos de usuarios y ex usuarios y elaboración del informe con resultados.	4	Responsable del proyecto	Ciudad de La Paz.	C.B.S "Vida"	Bs.15	Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución	1/5/2022	6/6/2022	Ejecutado	Data Base e informe
P1.P2.P3.P4.C2.C3.A1.	1	Director del C.B.S "Vida" y responsable	Ciudad de La Paz	El desarrollo del proyecto	Bs.0	F.1. Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución	1/7/2022	16/08/2022	Ejecutado	Informe y Doc. Word y PDF.

Tareas o Actividades	N.º de Tareas	Organizador Responsable	Lugar	N.º de Beneficiarios	Costo Bs.	Objetivo al que Corresponde	Fecha de Inicio	Fecha de Conclusión	Estado o Situación	Fuente de Verificación
Confección de la sistematización de experiencias para el personal terapéutico y para los usuarios		del proyecto				F.2. Colaborar en la disminución de las re-internaciones F.3. Disminuir el abandono del tratamiento F.4. Aportar a la reducción de recaídas				
P1.C2.A2... Realización de la sistematización de experiencias para el personal terapéutico, "el grado de involucramiento entre terapeuta y usuario "	1	Director del C.B.S "Vida" y responsable del proyecto	Localidad Pucarani La Paz,	4 miembros del personal terapéutico	Bs.120	Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución	25/08/2022	25/08/2022		Planilla de asistencia e Informe (fotos, registro)
P1.C2. A3. Realización de la sistematización de experiencias para el personal terapéutico "la reducción de riesgos en menores de edad "	1	Director del C.B.S "Vida" y responsable del proyecto	, Localidad Pucarani La Paz,	4 miembros del personal terapéutico	Bs.135	Contribuir a la cobertura de necesidades de la institución	26/08/2022	26/09/2022		Planilla de asistencia e Informe (fotos, registro)
P4.C3.A2. Realización de la sistematización de experiencias para para usuarios sobre "la influencia de la pareja y otros aspectos personales"	1	Responsable del proyecto	Localidad Pucarani La Paz,	10 usuarios del C.B.S "Vida" Pucarani	Bs.145	F.2. Colaborar en la disminución de las re-internaciones F.3. Disminuir el abandono del tratamiento F.4. Aportar a la reducción de recaídas	1/9/2022	1/9/2022		Planilla de asistencia e Informe (fotos, registro)
P4.C3.A3. Realización de la de sistematización de	1	Responsable del proyecto	Localidad Pucarani La Paz,	10 usuarios del C.B.S "Vida" Pucarani	Bs.145	F.2. Colaborar en la disminución de las re-internaciones F.3. Disminuir el abandono del tratamiento	2/9/2022	2/9/2022		Planilla de asistencia e Informe (fotos, registro)

Tareas o Actividades	N.º de Tareas	Organizador Responsable	Lugar	N.º de Beneficiarios	Costo Bs.	Objetivo al que Corresponde	Fecha de Inicio	Fecha de Conclusión	Estado o Situación	Fuente de Verificación
experiencias para usuarios "la motivación propia "						F.4. Aportar a la reducción de recaídas				
P4.C3.A4. Realización de la sistematización de experiencia para usuarios sobre "la influencia de la pareja y otros aspectos personales" Kenko	1	Responsable del proyecto	El Alto Zona el Kenko	3 usuarios del C.B.S "Vida" Kenko	Bs.95 TOTAL Bs.1,064	F.2. Colaborar en la disminución de las re-internaciones F.3. Disminuir el abandono del tratamiento F.4. Aportar a la reducción de recaídas	3/9/2022	3/9/2022		Planilla de asistencia e Informe

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 6-5. Cronograma

ACTIVIDADES	2022				
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
P1.C1.A1. Reuniones con miembros del equipo técnico para la elaboración conjunta de objetivos	Del 4 al 6 de enero A1 4 de enero. Propuesta del proyecto a la dirección y logro de un consenso A1 5 de enero. Confección de variables piloto A1 6 de enero. Reunión con el equipo técnico para la elaboración final de la recolección de datos				
P1. C1. A2. Confección la base de datos	Del 6 a 8 de enero A2. 6 de enero. Revisión final de las variables A2. 7 de enero. Confección de la base de datos usuarios A2. 8 de enero. Confección de la base de datos para ex usuarios				
P1.C1.A3. Confección de encuestas	Del 6 al 8 de enero A3. 6 de enero. Confección de las encuestas para usuarios A3. 7-8 de enero. Confección de las encuestas para ex usuarios				
P1.C1.A4.A9.A13. Levantamiento de datos Pucarani	Del 12 de enero al 28 de mayo A4. 12-13 enero. Levantar los datos sobre los usuarios en Pucarani		A9. 2 marzo. Levantar los datos sobre los usuarios en Pucarani		A13. 7 mayo. Levantar los datos sobre los usuarios en Pucarani
P1.C1.A5.A10.A14. Levantamiento de datos Kenko	Del 15 de enero al 28 de mayo A5. 15 de enero. Levantar los datos sobre los usuarios en el Kenko		A10. 19 de marzo. Levantar los datos sobre los usuarios en el Kenko		A14. 28 de mayo. Levantar los datos sobre los usuarios en el Kenko
P1.C1.A6.A7.A8. Levantamiento de datos ex usuarios		Del 4 de febrero al 30 de abril. A6 a) Se realizo una base de datos sobre ex usuarios y sus datos de contacto, proporcionada mediante la información	A7. 6 de febrero al 30 de abril. Todos los días de contactaba a ex	A8. 6 de febrero al 30 de abril. Todos los días de contactaba a ex	

ACTIVIDADES	2022				
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
		personal de los miembros de equipo técnico (director, terapeutas y operadores) b) posteriormente se continuo mediante un sistema de bola de nieve obteniendo otros contactos a través de exusuarios ya contactados y redes sociales. Por lo tanto, esta información se fue complementando a lo largo del levantamiento de datos. c) Se inició el contacto con los ex usuarios y la aplicación de las encuestas semi abiertas d) Todos los días se contactaba a ex usuarios (según sus disponibilidades) y se añadía nuevos contactos continuamente.	usuarios, según disponibilidad, y se añadían nuevos contactos	usuarios, según disponibilidad, y se añadían nuevos contactos	
P1.C1.A11.A12. Análisis de datos de ex usuarios y elaboración del informe con resultados.					A11. Del 1 al 8 de mayo. A11. Análisis de los datos levantados sobre los ex usuarios. A12. 10-18 de mayo. Elaboración del informe sobre ex usuarios

ACTIVIDADES	2022			
	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
P1.C1.A15.A16. Análisis de datos de usuarios y elaboración del informe con resultados.	Del 1 al 6 de junio. A15 A16 1-8 de junio. Análisis y elaboración de informe sobre los datos levantados sobre los usuarios.			
P1.P2.P3.P4.C2.C3.A1. Confección de la sistematización de experiencias para el personal terapéutico y para los usuarios		Del 1 al 7 de julio A1 1 de julio. Propuesta de una sistematización de experiencias a la dirección de la institución A1 2 de julio. Inicio de confección de la sistematización de experiencias para el personal terapéutico A1 3 de julio. Inicio de confección de la sistematización de experiencias para usuarios		

ACTIVIDADES	2022			
	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
		A1 4-5 de julio. Desarrollo de actividades y puntos de discusión taller para personal A1 6-7 de julio. Desarrollo de actividades y puntos de discusión taller para usuarios		
P1.C2.A2. Realización de la sistematización de experiencias para el personal terapéutico, "el grado de involucramiento entre terapeuta y usuario "			25 de agosto A2 25 de agosto. Realización de la sistematización de experiencias parte 1 para equipo técnico	
P1.C2. A3. Realización de la sistematización de experiencias para el personal terapéutico "la reducción de riesgos en menores de edad "			26 de agosto A3 26 de agosto. Realización de la sistematización de experiencias parte 2 para equipo técnico	
P4.C3.A2. Realización de la sistematización de experiencias para para usuarios sobre "la influencia de la pareja y otros aspectos personales"				1 de septiembre A2. 1 de septiembre. Realización de la sistematización de experiencias para los usuarios parte 1 (Pucarani)
P4.C3.A3. Realización de la sistematización de experiencias para usuarios "la motivación propia "				2 de septiembre A3. 2 de septiembre. Realización de la sistematización de experiencias parte 2 para los usuarios (Pucarani)
P4.C3.A4. Realización de la sistematización de experiencia para usuarios sobre "la influencia de la pareja y otros aspectos personales" Kenko				3 de septiembre A4.3 de septiembre. Realización de la sistematización de experiencias parte 2 para los usuarios (Kenko)

Fuente: Elaboración Propia

2. CONCLUSIONES

2.1.1. RESULTADOS USUARIOS

Resumiendo, a grandes rasgos los resultados entre los datos personales de los usuarios, se pudo notar que la edad máxima de admisión cada vez va flexibilizándose, ya que es la edad en que muchas personas buscan ayuda. El consumo excesivo de alcohol, como suele ser, lidera el motivo de internación (47%), seguido por motivos de encontrarse en situación de calle (23%), la intervención familiar tiene un 20% como motivo de internación y la decisión propia de internación es de un 3%.

El grado de educación predominante de los usuarios es bachillerato, con un 57%.

En cuanto a diagnósticos psiquiátricos el 53% se sometió a ellos y el 44% no conoce el resultado del diagnóstico.

Finalmente, el 50% de los usuarios tiene antecedentes de consumo en su familia cercana (padres o abuelos).

Edad

Durante el levantamiento de datos en el trabajo de campo correspondiente al presente proyecto, se pudo identificar que el rango más significativo con respecto a la edad de la población se encuentra entre 40 y 50 años, el otro 54% pertenece a un rango de 21 a 39 años.

Es importante mencionar que se pudo observar un comportamiento en cuanto a la edad se refiere. Los datos resultantes del diagnóstico previamente realizado durante la segunda mitad del año 2021, mostraban un 37% en la población de 19 y 25 años y, los resultados del proyecto muestran un incremento de los usuarios con más de 40 años, es decir desde un 19% a 46%.

Del análisis de población, resalta que aceptar a usuarios de más de 40 años y sobre todo de la tercera edad, influye en la institución ya que flexibiliza los límites de edad establecidos anteriormente.

Genero

Con respecto al género, se puede apreciar que los varones representan un 87%, respecto a un 13% de mujeres. Este tipo de instituciones suelen presentar estos datos.

Motivo de Internación Actual

Respecto al motivo de internación se identificó que el consumo excesivo de alcohol es el más alto, significando un 47% de la muestra. La situación de calle se ubica en segundo lugar agrupando a un 23% de los usuarios en la institución durante el levantamiento de datos. Otro de los motivos de internación identificados, es el de intervención familiar el cual concentra al 20% de los usuarios. Por último, el consumo excesivo de pasta base e internación por decisión propia comprende al 7% y 3% respectivamente.

Tabla Cruzada Motivo de Internación Actual*Genero

Sin embargo, en el análisis realizado resalta que el motivo de internación referente a situación de calle en mujeres dentro de la institución lo que indica que existe un mayor conocimiento de la institución dentro de la población con problemas de adicciones.

TABLA 7-1. Tabla cruzada motivo de internación - Género

Motivo de Internación Actual	Genero		Total
	Masculino	Femenino	
Alcohol	12	2	14
Pasta Base	2	0	2
Situación de Calle	5	2	7
Intervención Familiar	6	0	6
Decisión Propia	1	0	1
Total	26	4	30

Fuente: Elaboración Propia

Lugar de Residencia

De acuerdo a los datos recabados, el lugar de residencia más representativo es la ciudad de La Paz con el 57% del total. La ciudad de Cochabamba comprende al 13% de los encuestados. Entre otras ciudades mencionadas como lugar de residencia se encuentra Oruro y Santa Cruz, las cuales comprenden el 10% y 7% respectivamente.

Grado de Educación

Acerca del nivel de instrucción de los usuarios de la comunidad terapéutica, se observa que el 57% corresponde a personas que solo cursaron el bachillerato, en segundo lugar, se encuentra la licenciatura representando el 30% del total. También se pudo identificar a personas con un título técnico representando el 10% de los entrevistados, por último, un 3% de los usuarios cuentan con una maestría.

Religión

El 67% de los usuarios tiene una religión auto establecida, resaltando a un usuario auto identificado como musulmán; el 33% restante declara no tener ninguna religión.

Sustancia de Mayor Impacto

Con respecto a la sustancia consumida de mayor impacto, se observa que el alcohol representa el 47%, la cocaína y sus derivados con un 30%, además de un 10% que manifiesta que ambas sustancias fueron su mayor impacto.

7-2. Tabla cruzada Sustancia de mayor impacto*Motivo de internación actual

Sustancia de Mayor Impacto	Motivo de Internación Actual					Total
	Alcohol	Pasta Base	Situación de Calle	Intervención Familiar	Decisión Propia	
Alcohol	9	0	2	2	1	14
Pasta Base	1	2	2	0	0	5
Cocaína y Alcohol	2	0	1	0	0	3
Cocaína	1	0	0	3	0	4
Benzodiazepinas	1	0	1	0	0	2
Marihuana	0	0	0	1	0	1
Alcohol Inhalantes E	0	0	1	0	0	1
Total	14	2	7	6	1	30

Fuente: Elaboración Propia

Es necesario mencionar que el motivo de internación más representativo es el consumo excesivo de alcohol en los usuarios, pero entre la sustancia de mayor impacto también se encuentra la cocaína y sus derivados, benzodiazepinas, inhalantes y marihuana; lo que muestra que la sustancia de mayor impacto no siempre es el motivo de internación.

Se ha resaltado la cantidad de usuarios que han ingresado al tratamiento por encontrarse en situación de calle, también cabe señalar que solo un usuario ingreso de forma voluntaria y que de los 6 usuarios que ingresaron por una intervención familiar, uno de ellos es consumidor de marihuana, indicando la búsqueda de prevención por parte de los familiares.

Tiempo de consumo

En relación al tiempo de consumo, los usuarios que indican que indican tener un tiempo de consumo de entre 5 a 10 años, lo que agrupa a un 40%, a continuación, se ubican las personas con 20 años o más de consumo, reflejando el 30% del total. Por otro lado, los usuarios con consumo de entre 10 y 20 años abarcan el 17% del total y los usuarios que manifestaron su consumo en alguna sustancia desde la niñez asciende al 3% de los encuestados.

Diagnostico Psiquiátrico

En el levantamiento de datos también se obtuvieron datos con respecto a si los usuarios fueron diagnosticados psiquiátricamente, del total registrado se observa que a un 53% le realizaron un diagnóstico. El restante 47% de los encuestados señalo no tener ningún diagnóstico. A continuación, se especifican los tipos de diagnósticos psiquiátricos

Tipo de Diagnostico Psiquiátrico

Del 53% de los usuarios diagnosticados psiquiátricamente, el 44% no sabe el resultado del diagnóstico que se le realizó, el 19% fue diagnosticado con depresión y ansiedad, el 13% fue diagnosticado con border line y a otro 6% se le diagnostico con cleptomanía, principios de psicosis, esquizofrenia y distorsiones cognitivas.

