



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

***EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN EJECUTADO POR EL CENTRO DE
ATENCIÓN INTEGRAL MISIÓN NEGRA HIPÓLITA TERMINAL
DE ORIENTE (CAIMNHTO).
ESTADO MIRANDA, AÑO 2008.***

Realizado por: Franceschi M. Gerardo I. **Asesor Prof.** Rodolfo Muñoz

Trabajo de Grado, Modalidad investigación, presentado como requisito
parcial para optar al Título de Licenciado en Trabajo Social.

Cumaná, Julio de 2009

FALTA HOJA APROBATORIA

INDICE

AGRADECIMIENTOS	I
DEDICATORIA	II
INDICE DE CUADROS	IV
LISTA DE ABREVIATURA	XI
RESUMEN	XII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Planteamiento Del Problema	5
1.2 Objetivos	9
1.2.1 General	9
1.2.2 Especificos	9
1.2 Justificación	11
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes De La Investigación	13
2.2 Bases Teóricas	16
2.2.1 políticas sociales: de los programas sociales a las misiones.	17
2.2.2 evaluación de programas sociales: evaluación de eficiencia y eficacia.	22
2.2.3 rehabilitación y reinserción social: las comunidades terapéutica como alternativa de tratamiento a la farmacodependencia:	24
2.2.4 Antecedentes de las Comunidades Terapéuticas:	26
2.2.4.1 <i>Características de las Comunidades Terapéuticas:</i>	28
2.2.4.2 <i>Tipos de Comunidad Terapéutica</i>	29
2.2.4.3 <i>Factores Terapéuticos de la Comunidad Terapéutica:</i>	30
2.2.5 Breve Reseña Histórica de la Institución:	30
2.2.5.1 <i>Equipo Multidisciplinario que labora en CAIMNHTO:</i>	31
GLOSARIO DE TÉRMINOS	31
Bienestar social:	31
Crack:	31
Comunidad Terapéutica:	31
Eficacia:	32

Eficiencia:	32
Evaluación:.....	32
Fundación Misión Negra Hipólita:	32
Política Social:	33
CAPÍTULO III.....	34
MARCO METODOLÓGICO.....	34
3.1 Diseño De La Investigación:.....	34
3.2 Tipo De La Investigación:	34
3.3 Ubicación Tiempo-Espacio:	34
3.4. Población Y Muestra	35
3.4.1 Población.....	35
3.4.2 Muestra.....	36
3.5 Instrumentos Y Técnicas De Recolección De Información:.....	37
3.6 Procesamiento Y Análisis De Los Datos:	38
3.7 Validez Del Instrumento De Recolección De Información:.....	38
3.8 Confiabilidad Del Instrumento:.....	38
CAPITULO IV	39
RESULTADOS	39
4.1 Descripción General De La Población Atendida Por Caimnhto	39
4.1.1 Características de la población objetivo del programa.	39
4.1.1.1 <i>Edad:</i>	39
4.1.1.2 <i>Escolaridad:</i>	41
4.1.1.3 <i>Tiempo de Consumo:</i>	42
4.1.1.4 <i>Sustancias de mayor consumo:</i>	44
4.1.1.5 <i>Sustancia de mayor impacto:</i>	45
4.1.1.6 <i>Tiempo de Tratamiento en CAIMNHTO:</i>	47
4.1.1.7 <i>Mecanismo por el cual llegó al programa:</i>	48
4.2 Eficacia Del Programa De Rehabilitación Ejecutado Por El Centro De Atención Integral “Misión Negra Hipólita Terminal De Oriente”.....	50
4.2.1 Consecución De Los Objetivos:.....	50
4.3 Modificación De La Situación De Los Usuarios Que Motivó La Intervención O Puesta En Ejecución Del Programa.	51
4.3.1 Intentó dejar la Droga antes de ingresa al Centro:	51
4.3.2 Cómo intentó dejar las drogas.....	52

4.3.3 El adicto y la relación de parejas.....	54
4.3.3.1 <i>El adicto y la convivencia en parejas:</i>	55
4.3.3.2 <i>El consumo en la pareja del adicto.</i>	55
4.3.3.3 <i>Los hijos del farmacodependiente.</i>	56
4.3.3.4 <i>Número de hijos.</i>	58
4.3.3.5 <i>Hijos menores de 18 años</i>	59
4.3.3.6 <i>El consumo de drogas y el estado de salud.</i>	60
4.3.3.7 <i>Consumo y relación de pareja:</i>	61
4.3.3.8 <i>El consumo de drogas y la relación familiar:</i>	61
4.3.3.9 <i>Consumo de drogas y relación laboral:</i>	62
4.3.3.10 <i>Porcentaje de personas ingresadas al programa en el período de estudio.</i>	63
4.3.3.11 <i>Porcentaje de personas que han recaído una vez cumplido el tratamiento.</i>	64
4.4 Utilidad, Beneficios O Perjuicios De Las Acciones Realizadas Por El Programa.	64
4.4.1 Nivel de acceso cultural a los servicios de CAIMNHTO.	65
4.4.2 Nivel de acceso geográfico a la salud que proporciona el centro.	66
4.4.3 Nivel de acceso socio-económico de la institución para cubrir gastos por conceptos de servicios.....	67
4.4.4 Acceso a la familia.	69
4.4.5 Razones que exponen los pacientes, para justificar la mejoría o no de su relación familiar.	70
4.4.6 Participación de la familia en el tratamiento:.....	71
4.5 Carácter Endógeno Y Exógeno De Los Procesos Que Conducen A Resultados Favorables O Desfavorables.	75
4.5.1 Disponibilidad financiera.....	75
4.5.2 Beneficio de CAIMNHTO hacia su entorno.....	76
4.5.2.1 <i>Algunas razones por la cual la ubicación geográfica beneficia al centro:</i>	77
4.5.3 Participación de los entes exógenos en el desarrollo del programa.	78
4.6 Resultados O Efectos No Previstos Como Consecuencia De La Ejecución Del Programa.	79
4.7 Opinión De Los Usuarios Y No Usuarios Acerca Del Programa.....	79
4.7.1 Expectativas de los usuarios:	80
4.7.7.1 <i>Opinión del equipo clínico (operadores) en relación a las expectativas de los usuarios:</i>	81
4.7.7.2 <i>Nivel de satisfacción de los usuarios y no usuarios con relación al programa:</i>	82

4.7.7.2.1 Condiciones de la infraestructura desde la óptica de los terapeutas y directivos de CAIMNHTO.....	83
4.7.7.3 <i>Relación con los directivos, terapeutas y demás personal que labora en el programa.</i>	84
4.7.7.4 <i>Beneficios y servicios prestados dentro del Centro.</i>	85
4.7.7.5 <i>Ejecución del programa.</i>	87
4.7.7.6 <i>Responsabilidad por parte de directivos y terapeutas.</i>	88
4.8 Nivel De Implantación Del Programa En El Contexto Social En El Que Se Ejecuta.....	89
4.8.1 Existe relación programa-comunidad.	89
4.9 Aceptación Del Programa Social.	92
4.9.1 Calidad del servicio:.....	93
4.9.2 Trato que reciben los pacientes de las personas que laboran en CAIMNHTO.	97
4.9.3 Nivel de participación de los usuarios en la ejecución del programa:	99
4.9.4 Cambio de la situación problema que dio origen al programa.....	103
4.10 Eficiencia Del Programa De Rehabilitación Ejecutado Por El Centro De Atención Integral “Misión Negra Hipólita Terminal De Oriente”.....	107
4.10.1 Costos y beneficios del programa:	108
CAPÍTULO V.....	113
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	113
5.1 Conclusiones	113
5.2 Recomendaciones	115
BIBLIOGRAFÍA.....	117
ANEXOS	122

AGRADECIMIENTOS

Dedo agradecer a los beneficiarios del programa, quienes no dudaron en brindarme información acerca de su proceso de rehabilitación, esos que mantienen la esperanza de superar la adicción y reinsertarse nuevamente a la sociedad.

Al equipo técnico, quien fue “crítico” al momento de la entrevista, y quienes en ese interactuar aportaron elementos importantes que sirvieron para llevar a cabo esta investigación.

Un agradecimiento Especial a “Leo” quien estuvo pendiente y me apoyó moralmente, además fue incondicional al momento de prestarme los libros durante toda la carrera. La biblioteca fue un espacio para aprender, aprehender y compartir. Gracias Leo!

Al Lcdo. Cubillán con quien compartí largas horas de conversación, donde fueron múltiples los temas de discusión... realmente fueron enriquecedores!

Al Prof. Rodolfo Muñoz, quien en este tiempo, no sólo sirvió de asesor, fue un Amigo, un Compañero, un Apoyo...quien me enseñó el valor del esfuerzo... Gracias Profesor!

A la Lcda. Miriam Naranjo, quien me apoyó durante la realización de la tesis, la cual no escatimó esfuerzos en cederme horas de trabajo, para que me dedicará a la investigación, y quien entiende el valor que tiene el formarse! Gracias Lcda.!

Al “paisano Cabrera” quien la mayoría sacrificó horas de su trabajo para apoyarme con el traslado a CAIMNHTO. Gracias Paisano!

A todos Gracias..