Tratamiento Farmacológico

El 47% de los usuarios sí tuvo o tiene un tratamiento farmacológico y el 53% nunca fue medicado farmacológicamente.

Antecedentes de Consumo en la Familia

El 50% de los usuarios tiene antecedentes de consumo en su familia cercana (padres o abuelos) y la otra mitad de los usuarios informa que no existe antecedentes de consumo en su familia cercana.

2.1.2. RESULTADOS SOBRE LOS EX USUARIOS

Los resultados que se obtuvieron sobre los ex usuarios son diversos:

- 1) Una gran cantidad de ex usuarios mantienen contacto con diferentes miembros del equipo técnico, sobre todo con el director.
- 2) Se constató que una cantidad considerable de ex usuarios que no accedieron a proporcionar información

Resumiendo, a grandes rasgos los resultados del sistema de seguimiento a ex usuarios, se puede mencionar por ejemplo que, la salud física los ex usuarios en su mayoría, se encuentra en buenas condiciones. Respecto a salud psicológica el estado "regular" y "bien" fueron las respuestas más frecuentes de los ex usuarios; un 33% de ex usuarios continúan recurriendo a terapias psicológicas y un 12% recurre a tratamientos farmacológicos.

El sistema de seguimiento también reveló que el 75% de los ex usuarios se dedican a una actividad laboral y un 46% estudia. Por lo que, del análisis entre estas dos variables y su resultado, muestra que ningún ex usuario se encuentra desocupado.

En cuanto a la reinserción laboral proporcionada por la institución, el 46% de los ex usuarios considera que la institución aporta mucho, el 21% considera que no aporta nada y el restante 33% opina que es poco o considerable.

El 42% de los ex usuarios califica como considerable el apoyo para la reinserción educativa por parte de la institución, el 45% de los ex usuarios la califica como considerable el apoyo para la reinserción familiar que promueve la institución. Las relaciones familiares de los ex usuarios actualmente han sido calificadas como buenas en un 46%, muy buenas con un 25%, regulares con un 21% y malas con el 8%¹⁰⁷.

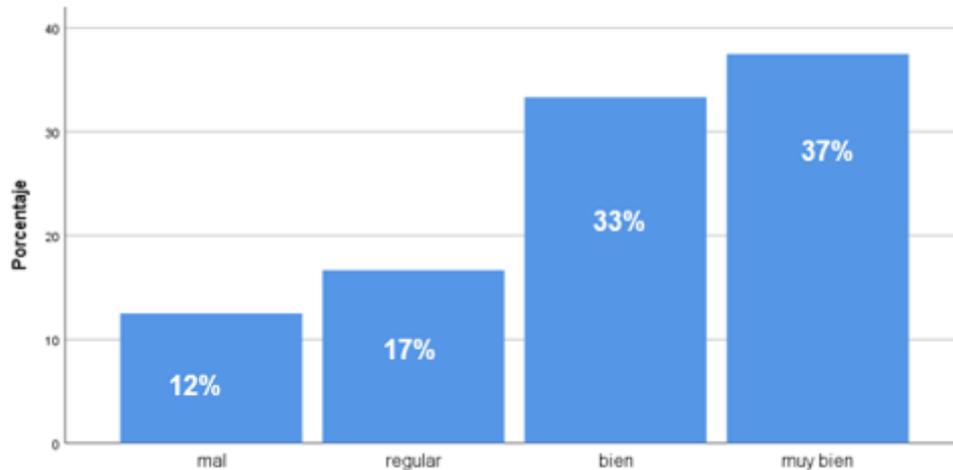
Estado de salud actual

En la escala Del 1 al 5. A la pregunta ¿Cómo crees que te encuentras de salud? Se observan los siguientes resultados:

¹⁰⁷ El 10% que no figura en la descripción, son usuarios que decidieron no contestar la pregunta.

El 37% se califica con un 5, es decir, muy bien. El 33% califica su salud física con un 4, el 17% con un 3, que corresponde a regular, y el 12% con un 2.

Gráfico 7-1. Autoevaluación a su estado de salud



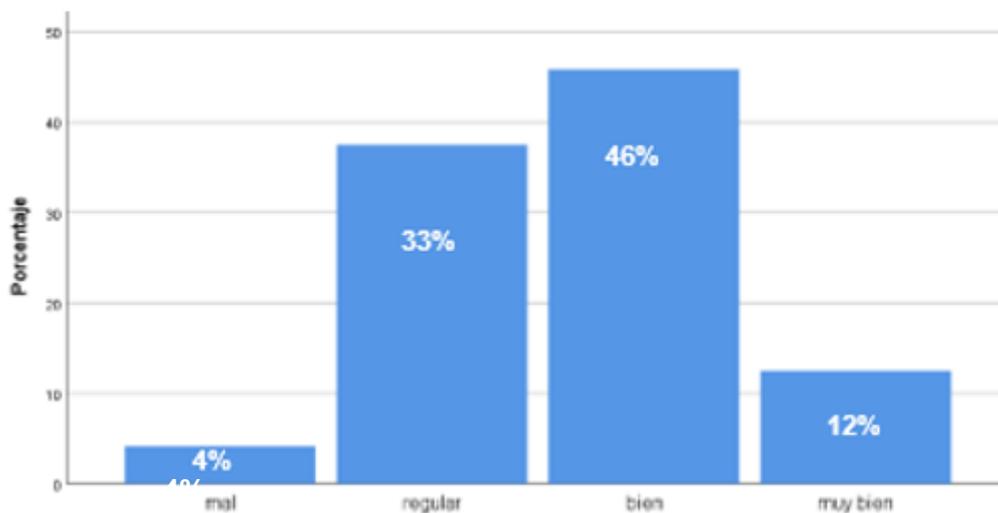
Fuente: Elaboración Propia

Estado psicológico actualmente

A la pregunta ¿Cómo crees que te encuentras de psicológicamente?, se reflejan los siguientes datos.

En una escala del 1 al 5. El 46% se califica con un 4, es decir, bien y el 37% califica su estado psicológico con un 3, es decir regular.

Gráfico 7-2. Autoevaluación sobre su estado psicológico



Fuente: Elaboración Propia

Continuidad de Tratamientos psicológicos actualmente

Actualmente el 66% de los ex usuarios no tienen ningún tipo de tratamiento psicológico y un 33% si tiene terapias de tratamiento psicológico.

De este 66% un 12% realiza terapias alternativas como meditación, yoga, terapias con medicina ancestral o CBD.

TABLA 7-3. Tratamiento psicológico actual

	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	33%
No	16	66%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración Propia

Uso de tratamiento farmacológico actualmente

En los ex usuarios no se ve un uso de tratamientos farmacológicos, puesto que solo el 3% mantiene un tipo de tratamiento.

Sin embargo, se han visto enfermedades estomacales sobre todo en usuarios actuales, tanto de una forma leve, como de forma severa.

TABLA 7-4. Tratamiento farmacológico actual

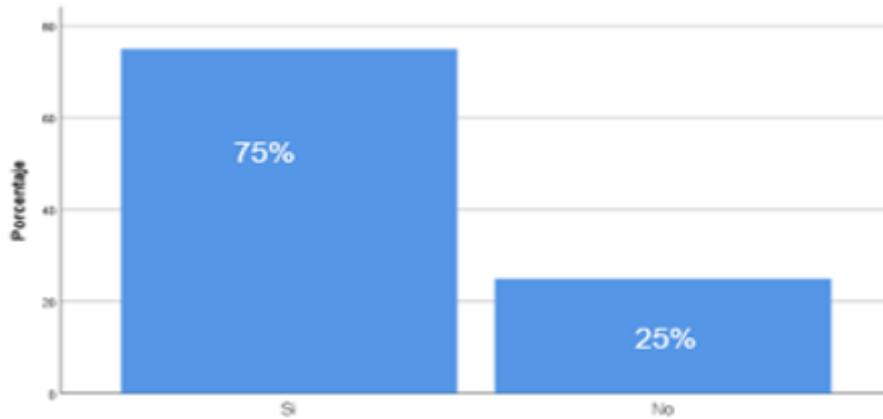
	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	12%
No	21	87%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración Propia

Trabajo y estudio actualmente

Se puede apreciar que el 75% de los ex usuarios trabaja actualmente y el 46% de los ex usuarios estudia actualmente.

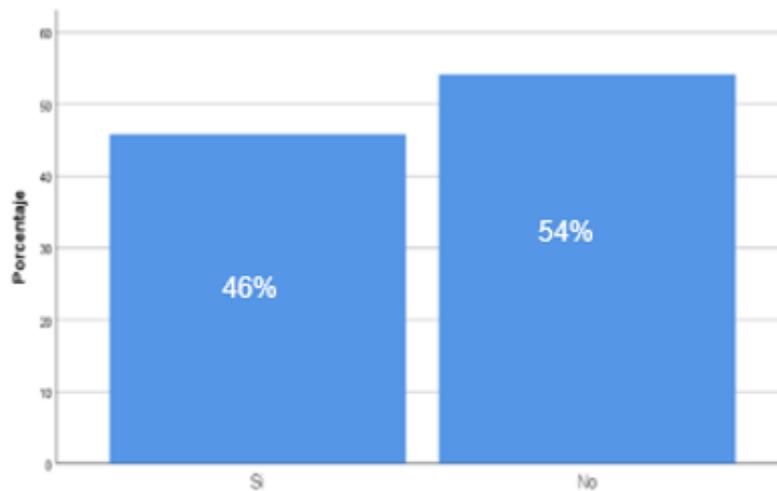
Gráfico 7-3. Ex usuarios laboralmente activos



Fuente: Elaboración Propia

Es importante recalcar que estos números indican que ninguno de los ex usuarios contactados se encuentra cesante, todos lograron la reinserción laboral o educativa, posterior al tratamiento.

Gráfico 7-4. Ex usuarios que estudian actualmente

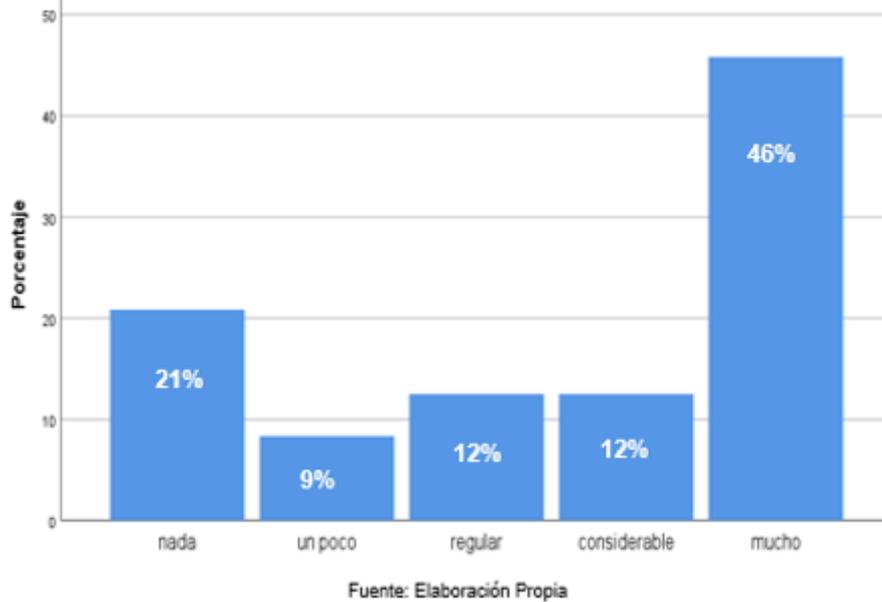


Fuente: Elaboración Propia

Reinserción laboral

En la escala usada del 1 al 5. El 46% de los ex usuarios califica con un 5 al apoyo para la reinserción laboral por parte de la institución, el 21% califico con un 1, es decir nada, y el 12% ha calificado con un 3 o 4, es decir, regular y considerablemente.

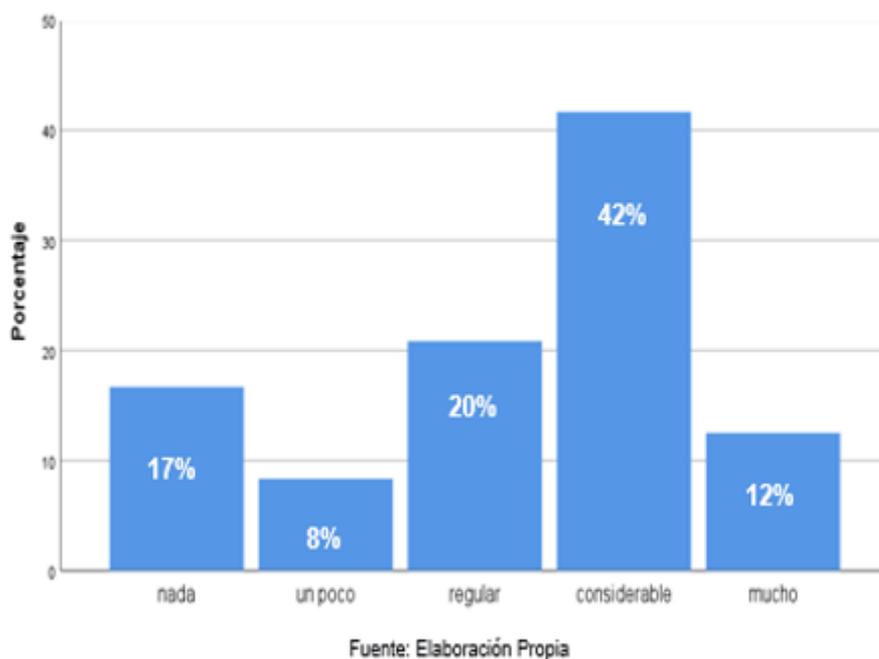
Gráfico 7-5. Calificación a la reinserción laboral en la institución



Reinserción en los estudios

En la escala usada del 1 al 5. El 42% de los ex usuarios califica con un 4, es decir, considerable a la fomentación, apoyo o reinserción a los estudios por parte de la institución.

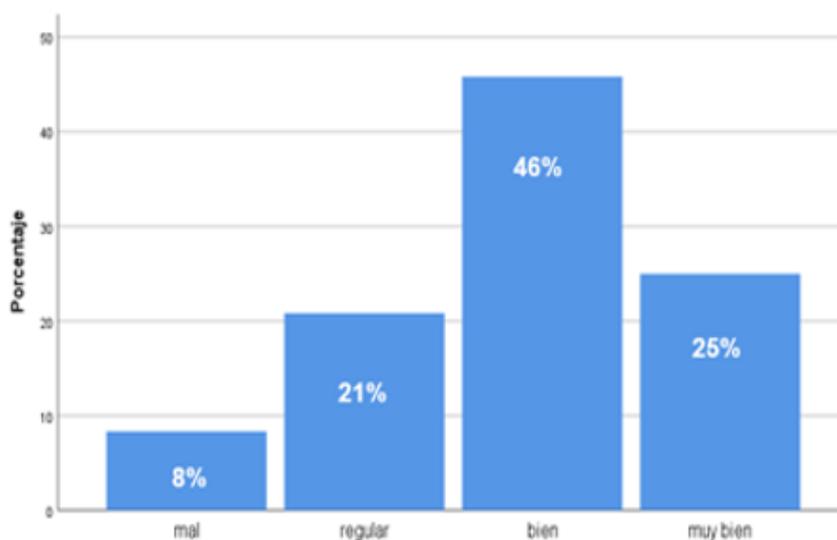
Gráfico 7-6. Calificación sobre la reinserción educativa en la institución



Reinserción familiar

El 54% de los ex usuarios califica con un 4 al apoyo para la reinserción familiar por parte de la institución. Así como el 46% califica a sus relaciones familiares actuales con un 4, es decir, buenas. El 25% califica como muy buenas sus relaciones familiares actualmente, es decir, un 5, y el 21% califica con un 3.

Gráfico 7-7. Calificación del estado actual de sus relaciones familiares



Fuente: Elaboración Propia

2.1.3. DESARROLLO DE LA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS PARA EL EQUIPO TÉCNICO LA "REDUCCIÓN DE RIESGOS EN MENORES DE EDAD" Y "EL GRADO DE INVOLUCRAMIENTO ENTRE TERAPEUTA Y USUARIO"

Los CUADROS 7-1, 7-2, 7-3 Y 7-4 describen y detallan las características de los diferentes talleres, denominados específicamente como sistematización de experiencias por sus objetivos de conclusión grupal y participativa.

En los resultados que se presentan, a partir del desarrollo de la sistematización de experiencias con el equipo técnico, que se llevó a cabo, según el cronograma establecido¹⁰⁸.

¹⁰⁸ En Anexos del proyecto se encuentran fotografías tomadas durante el desarrollo de la sistematización de experiencias realizadas, las cuales representan parte de los medios de verificación del proyecto y sus actividades.

CUADRO 7-1 Programa y descripción de la sistematización de experiencias con el equipo técnico sobre "el grado de involucramiento entre terapeuta y usuario"

TALLER	DESCRIPCIÓN DE LA MODALIDAD	DESCRIPCIÓN DEL TALLER	DURACIÓN y UBICACIÓN
"El grado de involucramiento entre terapeuta y usuario "	SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS Reconstruir sucesos interpretarlos críticamente por qué sucedió, como sucedió, y a quién afectó o favoreció, para así extraer aprendizajes que conduzcan a mejorar la acción o práctica social realizada, y poder plantear nuevas formas de realizar esa práctica	Sistematización de experiencias en el que los puntos a tocar se desarrollan mediante la participación grupal.	FECHA 31 agosto 2022
		Las conclusiones del taller también se generan a partir del análisis del grupo.	DURACIÓN 1 hora y 30 minutos
			UBICACIÓN Pucarani – La Paz
OBJETIVOS	PUNTOS DE DISCUSIÓN	ACTIVIDADES	
El objetivo principal es desarrollar, de forma grupal, alternativas y formas para afrontar circunstancias u obstáculos que se pueden presentar durante en la relación terapeuta-usuario	1.- La dinámica-Terapeuta – usuario	1.- Resumen y descripción del estudio diagnóstico, las conclusiones y el proyecto del cual forman parte.	
	2.-Las demandas y necesidades de los usuarios. ¿cómo proceder?	2.- Descripción del taller, actividades y objetivos	
	3.- ¿Cómo evitar el desgaste laboral?	3.- Analizar los puntos de discusión en relación a experiencias del grupo (positivas y negativas)	
	4.- La brecha entre - empatía y trabajo terapéutico personalizado e involucramiento personal y emocional. ¿Cómo distinguir, evitar o manejar?	4.- Analizar los puntos de discusión, establecer las mejores alternativas	
		5.- Refrigerio	
			6.- Conclusiones del grupo

La participación de los miembros del equipo técnico en la sistematización de experiencias sobre "el grado de involucramiento entre terapeuta y usuario", genero las siguientes conclusiones puntuales:

- I. “Una vez que el terapeuta se involucra emocionalmente, está perdido, es decir, no ha vuelta atrás...” (cita al director de la institución, durante la sistematización de experiencias. Pucarani. 31 de agosto de 2022). A lo que hace referencia el director, indica que cuando existe un involucramiento emocional entre estas dos partes, el vínculo terapéutico existente se modifica y cambia por completo, impidiendo que pueda volver a ser una relación normal.

- II. Las contratransferencias ¹⁰⁹ llevan al involucramiento personal por parte del terapeuta pudiendo provocar un desgaste laboral.
- III. En el hipotético caso que se produzca una relación emocional dentro de la institución, se concluyó, que una forma adecuada de manejar la situación, es que los demás miembros del equipo técnico moderen y regulen esta situación.
- IV. Para prevenir cualquier tipo de contratransferencia, de involucramiento personal o desgaste laboral, el terapeuta de evitar el convertirse en “una extensión de la familia del paciente¹¹⁰”, la expresión refiere, es que, si bien existe un vínculo estrecho entre ambos, el terapeuta no debe tener una disposición hacia el usuario, de una manera en que su familia lo estaría.

CUADRO 7-2 Programa y descripción de la sistematización de experiencias con el equipo sobre "Reducción de riesgos en menores de edad"

TALLER	DESCRIPCIÓN DE LA MODALIDAD	DESCRIPCIÓN DEL TALLER	DURACIÓN y UBICACIÓN
"Reducción de riesgos en menores de edad"	SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS Reconstruir sucesos interpretarlos críticamente por qué sucedió, como sucedió, y a quién afectó o favoreció, para así extraer aprendizajes que conduzcan a mejorar la acción o práctica social realizada, y poder plantear nuevas formas de realizar esa práctica.	Sistematización de experiencias en el que los puntos a tocar se desarrollan mediante la participación grupal.	FECHA 31 agosto 2022
		Las conclusiones del taller también se generan a partir del análisis del grupo.	DURACIÓN 1 hora y 30 minutos
			UBICACIÓN Pucarani – La Paz
OBJETIVOS	PUNTOS DE DISCUSIÓN	ACTIVIDADES	
El objetivo principal es desarrollar, de forma grupal, alternativas y formas para reducir los riesgos en usuarios menores de edad	1.- Analizar y establecer los riesgos que existen en los usuarios menores de edad	1.- Descripción del taller, actividades y objetivos.	
	2.- Compartir casos de menores y analizar sus procesos	2.- Analizar los puntos de discusión, establecer las mejores alternativas.	
	3.-Analizar factores que afectan positiva y negativamente a los usuarios menores de edad	3.- Conclusiones de grupo	
	4.- Proponer alternativas para mejorar factores negativos		

¹⁰⁹ La contratransferencia "...la entienden como una respuesta (creada por el terapeuta) de tipo inconsciente, inherente a la vinculación dada dentro del proceso terapéutico, caracterizada por emociones, pensamientos, creencias que pueden resultar tanto de elementos inconscientes que el paciente proyecta (...), como de concepciones personales o vivencias del terapeuta, o incluso la combinación de ambas..." (TEIXEIRA, Gabriel-ZAMBRANO, Stephanie. 2018:41)

¹¹⁰ Idea expuesta por el director de la institución (cita al director de la institución, durante la sistematización de experiencias. Pucarani. 31 de agosto de 2022)

La sistematización de experiencias sobre "Reducción de riesgos en menores de edad", genero mayor análisis y reflexión sobre el tema por parte de los participantes, pudiéndose dividir en tres puntos debatidos en:

1. Las políticas estatales sobre menores de edad parte de la población estudiada.
2. El tratamiento terapéutico individualizado.
3. La terapia con la familia es de mayor importancia en el caso de menores de edad.

El primer punto se refiere a que no existe una institución especializada en menores de edad con problemas en adicciones, en general la población de este tipo no recibe una atención diferenciada por parte del estado y son las mismas instituciones las que se autorregulan y realizan convenios institucionales para tratar de la manera mas adecuada posible al individuo.

La participación de los miembros genero un análisis y reflexión sobre una rama dentro de la psicología, la cual explica ciertos fenómenos a partir de la estructura del sistema social y como la desorganización del estado ocasiona formas inadecuadas de tratamiento.

Acerca del tipo de tratamiento que debería recibir un menor de edad, las intervenciones de los participantes recalcaron la importancia de la individualidad y singularidad de los casos, tanto de un menor como de todos los usuarios en general.

El tercer punto, es decir, importancia de la terapia familiar, fue un punto recalcado durante la sistematización de experiencias. Los participantes, recalcaron que cuando ingresan menores de edad, la terapia familiar cobra mayor importancia que en casos de otros usuarios la importancia de la terapia familiar.

CUADRO 7-3 Programa y descripción de la sistematización de experiencias con usuarios sobre "La motivación propia"

TALLER	DESCRIPCIÓN DE LA MODALIDAD	DESCRIPCIÓN DEL TALLER	DURACIÓN y UBICACIÓN
"La motivación propia"	SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS. – consiste en un grupo de análisis, discusión, aportes y opiniones de todos los participantes	Taller dinámico en el que las conclusiones del taller se generan a partir del análisis del grupo.	FECHA
		La participación de los usuarios está sujeta a recalcar la importancia de la automotivación	DURACIÓN 1 hora y 30 minutos
			UBICACIÓN Pucarani – La Paz
OBJETIVOS	PUNTOS DE DISCUSIÓN	ACTIVIDADES	
El objetivo principal es mostrar a los usuarios que, según el diagnóstico realizado, si bien el tipo de comunidad terapéutica es importante, lo determinante es la motivación propia y desarrollar, de forma grupal, alternativas y formas para conseguir la motivación personal.	1.- La motivación propia en el resultado del estudio diagnóstico realizado	1.- Resumen y descripción del estudio diagnóstico, las conclusiones y el proyecto del cual forman parte.	
	2.- A partir del estudio realizado. Factores que refuerzan la motivación propia	2.- Descripción del taller, actividades y objetivos	
	3.- A partir del estudio realizado. Factores que no refuerzan la motivación propia	3.- Analizar los puntos de discusión en relación a experiencias del grupo (positivas y negativas)	
	4.- ¿Cómo impulsar o no perder la motivación propia?	4.- Analizar los puntos de discusión, establecer las mejores alternativas	
		5.- Refrigerio	
		6.- Conclusiones del grupo	

La sistematización de experiencias sobre los dos temas expuestos dirigidos al equipo técnico, alcanzaron las metas propuestas en todos aspectos, produciendo muy buenos resultados,

En base a esta experiencia, se espera posibles buenos resultados en la sistematización de experiencias con los usuarios, claro que con ciertas características mucho más determinantes que en las del personal.

CUADRO 7-4 Programa y descripción de la sistematización de experiencias con usuarios sobre "La influencia de la pareja y otros aspectos personales"

TALLER	DESCRIPCIÓN DE LA MODALIDAD	DESCRIPCIÓN DEL TALLER	DURACIÓN y UBICACIÓN
"La influencia de la pareja y otros aspectos personales"	SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS Consiste en un grupo de análisis, discusión, aportes y opiniones de todos los participantes	Taller dinámico en el que las conclusiones del taller se generan a partir del análisis del grupo.	FECHA
		La participación de los usuarios está sujeta a recalcar la influencia que puede tener la pareja y otros factores en las recaídas en el consumo	DURACIÓN 1 hora y 30 minutos
			UBICACIÓN Pucarani – La Paz
OBJETIVOS	PUNTOS DE DISCUSIÓN	ACTIVIDADES	
El objetivo principal es mostrar a los usuarios que, según el diagnóstico realizado, la pareja, sobre todo, y otros factores pueden tener gran influencia en las recaídas.	1.- La influencia de la pareja en los resultados del estudio diagnóstico realizado	1.- Resumen y descripción del estudio diagnóstico, las conclusiones y el proyecto del cual forman parte.	
	2.- La influencia de la familia y del grupo social en los resultados del estudio diagnóstico realizado	2.- Descripción del taller, actividades y objetivos	
	3.- La posible influencia negativa de la pareja	3.- Analizar los puntos de discusión en relación a experiencias del grupo	
	4.- ¿Nos influyen o influimos?	4.- Analizar los puntos de discusión, establecer las mejores alternativas	
	5.- ¿Cómo identificar, evitar o afrontar esta situación?	5.- Conclusiones del grupo	

BIBLIOGRAFÍA

Libros y Artículos

BAUMAN, Zygmunt. "Modernidad líquida". México: Fondo de Cultura Económica, 2003.

BECOÑA IGLESIAS, Elisardo, CORTÉS TOMÁS, Maite. "Guía clínica de intervención psicológica en adicciones". Guías clínicas soci drog alcoh ol psicológica en adicciones basadas en la evidencia científica. Barcelona: 2008.

<https://soci drog alcoh ol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Guia-clinica-de-intervencion-psicologica-en-adicciones,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2008.pdf>

BORELLI, Andrea y PINTO, Bismarck. "Modelo sistémico aplicado a un centro de rehabilitación de drogodependencia" Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, v.4, n.1, 2006, p 19-40.

BOURDIEU, Pierre. "Los ritos como actos de institución". En: J. Pitt-Rivers y J. G. Peristiany (eds.): Honor y gracia, Madrid: Alianza Universidad, 1993.

CAMARGO BRITO, Ricardo, RIED SOTO, Nicolás. "La invención del toxicómano como sujeto a corregir. la figura del toxicómano en la producción discursiva farmacéutica chilena de la primera mitad del siglo XX" Universum [online]. 2019, vol.34, n.1, pp.65-94.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S071823762019000100065&lng=pt&nrm=iso

CASRIEL Dan A un grito de la felicidad. Caracas: Monte Ávila Editores 1975

CELEDÓN, Vanessa. "Metodologías de intervención utilizadas por comunidades terapéuticas. Del sector sur de Santiago". Tesis para optar al grado de licenciado en Trabajo Social. Santiago de Chile: Universidad Académica de Humanismo Cristiano, 2010

http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2126/TT_RASO%20294.pdf?sequence=1&isAllowed=y

COMAS ARNAU, Domingo. "Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional". Madrid: CID, 2006
<http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/204.pdf>

COMAS ARNAU, Domingo. "El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas". Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, D.L. 1988.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/pndtratamientocctt.pdf>

COMAS ARNAU, Domingo. "Un lugar para otra vida; los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España"; Madrid: CID, 2010.

COMAS ARNAU, Domingo, et all. "La metodología de la Comunidad Terapéutica" Madrid: CID, 2010.

<http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>

COMELLES ESTEBAN, Josep María. "El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar". Tesis de doctorado. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, 2002.

COPA UYUNI, Javier "Aproximaciones Teóricas sobre el Consumo de Drogas en Bolivia". Temas Sociales Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Sociología (Instituto de Investigaciones Sociológicas - IDIS. Mauricio Lefebvre, n.30, (2010): 211-228

CURBELO, María Lucia. "La religión evangélica como alternativa al tratamiento de adicciones". Trabajo de Grado. Facultad de psicología. Montevideo: Universidad de la República de Uruguay. 2017

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_la_religion_evangelica_como_alternativa_al_tratamiento_de_adicciones.pdf

DARKE, Shane. "The toxicology of homicide offenders and victims: A review". Drug Alcohol Rev. n. 29 (2): 2010: 202-15

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1465-3362.2009.00099.x>

- DOUGLAS, Mary. "Como piensan las instituciones", Alianza Editorial, Madrid, 1996.
- DURKHEIM, Emile. "La división del trabajo social", Barcelona: Planeta-Agostini, 1994
- DURKHEIM, Emile. "El suicidio. Un estudio de sociología" Madrid: Akal, 2012
- DURKHEIM, Emile. Las formas elementales de la vida religiosa. Madrid: Alianza, 2008
- FOUCAULT, Michel. "Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France": 1978-1979 - 1a ed. - Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.
- FOUCAULT, Michel. "Los anormales", Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2000,
- FOUCAULT, Michel. "Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión". - 1a, ed.-Buenos Aires: Siglo. XXI Editores Argentina, 2002.
- GALINDO, Jorge. "Erving Goffman y el orden de la interacción", Acta sociológica, n. 66, (2015): 11-34.
- GOFFMAN, Erving. "La presentación de la persona en la vida cotidiana", Buenos Aires: Amoitortu editores, 2001.
- GÜELMAN, Martín. "La rehabilitación del consumo de drogas como conversión. Un análisis de los programas de tratamiento de dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales". Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy, [S.l.], 54; 12- (2018): 163-189 <<http://revista.fhycs.unju.edu.ar/revistacuadernos/index.php/cuadernos/article/view/302>>. Fecha de acceso: 07 sep. 2020
- HERRERA GÓMEZ, Manuel, CASTILLO, Antonio Jaime Generación y transformación de las instituciones sociales: los procesos morfoestáticos y los procesos morfogenéticos, REIS, n.107, (2004): 49-87
- HERRERA GÓMEZ, Manuel, SORIANO MIRAS Rosa María "La teoría de la acción social en Erving Goffman", Papers 73, 2004: 59-79.
- HODGSON Geoffrey M "El enfoque de la economía institucional Análisis Económico", vol. XVI, núm. 33, segundo semestre, 2001, pp. 3-

41 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco, Distrito Federal, México

“¿Qué son las instituciones?” CS No. 8, 17 - 53, julio – diciembre 2011. Cali – Colombia

JONES, Maxwell. “Psiquiatría Social en la práctica. La Idea de la Comunidad Terapéutica”. Buenos Aires: Ed. Americale, 1970

LANDER, Rómulo, Dejémoslo por hoy. Caracas: Editorial Psicoanalítica, 2008.

<https://issuu.com/spdecaracas/docs/dejemoslo-por-hoy-libro-completo>

LÓPEZ FERNÁNDEZ, Ma. Del Pilar “Tres perspectivas en torno a la desviación: Becker, Bourdieu y Elster”. Ibero fórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, vol. XI, núm. 21, (2016).

<https://www.redalyc.org/pdf/2110/211049494007.pdf>

LÓPEZ GOÑI, José Javier. Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Tesis Doctoral Pamplona: Universidad Pública de Navarra, 2005

<https://www.proyectohombrenavarra.org/imagenes/documentos/es/evaluacion-de-la-eficacia-de-la-comunidad-terapeutica-de-proyecto-hombre-navarra-28.pdf>

LLORENTE DEL POZO, J.M. FERNÁNDEZ GÓMEZ C. “Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro”. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, vol. 11, n. 4, 1999: 329-336 1999

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4473973>

MARC, Edmond; PICARD, Dominique. “La interacción social Cultura, instituciones y comunicación”. Barcelona: Piadós, 1992.

MAUSS, Marcel. Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas, Madrid: Katz, 2010.

MOLINA FERNÁNDEZ, Antonio Jesús. “El método de Comunidad Terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales”. Revista Adicción y Ciencia, 1 (4), 2011.

<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3874122.pdf>

MONTERO BANCALERO, Francisco José; MOLINA FERNÁNDEZ, Antonio Jesús GONZÁLEZ RIERA, Javier “Comunidades terapéuticas:

presentación y reseña de la fuente. Documental del monográfico de la revista adicción y ciencia, Revista Adicción y Ciencia,1 (4), 2011.

<http://www.revistascientificas.udg.mx/index.php/AIA/article/viewFile/4808/4502>

OLIVAS HERNÁNDEZ, Olga Lidia. "Renacer en Cristo. Cuerpo y subjetivación en la experiencia de rehabilitación de adicciones en los centros evangélico pentecostales". México: Universidad Autónoma de Baja California - COLEF, 2015

https://www.researchgate.net/publication/324764581_Renacer_en_Cristo_Cuerpo_y_subjetivacion_en_la_experiencia_de_rehabilitacion_de_adicciones_en_los_centros_evangelico_pentecostales

FANTON, Maximiliano "El maltrato a los pacientes adictos institucionalizados: reflexiones acerca del accionar iatrogénico de los "operadores socio-terapéuticos"". Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2010.

<https://www.aacademica.org/000-031/198>

PÉREZ DE MAZA, Teresita. "Guía Didáctica para la Sistematización de Experiencias en Contextos Universitarios". Universidad Nacional Abierta. Caracas 2016. (9-12).

<https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/wpcontent/uploads/2016/04/GUIADID%20CTICASISTEMATIZACION-abril-2016.pdf>

PÉREZ DEL RÍO, Fernando. "Origen alemán de la comunidad terapéutica". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría., vol. XXX, n.º 105, 2010: 145-149 <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n1/09.pdf>

PÉREZ DEL RÍO, Fernando. En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría., 2012; 32 (114), 287-303. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352012000200006

POLANYI, Karl. "La gran transformación: Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo" México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2003

PRUDEN, Hernán. “La revolución de 1952 y la industrialización de la coca”. *Historia, Revista de la Carrera de Historia, UMSA*, n.44, (2019): 57-79

SMITH, Peter. “El combate a las drogas en América”. México: Fondo de Cultura Económica, 1993

STIPPEL, Jorge; SERRANO MORENO, Juan Enrique “La nacionalización de la lucha contra el narcotráfico en Bolivia” *Polít. crim.* vol.13 no.25 Santiago jul. 2018

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-33992018000100264#fn15

SYKES, Gresham. “La sociedad de los cautivos. Estudio de una prisión de máxima seguridad”. Siglo XXI, Argentina. 2017

<https://covers.zlibcdn2.com/covers/books/a0/ce/f7/a0cef79211ae332b8754f16c78150da7.png>

TAVERA, Simón “La comunidad terapéutica. Guía para el consejo terapéutico en adicciones”. México 2016.

<http://files.creeser.webnode.mx/2000003298da868e9d3/CT%20GUIA%20DEL%20CONSEJERO.pdf>

TEIXEIRA, Gabriel; ZAMBRANO, Stephanie. “La contratransferencia: Comprensión, manejo y uso de elementos inconscientes en el espacio psicoterapéutico”. Univ. Católica Andrés Bello. Facultad de Humanidades y Educación, Escuela de psicología. Caracas. 2018.pg. 41
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT6969.pdf>

VARELA, Julia; ÁLVAREZ URÍA, Fernando sujetos frágiles. Ensayos de la sociología de desviación. Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

VICENTE CUENCA, Miguel Ángel Sociología de la Desviación: una aproximación a sus fundamentos, Alicante: Editorial Club Universitario, 2011.

WALSH, Cristine et all. “The relationship between parental substance abuse and child maltreatment findings for the Ontario Health Supplement” *Child Abuse & Neglect* 27 (2003) pp. 140–142

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213403002400>

Documentos

Decreto Supremo N.º 22099 (28-diciembre-1988). Reglamento de la ley 1008 sobre régimen de la coca y sustancias controladas
http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/BO/decreo_22099.pdf

Decreto Supremo N.º 3434 (13 de diciembre de 2017). Reglamento de la ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas.
<https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-N3434.html>

Ley N.º 1008 (19 de Julio de 1988) “Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas”

<http://www.dgsc.gob.bo/normativa/leyes/1008.html>

Ley N.º 3739, (23 de agosto de 2007). Declara de necesidad nacional la construcción, equipamiento, implementación y/o funcionamiento de centros de rehabilitación para niños, niñas, adolescentes y jóvenes alcohólicos y drogadictos en los nueve departamentos.

[www.lexivox.org › norms › BO-L-3739](http://www.lexivox.org/norms/BO-L-3739)

Ley N.º 913 (16 de marzo de 2017). Ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas. [www.dgsc.gob.bo › normativa › leyes › Ley 913](http://www.dgsc.gob.bo/normativa/leyes/Ley_913)

Estudios sobre el tema de adicciones

ABCT. Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas. “Estudio Sobre Drogas En Pacientes De Centros De Tratamiento De Las Principales Ciudades De Bolivia”, 2013.

<http://fileserv.idpc.net/library/PIE-estudio-drogas-centros-bolivia.pdf>

ACCIÓN ANDINA. “Consumo y Consumidores de Drogas en Bolivia”. Colectivo de estudios drogas y derecho. La Paz, 2014.

<http://cosecharoja.org/wp-content/uploads/2014/06/bolivia-usuarios.pdf>

BECOÑA Iglesias, Elisardo, et al. “Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas socidrogalcohol psicológica en adicciones basadas en la evidencia científica”, Barcelona, 2008

CEDD. Colectivo de Estudios Drogas y Derecho. “La regulación de la posesión y la criminalización de los consumidores de drogas en América

Latina”. PÉREZ CORREA, Catalina, CORDA, Alejandro. BOITEUX, Luciana. 2015.

http://www.drogasyderecho.org/wpcontent/uploads/2015/10/Catalina_v0.pdf

CELIN-BOLIVIA. “Consumo de drogas en estudiantes de Bolivia” 1993-1996-1999-2011 (Estudio urbano-población de 12 a 21 años) Numero 38. 2011.

CEPAL, Serie manuales N°42 "Metodología del marco lógico para planificación, seguimiento y la evaluación de proyectos y programas". Ortegón, Edgar, et all. 2015.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf

CICAD. Comisión Interamericana Para El Control Del Abuso De Drogas, Bolivia. “Evaluación Del Progreso De Control De Drogas 2007-2009”. 2010.

http://www.cicad.oas.org/mem/reports/5/Full_Eval/Bolivia%20%205ta%20Rd%20-%20ESP.pdf

CICAD. Comisión Interamericana Para El Control Del Abuso De Drogas, Bolivia. “Informe de Evaluación sobre Políticas de Drogas”. 2019

<https://docplayer.es/155882959-Bolivia-mecanismo-de-evaluacion-multilateral-mem-informe-de-evaluacion-sobre-politicas-de-drogas.html>

CICAD. Comisión Interamericana Para El Control Del Abuso De Drogas “Reglamento de control a centros de recuperación a personas con adicción”.

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/C/decreto_339.pdf

CICAD. Comisión Interamericana Para El Control Del Abuso De Drogas, Uruguay. “Evaluación Del Progreso De Control De Drogas 2007-2009”, 2010. http://www.cicad.oas.org/mem/reports/5/Full_Eval/Uruguay%20%205ta%20Rd%20-%20ESP.pdf

CONACE. Consejo Nacional de Control de Estupefacientes. Ministerio del Interior. “Experiencia chilena en Evaluación de Programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicoactivas”, Chile.

http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/eulac/forum_exchanges/tucuman/Documents/Evaluaci%C3%B3n_de_Programas_de_Tratamiento_Chile.pdf

CONALTID. Consejo Nacional De Lucha Contra El Tráfico Ilícito De Drogas. “Prevención del uso indebido de drogas. Bolivia”, 2015

https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

CONALTID. Consejo Nacional De Lucha Contra El Tráfico Ilícito De Drogas. “Tercer estudio de prevalencia del consumo de Drogas en Población Escolar La Paz”, 2017.

<http://observatorio.mingobierno.gob.bo/documentos/pdf/Informe%20prev-alencia%20consumo%20escolares.pdf>

DE ACHÁ, Gloria Rose Marie. “Consumo y consumidores de drogas en Bolivia”. Colectivo de Estudios de Drogas y Derecho, 2015

<http://www.drogasyderecho.org/wp-content/uploads/2015/02/bolivia-usuarios.pdf>

EWODOR (European Working Group On Drugs Oriented Research). “El modelo de comunidad terapéutica como instrumento de empoderamiento”. Roma. 2016

<https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2016/11/201609-EWODOR-symposium-ES.pdf>

IDPC. Consorcio Internacional Sobre Políticas De Drogas (International Drug Policy Consortium). “Guía sobre políticas de drogas, 2012”

http://fileserver.idpc.net/library/Guia-sobre-politicas-de-drogas_Segunda-edicion.pdf

MEJÍA MOTTA, Inés. “Diagnóstico Situacional. Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia”, 2004.

http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Docs_Obs_Drogas_DNE/DIAGNOSTICO_SITUACIONAL.pdf

NIDA. (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas). “Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones”, 2010

<https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>

OEA. Organización De Los Estados Americanos. “El problema de las Drogas en las Américas. Drogas y Salud Publica”. 2013.

<https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54489.pdf>

OEA. Organización De Los Estados Americanos. “Informe anual de la Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas” (CICAD) a la Asamblea General OEA

http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/2166_Informe_Anuar_ESPCICADpdf

OMS. “Glosario de términos de alcohol y drogas”. Madrid. España. 1994

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

OPS “La política de drogas y el bien público”, Washington, D.C., 2010

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Politica_Drogas_Bien_Publico.pdf?ua=1

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. “Programa País Para Bolivia 2016-2020”. 2017.

https://www.unodc.org/bolivia/es/programa_pais.html

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. “Prevención del uso indebido de drogas en comunidades y rehabilitación de drogodependientes”, Bolivia

https://www.unodc.org/bolivia/es/prevencion_del_uso_indebido_de_drogas.html

ANEXOS

DEL ESTUDIO DE DIAGNÓSTICO

Cuadro Nº1. Estudios de la reducción de la demanda en Bolivia

Reducción de la demanda			
Estudios	Estudios realizados y publicados		Año del estudio más reciente
	Si	No	
Encuestas nacionales de estudiantes de enseñanza media	x		2017
Encuestas nacionales de hogares (12 a 64 años)	x		2014
Registro de pacientes en centros de tratamiento		x	
Encuesta transversal en pacientes en centros de tratamiento		x	
Encuesta de pacientes en sala de emergencia		x	
Encuesta de estudiantes de enseñanza superior	x		2017
Encuesta de poblaciones en conflicto con la ley		x	
Estudios de mortalidad relacionado con el consumo de drogas		x	
Estudios de morbilidad relacionado con el consumo de drogas		x	
Estudios sobre condicionantes de genero asociados al problema de drogas		x	

Fuente: O.E.A.

Cuadro Nº2. Cuadro de Operacionalización de Variables

DIMENSIONES DEL OBJETO DE ESTUDIO	COMPONENTES	VARIABLES
1.- Deficiencias en los tratamientos de rehabilitación	1.1. Estado de salud física (residentes)	1.1.1. Número de residentes que recuperan la salud física
	1.2. Estado psicológico	1.1.2. Calidad de atención a la salud (por parte de la institución)
		1.2.1. Número de residentes con estado psicológico estable
	1.3. Bienestar social	1.3.1. Número de residentes que tienen beneficios (de reinserción) laborales
		1.3.2. Número de residentes que tienen beneficios (de reinserción) con la familia
		1.3.3. Número de residentes que tienen beneficios (de reinserción) de estudios
2.- Modelo Comunidad Terapéutica de 3 fases (Modelo Hombre)	2.2. Prácticas de interacción e convivencia (Relaciones interpersonales horizontales, Relaciones	2.2.1. Relaciones entre miembros de la comunidad
		2.2.2. Jerarquía entre miembros
		2.2.3. Relaciones entre miembros y equipo técnico
		2.2.4. Tipos de rituales dentro de la comunidad

DIMENSIONES DEL OBJETO DE ESTUDIO	COMPONENTES	VARIABLES
	interpersonales verticales, Ritualidad)	
	2.3. Estructura de convivencia (Normas, Límites, Responsabilidades, Horarios, Hábitos)	2.3.1. Normas dentro de la comunidad 2.3.2. Flexibilidad de las Normas 2.3.3. Forma de manejar la trasgresión de normas 2.3.4. Forma de inculcar límites 2.3.5. Responsabilidades que se asignan 2.3.6. Horarios de trabajo 2.3.7. Horarios de Terapia 2.3.8. Hábitos que se inculcan en comunidad terapéutica
	2.4. Técnicas	2.4.1. Uso de terapia motivacional 2.4.2. Uso de terapia cognitiva conductual 2.4.3. Uso de terapia de facilitación de 12 pasos
	2.5. Duración	2.5.1. Tiempo sugerido 2.5.2. Tiempo promedio de personas que terminaron el tratamiento
	2.6. Enfoque (bio-psico-social)	2.6.1. Número de residentes menores de edad
2.- Modelo Hospitalario		
4.-Condiciones Institucionales	4.1. Condiciones Materiales	4.1.1. Condiciones de las Infraestructuras (dormitorios, cocina, sala de terapias, zona de terapia ocupacional) 4.1.2. Condiciones Básicas (alimentos, luz, agua, medicamentos de primeros auxilios) 4.1.3. Equipamiento (herramientas de trabajo manual, herramientas de trabajo terapéutico, herramientas de trabajo para las responsabilidades de C.T.)
	4.2. Disposición de recursos humanos	4.2.1. Cantidad de personal 4.2.2. Especialidad del personal 4.2.3. Características del personal
	4.3. Financiamiento	4.3.1. Financiamiento recibido 4.3.2. Formas de conseguir financiamiento
	4.4. Sistema de seguimiento	4.4.1. Cantidad de ex residentes mantienen un seguimiento posterior 4.4.2. Sistema del seguimiento 4.4.3. Recursos humanos y materiales para el seguimiento
	4.5. Sistema de evaluación	4.5.1. Recursos humanos y materiales para evaluaciones de tratamiento

DIMENSIONES DEL OBJETO DE ESTUDIO	COMPONENTES	VARIABLES
		4.5.2. Forma de evaluar sus Prácticas e interacción en convivencia 4.5.3. Forma de evaluar su Estructura de convivencia
5.-Condiciones Externas	5.1. Aspectos sociales	5.1.1. Número de residentes que han tenido problemas para económicos para ingresar a una institución de rehabilitación
		5.1.2. Número de residentes que han tenido problemas para económicos para continuar con el tratamiento de rehabilitación
		5.1.3. Número de residentes que han sido influenciados su grupo social para abandonar el tratamiento
		5.1.4. Número de residentes que han sido influenciados por sus necesidades laborales para abandonar el tratamiento
	5.2 Aspectos Individuales o Personales	5.2.1. Número de residentes que no reciben apoyo familiar para el tratamiento de rehabilitación
		5.2.2. Número de residentes que han sido influenciados su familia para abandonar el tratamiento
		5.2.3. Número de residentes que han sido influenciados su pareja para abandonar el tratamiento
		5.2.4. Número de residentes que han abandonado el tratamiento por necesidad de un tratamiento psiquiátrico
		5.2.5. Número de residentes que han abandonado el tratamiento por falta de motivación propia
		5.2.5. Número de residentes que tenían una verdadera intención propia para ingresar a tratamientos residenciales
6.-Condiciones Externas	6.1. Recaída	6.1.1. Cantidad de recaídas durante la internación
	6.2. Aumento de consumo	6.2.1. Número de residentes que han aumentado su consumo postratamiento
	6.3. Re-internación	6.3.1. Número de residentes que se han internado reiteradamente

Cuadro N°3 Cuadro de informantes

INFORMANTES	TIPO DE ENTREVISTA	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Usuarios del C.B.S. "Vida" (y ex usuarios de las otras dos comunidades)	Entrevista estructurada y Entrevista Informal	6	Tres informantes pasaron por el tratamiento residencial en Sant' Aquilina
			Un informante pasó por el tratamiento residencial en San Juan de Dios
			Dos informantes pasaron por el tratamiento residencial en ambas instituciones
Usuario menor de edad como informantes extra.	Entrevista estructurada y Entrevista Informal	1	El informante, proveniente de Aldeas Infantiles S.O.S que es informante "extra".
Terapeutas (C.B.S. "Vida")	Entrevista estructurada y Entrevista Informal	3	Dos terapeutas son ex consumidores
Operador (C.B.S. "Vida")	Entrevista estructurada y Entrevista Informal	2	Ambos operadores son personas ex consumidores que pasaron por el tratamiento residencial
Dirección General (C.B.S. "Vida") y (San Juan de Dios)	Entrevista estructurada y Entrevista Informal	2	Ex consumidor que pasó por el tratamiento residencial (C.B.S. "Vida").
			Ex terapeuta de Sant' Aquilina. (C.B.S. "Vida")
Trabajadora social (Sant' Aquilina)	Entrevista estructurada y Entrevista Informal	1	
Coordinador de Comunidades Terapéuticas (Asociación Papa Juan XXIII)	Entrevista estructurada y Entrevista Informal	1	
Ex funcionario (San Juan de Dios)	Entrevista estructurada	1	

INFORMANTES	TOTAL
Usuarios	7
Equipo técnico	10

GUÍA DE ENTREVISTAS

(para miembros de la comunidad y equipo técnico para ciertas preguntas)

ASPECTOS GENERALES

- 1.1. Lugar de origen
- 1.2. Edad
- 1.3. Sexo
- 1.4. Grado de educación
- 1.5. Ocupación
- 1.6. Ultima ocupación antes de la internación

FAMILIA

- 2.1. Hijos
- 2.2. Con quien se crio
- 2.3. Origen de los padres o tutor
- 2.4. Ocupación de los padres o tutor
- 2.5. Tipo de relación con hermanos
- 2.6. Consumo en la familia

CONSUMO

- 3.1. Sustancias que ha consumido
- 3.2. Edad de inicio y con qué sustancia
- 3.3. Sustancia que más consume
- 3.4. Sustancia que ha llevado a la internación
- 3.5. Contexto en el que se inició el consumo

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

- 4.1. Comunidad terapéutica en la que está interno actualmente
- 4.2. Comunidad terapéutica en las que ha estado internado
 - 4.2.2. Cantidad de internaciones
 - 4.2.3. Tiempo de internación
 - 4.2.4. Motivo por el cual abandono el tratamiento

A partir de la respuesta (4.1.)

- 4.3. Tiempo que se le sugirió para el tratamiento inicialmente
- 4.4. Requisitos que le pidieron para ser aceptado
- 4.5. Qué tipo de evaluaciones se le hizo antes de la internación
Dependiendo de la respuesta anterior
- 4.6. ¿Cómo fue la evaluación psiquiátrica?
- 4.7. ¿Cómo fue la evaluación con la trabajadora social?

4.8. ¿Cómo fue la evaluación médica?

4.9. ¿Cómo fue la evaluación psicológica?

MODELO

Comunidad terapéutica de 3 fases

5.1. ¿Cómo es la fase acogida?

5.2. ¿Cómo es la fase comunidad terapéutica?

5.3. ¿Cómo es la fase reinserción?

5.3.2. En su experiencia ¿Cómo manejaron la reinserción laboral?

5.3.4. En su experiencia ¿Cómo manejaron la reinserción en los estudios?

5.3.5. En su experiencia ¿Cómo manejaron la reinserción con la familia?

Hospitalario

6.1. ¿Cómo es la fase diagnóstico?

6.2. ¿Cómo es la fase comunidad terapéutica?

6.3. ¿Cómo es la fase tratamiento hospitalario parcial?

6.4. ¿Cómo es la etapa seguimiento?

6.4.2. En su experiencia ¿Cómo manejaron la reinserción laboral?

6.4.4. En su experiencia ¿Cómo manejaron la reinserción en los estudios?

6.4.5. En su experiencia ¿Cómo manejaron la reinserción con la familia?

Estructura de convivencia

7.1. ¿Cuáles son las normas dentro de la comunidad?

7.2. ¿Cómo y cuánto flexibilizan las normas?

7.3. ¿Cómo manejan la trasgresión de normas?

7.4. ¿Cómo inculcan los límites dentro de la comunidad?

7.5. ¿Qué responsabilidades se asignan dentro de la comunidad?

7.6. ¿Cuáles son los horarios de trabajo?

7.7. ¿Cuáles son los horarios de terapia?

7.8. ¿Qué tipo de hábitos se inculcan en la comunidad?

Prácticas e interacción en convivencia

8.1. ¿Cómo son las relaciones entre miembros de la comunidad?

8.2. ¿Cómo es la jerarquía entre miembros?

8.3. ¿Cómo son las relaciones entre miembros y equipo técnico?

8.4. ¿Qué tipo de rituales existen dentro de la comunidad?

8.4.2. ¿Qué tipo de rituales existen en las diferentes etapas?

8.4.3. ¿Qué tipo de rituales existen en la graduación?

Tabla N°1 Identidad étnica usuarios C.B.S. Vida

Identidad Étnica	Usuarios	Familia
Ninguna	5	5
Aymara	3	2
Mestizo	5	6
Latina	2	0
Boliviano	1	1
Afro boliviano	0	1
Afrocubana	0	1
Total	16	16

Tabla N°2. Laboratorios Médicos Asociación Papa Juan XXIII

Laboratorio	Si	No
VIH (ITS)	1	136
Tuberculosis	1	136

Tabla N°3. Cantidad de usuarios

Institución	Cantidad de usuarios anualmente	Fuente
Centro Boliviano de Solidaridad "Vida"	120*	Cuaderno de campo
Comunidad Terapéutica "Sant' Aquilina"	227	Datos institucionales
Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios"	150*	Entrevista ex operador

* aproximadamente. Fuente: realización propia

Tabla N°4. Cantidad de Internaciones

Cantidad de Internaciones	Respuestas de usuarios
1	8
2	3
Entre 5 y 10 veces	4
Más de 10 veces	1
Total	16

Tabla N°5. Ultima ocupación antes de la internación

Ultima ocupación	Cantidad
Ventas	7
Pequeña empresa o negocio	6
Actividades ilícitas	2
Estudiante	1
Total	16

Tabla N°6. Edad inicio de consumo

Edad de inicio de consumo	Cantidad
Antes de los 10 años	2
De los 10 a los 13 años	4
De los 14 a los 17	8
Después de los 20 años	2
Total	16

Tabla N°7. Sustancia con la que se inició su consumo

Sustancia con la que se inició su consumo	Cantidad
Alcohol	10
Benzodicepinas y alcohol	1
Tabaco	1

Sustancia con la que se inició su consumo	Cantidad
Marihuana	4
Total	16

Tabla N°8. Sustancia que llevo al tratamiento residencial

Sustancia que llevo a la internación	Cantidad
Alcohol	7
Pasta base	3
Marihuana	3
Cocaína	2
Benzodiacepinas	1
Total	16

Tabla N°9. Sustancia de mayor consumo

Sustancia de mayor consumo	Cantidad
Alcohol	7
Pasta base	2
Cocaína	3
Marihuana y benzodiacepinas	2
Marihuana	2
Total	16

ENCUESTA

ENCUESTA SOBRE COMUNIDADES TERAPÉUTICA

Fecha

La presente encuesta pretende recolectar información de comunidades terapéuticas de La Paz, a partir de la percepción de personas que han ingresado a estas instituciones.

1. Datos generales

1.1. Lugar de origen	
1.2. Edad	1. de 15 a 18 2. de 19 a 25 3. de 26 a 30 4. de 31 a 40 5. Más de 40
1.4. Edad exacta * (menores de edad pasar a pregunta)	
1.5. Sexo	1. Masculino 2. Femenino
1.6. Grado de educación	1. Nivel primario 2. Bachillerato 3. Técnico 4. Universitario
1.7. Idiomas que habla	
1.8. Identidad étnica	
1.9. Ocupación	
1.10. Última ocupación antes de la internación	

2. Familia

2.1. Hijos	1. Sí 2. No
2.2. si la respuesta anterior es sí ¿CUÁNTOS?	
2.3. Con quien se crio	1. Padres 2. Tutor 3. Otro familiar
2.4. si la respuesta anterior es otro familiar ¿Quien?	
2.5. lugar de Origen de los padres o tutor	
2.6. Idioma que hablan los padres o tutor	
2.7. Identidad étnica de los padres o tutor	
2.8. Grado de educación de los	1. Nivel primario

padres o tutor	2. Bachillerato 3. Técnico 4. Universitario
2.9. Ocupación de los padres o tutor	

3. Consumo

3.1. Sustancias que ha consumido	
3.2. ¿A qué edad empezó a consumir?	
3.3. ¿Con qué sustancia inició su consumo?	
3.4. ¿Qué sustancia consume más?	
3.5. ¿Qué sustancia lo llevo a internarse?	
3.6. ¿Con quién empezó a consumir?	1. Amigos 2. Familiar 3. Pareja 4. Otros
3.7. si la respuesta anterior es "otros." ¿quién?	

Experiencia en tratamientos de rehabilitación

Comunidad terapéutica en la que se encuentra actualmente	1. C.B.S. "Vida" 2. Santa Aquilina 3. San Juan de Dios
Comunidades terapéuticas en la/s que ha estado internado *	1. Remar 2. San Juan de Dios (Sta. Cruz) 3. INTRAID 4. INP. "Gregorio Pacheco" (Sucre) 5. Pare de sufrir (Sta. Cruz) 6. Harrison House (USA) 7. Monte Sinaí (Sta. Cruz)
Cantidad de internaciones	
Si son varias internaciones en distintas C.T. especificar en Cuáles y Cuántas	
Tiempo máximo que ha estado internado	
¿Terminó o abandonó (alguno de los) tratamientos?	1. Proceso de internación finalizado 2. Abandono del tratamiento
Si no concluyo el programa ¿por qué abandono el tratamiento?	

4. Deficiencias en los tratamientos de rehabilitación

4.1. ¿Siente mejora en su salud física (recuperan) desde que empezó el tratamiento?	1. Sí 2. No 3. Recién estoy empezando el tratamiento 4. Hasta el momento no veo mejora física alguna
4.2. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría la Calidad de atención a la salud (por parte de la institución)?	
4.3. ¿Siente estable en su salud psicológica desde que empezó el tratamiento?	1. Sí 2. No 3. Recién estoy empezando el tratamiento 4. Hasta el momento no veo mejora psicológica alguna
4.4. ¿Considera que la institución incentiva en el aspecto de reinserción en los estudios?	1. Sí 2. No 3. Recién estoy empezando el tratamiento 4. Hasta el momento no he sentido que se me haya dado ningún tipo de incentivos en cuanto a estudios
4.5. ¿Considera que la institución incentiva en el aspecto de reinserción para con la familia?	1. Sí 2. No 3. Recién estoy empezando el tratamiento 4. Hasta el momento no he sentido que se me haya dado ningún tipo de incentivos en cuanto a estudios
4.6. ¿Considera que la institución incentiva en el aspecto de reinserción laboral?	1. Sí 2. No 3. Recién estoy empezando el tratamiento 4. Hasta el momento no he sentido que se me haya dado ningún tipo de incentivos en cuanto a estudios

5. Modelo C.T. de 3 fases/ Modelo hospitalario

Estructura de convivencia y practicas e interacción en convivencia

5.1. Del 1 al 5 ¿qué tan rígidos con las normas crees que son?	
5.2. ¿Con qué normas son más estrictos?	
5.3. ¿Con qué normas son más flexibles?	

6. Duración

6.1. ¿Qué tiempo de tratamiento residencial se le ha sugerido?	
6.2. ¿Cuánto tiempo lleva interno actualmente?	

7. Técnicas

Las técnicas que se usan en las C.T. son: uso de terapia motivacional¹¹¹, Uso de terapia cognitiva conductual¹¹² y Uso de terapia de facilitación de 12 pasos¹¹³

7.1. Del 1 al 5 ¿Qué tanto considera que le ayuda la terapia motivacional?
7.2. Del 1 al 5 ¿Qué tanto considera que le ayuda la terapia cognitiva conductual?
7.3. Del 1 al 5 ¿Qué tanto considera que le ayuda la terapia de 12 pasos?

8 condiciones Institucionales

Condiciones Materiales

Condiciones de las Infraestructuras

8.1 Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría la infraestructura y equipamiento de los dormitorios?
8.2. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría la infraestructura y equipamiento de la cocina?
8.3. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría la infraestructura y equipamiento de las salas de terapias?
8.4. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría la infraestructura y equipamiento de la zona de terapia ocupacional?

Condiciones Básicas

8.5. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría las condiciones de los alimentos?
8.6. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría los servicios de luz y agua?
8.7. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría el equipamiento de medicamentos de primeros auxilios?

Equipamiento de trabajo

8.8. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría la infraestructura y equipamiento de las
--

¹¹¹ La terapia motivacional no sólo de motivación del individuo para entrar y seguir en el tratamiento, sino también de motivación para el cambio, por supuesto, atendiendo a las diferentes necesidades que se van generando, que son de índole psicológica en su mayoría . (Becoña, 2008; 17)

¹¹² Entre las técnicas cognitivo conductuales utilizadas dentro de las instituciones estudiadas son: entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, entrenamiento en manejo del estrés y la ira, entrenamiento en relajación, entrenamiento en asertividad y entrenamiento en habilidades para la vida (Becoña, 2008:41)

¹¹³ Los 12 pasos es una terapia grupal para fomentar la abstinencia "en la que predominan tres aspectos fundamentales: la aceptación, que incluye la toma de conciencia de que la drogadicción es una enfermedad crónica progresiva que el adicto no puede controlar (...) la entrega, que implica someterse a un poder superior, aceptar la estructura de compañerismo y de apoyo de otros adictos en su recuperación (...) y la participación activa en las reuniones de 12 pasos y actividades afines." (NIDA, 2010: 59)

áreas de trabajo ocupacional? (invernaderos, talleres panaderías, etc.)
8.9. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría el equipamiento de las herramientas de trabajo terapéutico?
8.10. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría la capacidad o habilidad del equipo técnico? **
8.11. Del 1 al 5 ¿Cómo calificaría el equipamiento de las herramientas de trabajo para las responsabilidades (asignadas) que existen en de la comunidad terapéutica?

*especificar cuáles y cuantos centros

** la pregunta es también abierta por las características no esperadas que pueden afectar

Disposición de recursos humanos

8.12. ¿Usted sabe con cuanto personal cuenta a su disposición?	1. Sí 2. No
8.13. ¿Usted sabe qué tipo de Especialistas tiene a su disposición?	

Sistema de evaluación

8.14. ¿Crees que la institución evalúa sus métodos y practicas dentro de la comunidad?	1.Si 2.No
8.15.¿Crees que evalúan sus formas de convivencia?	1.Si 2.No

9. Condiciones Externas

Aspectos sociales

9.1. ¿Tuviste algún problema económico para ingresar a la institución?	1. Sí 2. No
9.2. ¿Tuviste algún problema económico para mantenerte dentro de la institución?	1. Sí 2. No
9.3. Del 0 al 5 ¿Qué tanto Consideras que tanto crees que tu grupo social puede influir en tu decisión para abandonar el tratamiento?	
9.4. ¿Consideras que tu necesidad económica/ familiar/ laboral puede influir en tu decisión para abandonar el tratamiento?	1. Sí 2. No
9.5.¿Consideras que es necesario un tratamiento más especializado en diferentes tipos de adicciones?	1. Sí 2. No

Aspectos individuales o personales

9.6. ¿Tuviste apoyo de tu familia para ingresar al tratamiento?	1. Sí 2. No
9.7. ¿Consideras que tu familia podría influenciarte en	1. Sí

abandonar el tratamiento?	2. No
9.8. ¿Considera que ha podido influenciar (de alguna manera) a partir de la opinión o exigencia de la pareja para abandonar el tratamiento?	1. Sí 2. No
9.9. ¿Considera que (de alguna manera) tenga impedimentos psicológicos severos o casos psiquiátricos que no hayan podido ser atendidos dentro de la institución?	1. Sí 2. No 3. En ciertos aspectos
9.10. ¿De qué manera ingresaste a tratamientos de rehabilitación en adicciones?	1.Voluntaria 2.Obligatoria 3.De una manera de chantaje 4. Sin más alternativas 5.Otras
9.11. Sí la respuesta anterior es (5). ¿cuáles?	

10. Re-internación

10.1 ¿Has tenido recaídas durante tu internación?	1.Si 2.No
10.2 Si la respuesta anterior es Si. ¿Con qué sustancia?	
10.3.¿Cómo ha sido su consumo al salir de tratamiento?	1. Abstinencia cero 2. Un poco de consumo 3. El mismo consumo de antes 4. Más consumo que antes
10.4. ¿Te has re-internado a causa de que has vuelto a consumir?	1.Si 2.No
10.5. Si la respuesta anterior es “No” ¿por qué motivo fue?	
10.5. ¿Crees que la institución hace un buen trabajo al hacer seguimiento a las personas que acaban el tratamiento?	

ENTREVISTA 1

Antonio Gamino Coordinador De Comunidades Terapéuticas De La Asociación Juan XXIII

25 de junio del 2021. Comunidad terapéutica San Vicente a las 14.30 hrs.

Modelo de tratamiento con enfoque de intervención pisco social, porque la persona necesita una evaluación donde encontramos situaciones donde la psiquiatría nos ayuda.

Experiencia de más de 25 años en la problemática de consumo. estamos presentes, aquí, en Bolivia con 4 C.T. San Vicente que sería la parte inicial, donde la persona, donde la persona se aproxima para tener una evaluación, una entrevista y si tiene el perfil de comunidad terapéutica, porque trabajamos con una terapia cognitiva conductual, trabajamos muchos sobre la conducta, ingresa y tiene un periodo de 3 meses más o menos, aquí en San Vicente, luego continua el programa terapéutico en Santa Aquilina.

El programa tiene aproximadamente la duración de 12 a 18 meses, dependiendo de la persona, con su reinserción social también. Es un programa residencial.

Somos parte de una asociación fundada en Italia, es una institución sin fines de lucro.

El problema de la adicción es un problema estructural de la persona (...) el problema adictivo puede ser genético, puede ser multifactorial, puede ser causado por una situación familiar, una situación social. Hay que ver cuál es el detonante de la persona

1.- ¿Quién está a cargo de las evaluaciones?

Inicialmente la trabajadora social, y luego los psicólogos

2.- ¿Cuál es la edad de su población?

Población de 18 a 70 años

3.- ¿Hay menores de edad?

No

4.- ¿Qué requisitos necesitas para entrar?

Sobre todo, voluntad

5.- ¿Se requiere aporte económico?

No, es una institución fundada en Italia, es una institución sin fines de lucro. Solo se pide los insumos necesarios a la familia. Y la parte en

salud, nos apoyamos ahora en el S.U.S. pero si tuviera algún problema crónico de salud grave, nosotros como institución no podemos responder.

6.- ¿La familia pasa una terapia familiar?

Si, nosotros tenemos terapias familiares que acompañan el curso del tratamiento de la persona, dos veces al mes, ahora son virtuales

Llegando a tercera fase la propia persona elije, orientada, y planifica su proyecto de vida. Ellos eligen si van a volver a la familia, si la familia es toxica ellos tienen que ser conscientes de lo que están eligiendo

7.- Son 4 fases digamos, con la reinserción

8.- ¿Qué tan flexibles son con las normas?

Las normas son normas, (...) hay que ver sobre el caso, la situación, la persona y por qué, en la evaluación encontramos elementos que son fundamentales. La norma no tiene que ser punitiva, no tiene que ser un castigo, tiene que ser un instrumento que educa, que corrige. Si yo veo que la norma me está educando no tengo porque sufrir, ahí va la tolerancia, pero si rompo una norma porque no me interesa, no tiene una motivación.

9.- ¿Cuál es la misión y visión?

Somos una asociación de fieles, laicos, reconocidos por el Estado Pontificio, por derecho canónico, entonces tenemos este carisma de caridad, este carisma de seguir “Jesús pobre y siervo”. (...) esto es, trabajar más que todo en el SER, vemos a las personas como parte de la vida. Vamos más que todo a un sentido de apoyo social.

10.- ¿Durante cuánto tiempo se puede trabajaren la heladería?

Tiene un tiempo limitado, hasta armar el proyecto de vida y ejecutarlo.

11.- La persona reincidente, si es que vuelve no hace el programa desde cero.

12.- Jerarquía: yo como coordinador, los responsables de estructura y los operadores terapéuticos

13.- ¿Los operadores son ex residentes?

Pueden ser, pero en nuestro equipo no hay

ENTREVISTA 2

Entrevista realizada el 12/06/2021, en la ciudad de La Paz, (Zona obrajes), a las 15:00

Erick Barreto - Informante clave "San Juan de Dios"

(...).

1.- La calidad de atención a la salud, por parte de la institución...

- Mmmm, o sea, en general, salud digamos, o salud en nivel mental?

2.- Ambos, (...) porque precisamente es un modelo clínico.

- Pienso que a nivel enfermería, o te pasa algún accidente, no están listos, está mucha deficiencia y además el médico del pabellón de adictos, solo venía una hora al día ¿no ve?... era un gordito y de ahí no venía más ¿te ubicas? Si tenías cualquier otra cosa, no había medico ¿ubicas? En el nivel físico

En el lado mental, que es su fuerte, el rato que yo estaba, he visto en su sistema, deficiencias en el manejo personal con cada paciente, por ejemplo, no sabía, la Verónica, mi nombre (...) cada rato hablábamos de situaciones que nos lamentamos por nuestra adicción y escuchaba, pero como que se olvidaba y tenías que volver a contarle, o sea, como que le vale verga (...) el único que hacia un buen trabajo es el David (...) el sí se entregaba. El Auza¹¹⁴, la Verónica, no. (...) no les interesas, y eso es lo que a mí no me ha gustado. (...) porque con eso tiene que ver la adicción igual ¿nove?, tienes que estar interesado en la persona, hablarle, mirarle a los ojos, explicarle, entenderle, tienes que tener esa empatía, en cambio el Dr. Auza, la Dra. Verónica, no tenían eso, les valíamos &#\$&#\$, así yo me sentía, y al único que le importábamos es al David, pero al final igual le valíamos &#\$&#\$ (risas)

3.- ¿(...) Cual es la empatía que ha generado el David?

- El David ha generado empatía, porque él te entendía, por ejemplo, yo he tenido varios terapeutas y no te entendían, que nunca habían consumido entonces no sabían de qué les estabas hablando, en cambio el David, le decías... no sea, me he envergado¹¹⁵, he fumado queso¹¹⁶, fumado papa¹¹⁷, él te entendía, porque ya lo había hecho, entonces sabía de qué se trataba, tenía esa experiencia, eso es lo que le daba su plus, en cambio el Auza, la Verónica, no tenían eso y muchos de los terapeutas no lo tienen, la empatía que tenía el David, era de adicto, porque el mismo decía yo soy adicto (...) sabías que estabas hablando con otro K'olo¹¹⁸ de &#\$&#\$, (...) por eso estaban muy ajenos a lo que es tu proceso de curación, ¿no?, del consumo (...) ya depende de cómo tú lo quieras entender al consumo (...) eso es lo que yo he presentado, de que no les interesa y eso es lo que a mí no me ha gustado, porque

¹¹⁴ El psiquiatra en ese entonces (2017)

¹¹⁵ Jerga usada que significa embriagarse

¹¹⁶ Jerga usada que significa fumar marihuana

¹¹⁷ Jerga usada que significa fumar pasta base

¹¹⁸ Jerga usada que significa adicto o consumidor

uno necesita que lo levanten moralmente (...) aunque sea que me escuche para desahogarme y no había eso ahí (...)

4.-¿Cuánto tiempo has estado ahí?

Al final, un mes y una semana

5.- ¿Tan poco?

Si, yo he estado poquito, porque no entre porque tenía pedos¹¹⁹, sino por mi vieja, ya era fin de año, había acabado la U y mi vieja quería meterme si o si, porque ella no acepta que yo consuma y una psicóloga, externa, le había dicho del San Juan de Dios y que entre un tiempo para ver cómo era, que mejor que entre sin haber hecho ninguna huevada porque muchos entran después de haber hecho una huevada ¿nove?, entonces yo por mi mama he entrado y mi mama me jodía y me tenía sin vida ubicas, yo por corresponderle a ella he entrado(...). Lo bueno ha sido que he aprendido arto, del David él si es bueno, porque lo decía desde los zapatos de un adicto, entonces conectaba contigo y el Auza y la Verónica que supuestamente eran mejores...nada, así, cero.

6.- Cuando has salido, ¿has logrado lo que querías con tu mama?, una mejor relación familiar

No, te cuento de que no, ha sido mala, pero mi vieja ha buscado por su lado, y los terapeutas le han dicho que ella no tiene que fijarse en el consumo de su hijo, tiene que liberarse, porque mi hijo ha fumado y la mama llora, ese vínculo emocional tiene que romperse porque yo ya soy independiente, soy adulto. Eso le han enseñado a ella, obviamente un tiempo después, no es que ni bien ha hecho la terapia, primero han sido full sacadas de mierda (...) y no es gracias al San Juan de Dios, sino que mi mama ha tomado terapias por su lado y le han dado herramientas para que pueda controlar su codependencia (...) ha mejorado por asuntos muy ajenos al San Juan de Dios y no a la comunidad, sino a terapias (...) individuales

7.- Cuando has salido del San Juan de Dios, ¿cómo ha sido tu vuelta a la casa?

Lo único bueno luego el San Juan de Dios era que he vuelto con harta energía, hacia ejercicios digamos, pero igual he recaído a los dos días porque he vuelto y me he visto con una mina y nos hemos chupado¹²⁰ waso. (...) la única diferencia del San Juan de Dios, en mi consumo ha sido que ya tenía más conciencia (...) porque he visto gente que se los veía, así locos, se notaba en sus ojos, que estaban en otro pedo, entonces he pensado, yo no quiero estar así, tengo q terminar mi carrera, hacer mis proyectos. Como para darme ejemplo de las

¹¹⁹ problemas

¹²⁰ bebido

personas, o de los militares, uno que me impresionaba era el Sandi que salía y llegaba Berga pues, increíble, le daban su salida y le decían no vas a tomar y él decía no, no, estoy saliendo con mis hijas y no me van a dejar tomar y berga llegaba el cuate o sea ni siquiera se tomaba unito, se emborrachaba, entonces ese tipo de conductas he visto (...)y he dicho, no, yo no puedo ser así, veía irresponsabilidad, dejadez y eso a mí no me gusta yo soy disciplinado y organizado, en eso me ha ayudado San Juan de Dios, a ver otros varones con el mismo problema que tenía yo, he visto mi espejo. Pero eso le he aprendido por mí mismo no es que ha venido la Vero o el Auza, a ellos les valía.

8.-¿Como crees que eran las relaciones entre los miembros de la comunidad?

Mmmm, era toxico, porque había mucha cizaña, por culpa de unos, dos, todos se intoxicaban, digamos yo quería estar buena onda, tu igual querías estar buena onda, pero había gente (...) que cizañaban a todos, pero yo creo que es parte de comunidad terapéutica, que haya esas relaciones porque uno entra para darse cuenta de lo toxico que puede ser un adicto

(...)

9.- ¿Qué opinas de esa jerarquía que había (entre miembros)?

Entre lo que he podido percibir de la jerarquía es que intentaban organizarla de que el más antiguo tenía más jerarquía y hasta cierto punto me parece bien, porque el antiguo le explica el nuevo, pero, me parece muy mal que habiliten esa jerarquía a un antiguo que todavía no puede controlar su ego, porque le dan la jerarquía y se alzan (...) ahí se ve al terapeuta, si hubieran analizado (al paciente) que todavía está con conflictos de ego, no le habrían dado la jerarquía porque sabían que podía pasar algo así, pero ahí va pues el descuido (...) entonces todo parte de la falta de atención clínica personalizada, porque te decía, va a ser personalizado y no había eso.

10.- cuando se transgredían las normas, ¿qué tan flexibles crees que eran con la transgresión de normas?

Yo pienso que sí eran estrictos

11.- ¿qué hacían con la gente?

Los suspendía, los botaban o les daban un castigo que limpiar el jardín (...) recoger hojas...huevadas (...) no eran experiencias educativas, era una sanción

12.- ¿cómo inculcaban los límites?

Con el ejemplo, digamos si alguien se hueveaba, lo castigaban y ponían el ejemplo y amenazaban, no vayan a portarse así, porque va a ser

como él. Justo cuando yo estaba entrando estaban votando a un cuatecito (...) entonces yo pienso que los límites se inculcaban a través del ejemplo

13.- ¿Qué responsabilidades asignaban?

Mmmm responsabilidades sencillas no, había uno que despertaba y tocaba el timbre, (...) recoger la comida, tender la cama, limpiar tu área (...) yo pienso que deberían haber más responsabilidades porque un problema del consumo, cuando uno exagera en su consumo, se vuelve dejado, se vuelve flojo, te da paja¹²¹, cuando estas en tu pedo, en consumo, (...) entonces está bien, para empezar, esto de las áreas, (...) pero un nivel más de actividades que tengan peso, como cuando trabajas, tienes que presentar tus informes, sino cagamos, entonces lo haces porque sabes que son importantes, ese mismo sentimiento provocarles a los pacientes, a los internos no, incluso sería muy bueno actividades remuneradas, que enseñen a hacer carpintería a los varones y a las mujeres más cosa de que digamos entregues cinco muñequitos de venesta y te van a pagar tanto, para sentirte útil, de no ser vago y tener terapia ocupacional y generar dinero te estas sintiendo útil y generas responsabilidad (...). Porque algo que no me gusta de estar internado, hay muchos que son adictos, pero hay muchos que son los fuertes de su familia, los mantienen, entonces si te internas, no vas a generar dinero, entonces hay mucho que no quieren internarse porque tienen que trabajar, porque saben que mínimo para internarse es tres meses entonces yo pienso que debería, muy aparte de lo ocupacional básico, tendrían que tener una más, que tenga que ver con la remuneración, un refuerzo económico, un incentivo.

(...)

14.- ¿Te acuerdas de los horarios?, ¿cómo eran?

Hasta donde yo recuerdo, era que nos despertábamos, íbamos a hacer deporte, desayunábamos, limpiábamos, y luego había terapia hasta las 12.00, luego de la terapia almorzábamos y valíamos (...) hasta las 6.00 (risas) (...) a las 4 había otra terapia ahí, luego nos pepeaban¹²² y de ahí valimos (...) hasta las 6.00, 7.00 que ya lo cerraban todo y otra pepa y a las 9.00 ya estábamos durmiendo. Pero solo había dos terapias. (...) la terapia deportiva si estaba bien, pero la ocupacional no

15.- Hay tres tipos de terapia que se usa en los centros, la terapia motivacional, la terapia cognitiva conductual y hay otra que es la de los 12 pasos (...) en el San Juan había las tres, ¿qué tanto crees que te ha ayudado la terapia motivacional?

¹²¹ Flojera

¹²² Dar pastillas en términos de jerga

La motivacional es la que más me ha ayudado, yo pienso no, porque gracias a Dios, la etapa que he estado en el San Juan de Dios, era un buen operador el David y él te hacía sentir que sabía como te sentías y de que sí se puede salir (...) entonces yo creo que estaba bien por la calidad de su operador terapéutico porque si la Verónica hubiera sido la operadora, no, al pedo,

16.- El uso de la terapia cognitiva conductual, ¿Qué tanto crees que te ha ayudado?

Había de manera muy liviana, ligera porque lo único en cuanto a horario, era despertarse y dormirse y hora de almuerzo y hora de terapias, era ligero, pero estaba bien porque a mí sí me ha ayudado, se puede mejorar un poco más, no sé cómo, por sé que sí se puede, pero hasta ahí está bien

17.- En la terapia de 12 paso y el solo por hoy, ¿Cuánto crees que te ha ayudado?

El solo por hoy si me ha ayudado, porque tenía reflexiones muy bonitas y si tu realmente prestabas atención te identificabas, si me ha ayudado ese libro, en cuanto a los 12 pasos no recuerdo que hayamos avanzado los 12 pasos (...) la parte motivacional estaba buena, porque el operador era bueno, ahí ha faltado que los de Alcohólicos Anónimos tengan esa vocación, no la tenían, era tedioso escucharlos y cuando es tedioso escuchar a alguien es imposible pues que aprendas, ha faltado conseguir para los 12 pasos buenos capacitadores

18.- (...) Sobre el personal de enfermería

(...) eran buena onda, (...) los enfermeros se preocupaban más por vos que la Vero y que el Auza, yo con la Berta¹²³ hablaba y me daba consejos que más te llegaban, que los de la Vero

ENTREVISTA 3

Entrevista Félix Aruquipa

Pucarani, enero 20/2021. 14hrs

1.- ¿Cuántos años tienes?

31

2.- ¿Dónde vivías antes de la internación?

Donde un amigo, en El Alto en la Zona “Las Delicias”

3.- ¿Cuánto tiempo viviste con tu amigo?

¹²³ Enfermera de la institución

Un mes

4.- y ¿antes? ¿Dónde vivías?

En la calle

5.- ¿Cuánto tiempo estuviste en la calle?

2 meses

6.- ¿Y dónde dormías?

En las casas de diferentes cuates o sino en la calle

7.- ¿Dónde has crecido?

Con mis papas, pero he sido independiente desde mis trece años

8.- ¿Has acabado el colegio?

No, me he quedado en tercero medio (ahora quinto de secundaria)

9.- ¿Por qué no acabas ahora?

No tengo las libretas y no me dejan repetir desde primero medio y me han pedido más de 500 bolivianos para sacar las libretas

10.- ¿Cuántos hermanos tienes?

Cinco, tres mayores y dos menores

11.- ¿Cómo te llevas con tu mama?

Es buena, pero yo la he cagado, alzando plata que no debía

12.- ¿Hace cuánto que no hablas con ella?

Hace dos años

13.- Con tus hermanos, ¿sigues hablando?

Si, sigo hablando, normal la relación, con mis hermanas menores, sobre todo, mi hermano mayor me ha dicho intérnate en un centro, en REMAR como el papá

13.- ¿Tu papa bebe entonces?

Si, a veces está en REMAR y casi siempre vende cosas en la 16 (de julio), así raticida, naftalina, cositas así.

14.- ¿Tus padres terminaron el colegio?

No, mi mama se quedó en primero básico y mi papa en tercero básico

15.- ¿Qué fue lo primero que probaste?

Alcohol

16.- ¿A qué edad?

10 años, en un matrimonio de mis papas

17.- ¿Y qué más has probado?

Marihuana a mis catorce y papa a mis dieciséis

18.- ¿Qué más has probado?

Inhalantes como gasolina, pero a lo que más siempre le he dado es el alcohol

19.- ¿Con quién has empezado a beber?

Con mi hermano

20.- ¿Cuál ha sido el primer centro al que has ido?

El primero ha sido San Vicente, donde estaba mi papa, con referencias de mi tío, después de salirse ya no lo han querido aceptar porque tenía más de 50 años

21.- ¿Cuánto tiempo has estado en San Vicente?

He estado dos meses y de ahí me han transferido a Santa Aquilina, porque es el mismo centro, ya cuando estás bien te mandan ahí

22.- ¿Cuántos años tenías?

26 o 27 años

23.- ¿Cómo son las terapias?

Los lunes y miércoles son las terapias y te instruyen para que aceptes que eres un alcohólico y como te soban la espalda, de aquí estas y nosotros te queremos.

Cuando entras te encierran en un cuartito tres días para que te desintoxiques, después ya estas mejor y te pasan a la casa para hacer cosas y quienes ya están para ir a la calle y trabajar, contar sus experiencias. Pero siempre y cuando con un control.

Después te destinan a Santa Aquilina, donde he estado 4 meses

En Santa Aquilina te levantas, haces el "Solo por hoy" y ahí sí que es todo a costas del reloj, no como aquí que hay campana, tienes que estar bien atento.

Y así Santa Aquilina es más estricto, donde trabajas con psicólogos, terapeutas, trabajado social

24.- ¿Cómo es la entrevista con la trabajadora social?

Si te pregunta ámbitos familiares, y cómo son tus recursos económicos

25.- ¿Cuántas veces te has internado?

Dos.

26.- Al salir de Santa Aquilina ¿Qué hiciste?

Volver con mi novia, estuve un tiempo y luego terminamos, al salir he recaído.

ENTREVISTA 4

Entrevista Lloyd Jacobs

1.- ¿Cuál es tu ocupación dentro de la institución (VIDA)?

Yo soy el representante legal y figuro como director general

2.- ¿Cuánto tiempo llevas ocupando este cargo?

6 años

3.- ¿Y cuánto tiempo llevas de experiencia en el campo de las adicciones?

Trabajando, 14 años

4.- Eres ex consumidor, ¿no?

Sí, a buena honra

5¹²⁴.- Nacionalidad y descendencia

Boliviano, madre boliviana y padre estadounidense

6.- Sobre la institución ¿Cuál es su visión y misión?

El objetivo de la institución es brindar las condiciones, a partir de las cuales toda persona que quiera reconstruir o restaurar su realidad y cambiar su estilo de vida, se pueda llevar a cabo. Nosotros lo único que hacemos es brindar esas condiciones (...) alojamiento, acompañamiento terapéutico, salud, alimentación, el aislamiento social (a fin de que la persona, en este espacio, pueda hacer este trabajo de reestructuración)

7.-¿Cuál es tu objetivo personal, para con la causa?

Posicionar al Centro Boliviano de Solidaridad como una de las 10 mejores comunidades terapéuticas de América Latina

8.- En cuanto al equipo técnico. ¿cómo desarrollan técnicas de intercambio de información?

La tecnología en el mundo actual favorece mucho, redes sociales, WhatsApp, sin embargo, como en toda comunidad terapéutica las limitaciones son de orden económico, ¿no? Quisiéramos tener por ejemplo máquinas, computadoras de última generación para tener una red interna y poder comunicarnos y trabajar en red, pero aprovechamos la tecnología y las reuniones quincenales que tenemos

¹²⁴ Pregunta modificada, para simplificar y por pertinencia

9.- Dentro de estas reuniones, ¿cómo es la toma de decisiones?

Democrática

10.- Existe una jerarquía dentro del equipo técnico.

Evidentemente, pero cuando estamos en reunión tanto como cuando estamos en grupos terapéuticos, las jerarquías desaparecen

11.- ¿De qué manera la institución se relaciona con el sistema de salud? (no en cuanto a llevar a los residentes a revisiones médicas, sino en brindar información al sistema de salud)

En ese sentido no difundimos tal vez nuestro trabajo de la manera en que se debería difundir, nuevamente, las limitaciones económicas, automáticamente provocan limitaciones en recursos humanos y otros aspectos. Somos miembros de varias redes interinstitucionales, la red contra violencia de El Alto, de la ciudad de La Paz, red de seguridad ciudadana, estamos creando unas plataformas que va a ser como una agenda de las C.T. tratamos de difundir un poco a través de la Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas, pero no hay una interacción con el Ministerio de Salud, ni tampoco un verdadero interés por parte del Ministerio de Salud en conocer nuestro trabajo, tampoco.

12.- ¿Cuál es el tiempo sugerido de tratamiento?

Eso es relativo (...) el tiempo siempre lo va a determinar el usuario, la coyuntura del usuario, pero el proceso en sí, el proceso de restauración tanto desde la parte residencial como la post comunidad, en mi opinión entre 12 a 18 meses es lo que le va a tomar al usuario el reconstruir esta nueva coyuntura que está buscando

13.- ¿Cuál es el tiempo promedio en el que las personas han terminado el tratamiento?

9 meses

14.- Dentro de las prácticas de convivencia, existen ciertas normas ¿Cuáles son estas normas?

Normas básicas ¿no?, no violencia, no acercamientos físicos, sexuales, no robo y no consumo, sin embargo esta última norma de no consumo, es bastante controversial, porque “yo te voy a condenar porque eres un adicto y has consumido”, o sea es bastante incoherente la norma es sí, es más una norma que está ahí en la pared para apertura una conciencia, más que para imponer una sanción o una conducta, las otras normas sí son normas que se podrían aplicar a raja tabla, porque no obedecen a la adicción misma.

15.- Consideras que hay cierta flexibilidad cuando se trata de consumo

No flexibilidad sino apertura diría yo, no se trata de permisividad, el Centro Boliviano de Solidaridad, desde que yo lo dirijo, ha cambiado en este sentido al modelo antiguo que teníamos que era extremadamente conductual, extremadamente rígido en la normativa misma, porque yo considero que la norma se va a aplicar de una manera genuina y espontánea cuando esta nazca de una conciencia colectiva y no a partir de una manera imposición institucional, especialmente en nuestra población que estamos muy reacias ante cualquier tipo de imposición, peor de la autoridad.

15.- ¿De qué forma manejas cuando se transgreden estas normas?

Todo se maneja de una manera individual, cada caso es diferente, cada caso es un propio plan de tratamiento, no puedes medir a todos con la misma vara, depende de las circunstancias, las motivaciones, hay muchos factores que definen la acción a tomar, depende de la persona

16.- La forma de inculcar los límites, las responsabilidades, es conciencia propia

Se trata de conciencia propia, se trata de que la persona despierte su conciencia, no que se someta a una ideología moral a un credo, a imposiciones que estructura su filosofía de vida, en función a terceros sino una misma.

ENTREVISTA 5

Entrevista Saúl - enero 29/2021, Pucarani. 13:45 hrs.

ASPECTOS GENERALES

1.1. Lugar de origen

Caranavi

1.2. Edad

38 años

1.3. Sexo

Masculino

1.4. Grado de educación

Técnico Superior en Mecánica Automotriz y termine la Escuela Nacional de Teatro de Santa Cruz que también es un título de Técnico Superior

1.5. Última ocupación antes de la internación

Trabajaba en el Gobierno Municipal de Caranavi, como director de relaciones públicas

FAMILIA

2.1. Hijos

Tengo una hija de 21 años

2.2. ¿y alguna vez ha vivido contigo?

No

2.3. Con quien te criaste

Estuve hasta los 11 años con mis papas y luego por la mala relación de mis padres me fui con diferentes familiares

2.4. Origen de los padres

Ambos de Caranavi

2.5. Ocupación de los padres

Mi mama era ama de casa y mi papa asalariado porque trabajo muchos años en la alcaldía

2.6. grado de educación de los padres

Mi mama llegó hasta segundo básico y mi papa hasta primero intermedio

2.7. Tipo de relación con hermanos

Con algunas es buena y con algunas no me hablo

2.8. Consumo en la familia

Los dos papas eran muy bebedores, sobre todo después del accidente que tuvo mi padre, pero lo dejaron cuando eran mayores

CONSUMO

3.1. Sustancias que ha consumido

Cocaína, pasta base, marihuana y floripondio

3.2. Edad de inicio y con qué sustancia

Empecé con la bebida a los 14 años y a la semana ya estaba fumando marihuana

3.3. ¿y pasta base?

El mismo año o poco después he probado papa, pero no era muy seguido y cocaína he probado el 2014

3.4. Sustancia que más consume

Yo creo que cocaína y algo de alcohol

3.5. Sustancia que ha llevado a la internación

La pasta base

3.6. Contexto en el que se inició el consumo

Para la aceptación de los jóvenes cuando llegue a la ciudad

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

4.1. Comunidad terapéutica en la que está interno actualmente

Centro Boliviano de Solidaridad "Vida"

4.2. Comunidades terapéuticas en las que ha estado internado

Me he iniciado en el mundo de los centros de rehabilitación exactamente el 21 de septiembre del 2017 en San Vicente, en Tembladerani. El 30 de diciembre del 2017 llegué a Pucarani (C.B.S. "Vida") hasta el 15 de enero. En mayo del 2018 estuve en REMAR dos días. En octubre del 2019 de nuevo a Pucarani

4.2.2. Cantidad de internaciones

Cuatro o cinco, tres aquí (C.B.S. "Vida")

4.2.3. Mayor tiempo de internación

Ininterrumpido, fue el año pasado de octubre del 2018 a mayo del 2019

4.2.4. Motivo por el cual abandono el tratamiento ¿abandono o terminado el proceso?

He terminado el proceso, pero luego he recaído brutalmente

A partir de la respuesta (4.1.)

4.3. Tiempo que se le sugirió para el tratamiento inicialmente

Necesitaba unos tres o cuatro meses para estabilizarme y luego según mi avance van a determinar. Pero yo considero que ellos como que no saben, en una ocasión me mandaron al Kenko (última fase) por la demanda de nuevas personas que querían internarse.

No me parece correcto que ellos te digan cuando estás preparado. A mí me han promovido rápidamente de etapas y yo no estaba preparado y he recaído ahí mismo. Porque a nivel conciencia, tengo 23 años de consumo, ¿Cómo voy a justificar con 3 o 4 meses? Yo pensaba que debería quedarme lo que yo considere.

A mí me parece una medida desatinada, que te ponen sus tiempos y yo puedo caretear * y al cruzar las puertas me vale un carajo.

4.3.2. ¿Qué propones tú?

Que cada uno proponga el tiempo según su capacidad de autocontrol.

4.4. Requisitos que le pidieron para ser aceptado

Yo solo me he presentado con mi carnet, he llenado un formulario y no me han pedido nada más.

4.4.2. ¿y requisito económico?

Mi hermana se encargó de eso y no me dijo nada, para que yo me enfoque en mi tratamiento.

4.5. Qué tipo de evaluaciones se le hizo antes de la internación

No me hicieron ningún tipo de evaluación

MODELO

Comunidad terapéutica de 3 fases

5.1. ¿Cómo es la fase acogida?

No ha sido mucho problema para mí, porque yo ya venía de San Vicente y Santa Aquilina. No me ha afectado mucho por los años que he vivido en régimen cerrado, como el ejército o la cárcel y los centros de rehabilitación y siento que trabajo mejor bajo presión.

5.2. ¿Cómo es la fase comunidad terapéutica?

Es lo mismo, seguir los horarios y ser parte de la comunidad supongo

5.3. En su experiencia ¿Cómo manejaron la reinserción laboral?

En la primera experiencia simplemente era una total mamada. La primera vez que estuve en la fase reinserción en el Kenko, yo tenía dinero en mi cuenta en Pucarani, pero no me lo dieron, le pedí dinero a mi hermana y me puse a vender sándwich de palta. Simplemente me han mandado y yo no sabía qué hacer.

Este año a las semanas de haber llegado (a Pucarani) yo le he propuesto a Lloyd (el director) a mostrar la esencia de lo que es el centro, porque siempre decíamos que este lugar era diferente (a los otros centros) y mostrar a los chicos que están, qué hacen, sus locuras, por medio de publicidad en redes sociales. Así que ellos realmente no han hecho nada, ni se les ha ocurrido, pero yo los he convencido. Y desde que han comenzado las publicaciones la gente ha empezado a llamar y preguntar sobre el centro.

Ellos en ningún momento se han interesado en la reinserción laboral.

5.3.2. En su experiencia ¿Cómo manejaron la reinserción con la familia?

En cuanto a mi familia dudo mucho que ellos me hayan podido ayudar, lo que sí ha ayudado es mi estancia aquí, puede ser que algo, pero mucho no ayudan, quien hace todo el trabajo es la persona efectivamente.

Estructura de convivencia

7.1. ¿Cuáles son las normas dentro de la comunidad?

Las reglas cardinales: no consumo, no agresiones físicas ni verbales, no sexo,

7.2. ¿Cómo y cuánto flexibilizan las normas?

Se flexibilizan 500% y tal vez más

7.2.2. ¿Crees que es algo malo?

Totalmente, si bien está en las manos de las personas, si son débiles y no quieren (estar en el centro) deberían irse. La flexibilidad no ayuda, pues no te ayuda a formarte, si en un trabajo llegas tarde tres veces, me despiden.

Si haces lo que te da la gana en esa pequeña micro sociedad, afuera va a ser peor, solo perjudica.

7.3. ¿Cómo manejan la trasgresión de normas?

Últimamente ya ni se les daba experiencia educativa*, ya que, si no quieren, listo, algunos terapeutas están de acuerdo en no ser tan flexibles, pero como dejaron pasar las cosas, finalmente no pasa nada. Y pues como pagan y ellos mantienen al centro.

7.4. ¿Cómo inculcan los límites dentro de la comunidad?

Al principio con amenazas, “si te mandas esta cagada, vas a ser autoexcluido”

7.4.2. Y cuando trasgreden ¿Cómo siguen inculcando los límites?

Ya no lo hacen

7.5. ¿Qué responsabilidades se asignan dentro de la comunidad?

Desde el principio, aseo de su habitación, las diferentes áreas, el área de comedor, cocina, carpas, baños y a medida que avanzan en el proceso tienen más responsabilidades, al principio eres como ayudante y luego responsable de área.

Y bueno, no todos cumplen, muchos se atrasan, se limitan a hacer una limpiadita, por aquí pasó. Luego los putean un poco y listo.

7.6. ¿Cuáles son los horarios de trabajo?

Esto tiende a variar según quién esté de encargado de cocina. Desayunamos luego a grupo*, el grupo es de a una hora a tres horas, luego mientras se cocina, hacen las áreas, dependiendo, si almorzamos a las tres, terminamos 4 y ya no se va a carpas.

El horario es totalmente cambiante y variable.

7.7. ¿Cuáles son los horarios de terapia?

Varia también, a veces ocurre algo y hay (terapia grupal) en la tarde o en la noche, pero por lo general es en la mañana.

7.8. ¿Qué tipo de hábitos se inculcan en la comunidad?

Para mí, nada que no hacía antes

Prácticas e interacción en convivencia

8.1. ¿Cómo son las relaciones entre miembros de la comunidad? (a nivel general)

Siempre se trata que las relaciones sean lo más amistosas posibles, pero siempre hay problemas, miramientos o malentendidos, sobre todo por los confrontos*, que es una regla de la casa. Pero se intenta que (las relaciones entre miembros) sean lo más pacífica posible.

8.1.2. ¿Cómo son las relaciones entre miembros de la comunidad? (a nivel personal)

Yo siempre tengo problemas, no solamente con los residentes y no solo en esta internación. He llegado a golpear a un terapeuta. Cuando un terapeuta me ha dicho ¿Quién eres o quien te crees? Le respondí “¿Y tú?, ¿Cuánto dinero tienes en el banco para decirme eso?, ni siquiera tienes título de psicóloga”.

8.2. ¿Cómo es la jerarquía entre miembros?

Existen los responsables de área, supervisor administrativo, supervisor general y hay ancianos, bueno y los del populacho.

Cuando llega un nuevo, lo tratan como desamparado, para empezar, lo tienen una semana en la primera silla (durante las comidas) y al nuevo no se le puede confrontar, que se sirva primero, puede llegar tarde... A mí me parece nada que ver, uno, dos días ya, pero es demasiado

Después de le asigna un área y tiene que someterse a la manera de trabajo como para ser responsable de área. Luego ya con el tiempo esa persona asciende a supervisor administrativo.

No sé cómo manejan el criterio para promover, pero supongo que tiene que ser alguien que muestre crecimiento.

El supervisor general debería ser alguien que muestre responsabilidad en todo, por lo menos más de un 50% en todo. Pero a veces usan como indicador cosas como la persona que se lleva bien con el terapeuta o con la gente. Esa es una de las grandes falencias.

8.3. ¿Cómo son las relaciones entre miembros y equipo técnico?

Me parece que es muy buena, con mucha hermandad se podría decir, al margen de existir esa jerarquía, no es necesario decirlo. En otros centros, se maneja así, para empezar los terapeutas no comen contigo, no duermen ahí, no están ahí, solo para tener charlas de terapeuta a residente, no una relación de amigos.

En REMAR mientras los residentes tienen sopa que con suerte hay síes fideos nadando, el pastor ·-%\$&\$%&· está en la mesa de al lado comiendo fricasé o chicharrón con su Coca-Cola.

En cambio, aquí la relación es muy buena, en ese sentido yo me saco el sombrero por esta casa.

8.4. ¿Qué tipo de rituales existen dentro de la comunidad?

Yo solamente he estado presente en uno, cuando promovieron a algunos chicos. Eso es relativamente nuevo, con un terapeuta actual, sobre todo, antes no había eso.

En otro tipo de ritualidad, existe la ceremonia de ayahuasca, cuando viene un chamán, tomas el líquido, el chamán pone velas, música y de pronto tu mente empieza a viajar, en el buen sentido y trabajas aspectos que quieres, yo vi y hablé con mis papas y eso me ayudó mucho.

Si bien es medio satanizado por ser una droga, a mí me parece que ayuda en muchos niveles.

ANEXOS

DEL ESTUDIO DE PROYECTO

FOTOGRAFÍA-1 Sistematización de experiencias con el equipo técnico sobre "El grado de involucramiento entre terapeuta y usuario"



Fuente Propia extraída de la sistematización de experiencias

FOTOGRAFÍA-2 Sistematización de experiencias con el equipo técnico sobre "El grado de involucramiento entre terapeuta y usuario"



Fuente Propia extraída de la sistematización de experiencias

FOTOGRAFÍA-3 Programa y descripción de la sistematización de experiencias con el equipo sobre "Reducción de riesgos en menores de edad"



Fuente Propia extraída de la sistematización de experiencias

FOTOGRAFÍA-4 Programa y descripción de la sistematización de experiencias con el equipo sobre "Reducción de riesgos en menores de edad"



Fuente Propia extraída de la sistematización de experiencias