DEDICATORIA

Principalmente a **Dios por su Amor y Fortaleza**, por haberme permitido alcanzar esta meta. **Gracias Dios!**

A alguien **muy Especial**, no es otra que mi **Mamá Luisa Moreno**, es una Bendición, ella que me ha acompañado en todo momento. **¡Te Amo Mamá!**

A mi **Abuelo Isidro Moreno** y **Abuela Juana de Moreno**, quienes mostraron mucha atención durante todo el trayecto de mi carrera, éste es uno de los logros que querían ver. ¡Aquí lo tienen!

A tres personas que son parte de mí, las cuales son muy especiales: mi **dos Hermanas Carla y Carola** y el nuevo integrante de mi familia **mi Sobrino “Andrecito”**. Que esto sirva de ejemplo para ustedes. “Los quiero Mucho”.

A quien durante toda mi vida ha sido un ejemplo a seguir, mi **tío Cristhian**, gracias por sus consejos, por estar allí!!! Le quiero!

A alguien que estos dos últimos años, me ha acompañado y apoyado mi **Novia Adriana**. Gracias por esta presente!!!

A mis tías “Beba”, “Isabelita”, “Gloria”, “Calena”, “Licha” y “Judith”.

A todos mis primos y primas. Primos(as) esto es parte del Esfuerzo!

A mis Amigos y hermanos: Marco, Nahum y Peruchín.

A la **Juventud Comunista de Venezuela**, la cual ha ayudado a mi proceso de Formación. Éste logro también es de ustedes Camaradas!

¡Esto es el principio... aún faltan muchos Logro

INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1. Distribución absoluta y porcentual de los usuarios reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO según la edad, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	40
Cuadro N° 2. Distribución absoluta y porcentual del nivel de escolaridad que poseen los usuarios reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	41
Cuadro N° 3. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al tiempo de consumo de estupefacientes por parte de los usuarios reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.....	43
Cuadro N° 4. Distribución absoluta y porcentual de los usuarios reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO según las sustancias consumidas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	44
Cuadro N° 5. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la sustancia de mayor impacto que han consumido los usuarios reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.....	46
Cuadro N° 6. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a los meses en el tratamiento que tienen los usuarios reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.....	47
Cuadro N° 7. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al mecanismo por el que llegaron los usuarios reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	49
Cuadro N° 8. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a los esfuerzos que hicieron los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, para superar la adicción a las drogas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.....	52
Cuadro N° 9. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a cómo hicieron los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, para superar la adicción a las drogas municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.....	53

Cuadro N° 10. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la existencia o no de pareja de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	54
Cuadro N° 11. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la convivencia de los adictos con sus parejas CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	55
Cuadro N° 12. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a si la pareja de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO son consumidoras o no, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	56
Cuadro N° 13. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a los hijos de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	57
Cuadro N° 14. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la cantidad de hijos que tienen los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	58
Cuadro N° 15. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la cantidad de hijos menores de 18 años que tienen los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.....	59
Cuadro N° 16. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a cómo influyó el consumo de drogas en los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	60
Cuadro N° 17. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a cómo influyó el consumo de drogas en la relación de pareja de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	61
Cuadro N° 18. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a cómo influyó el consumo de drogas en la relación familiar de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	62
Cuadro N° 19. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a cómo influyó el consumo de drogas en la relación laboral de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	63

Cuadro N° 20. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a el nivel de acceso cultural a los servicios por parte de los pacientes de la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.....	65
Cuadro N° 21. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a el nivel de acceso geográfico a la salud que proporciona la comunidad terapéutica CAIMNHTO a los pacientes, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	67
Cuadro N° 22. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al nivel de acceso socio-económico de la institución para cubrir gastos por concepto de servicios que proporciona la comunidad terapéutica CAIMNHTO a los pacientes, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	68
Cuadro N° 23. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la mejora de la relación familiar de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	69
Cuadro N° 24. Distribución absoluta y porcentual en cuanto por qué los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO consideran que su relación familiar ha mejorado, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	70
Cuadro N° 25. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la participación de la familia en el tratamiento, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	71
Cuadro N° 26. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a las formas de participación de la familia en el tratamiento ejecutado por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	72
Cuadro N° 27. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al por qué creen los pacientes que sus familiares participan en el tratamiento, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	72
Cuadro N° 28. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la participación de la familia en el tratamiento, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	73
Cuadro N° 29. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a los motivos para participar que tienen los familiares de los Pacientes, según la opinión del equipo técnico de CAHIMNTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	74

Cuadro N° 30. Motivos para participar que tienen los familiares de los Pacientes, según la opinión del equipo técnico de CAHIMNTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	74
Cuadro N° 31. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la disponibilidad financiera que posee CAIMNHTO para llevar a cabo el programa según los funcionarios, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	76
Cuadro N° 32. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al beneficio que genera el entorno donde se desarrolla el programa, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	77
Cuadro N° 33. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a por qué el entorno donde se desarrolla el programa beneficia al centro, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	77
Cuadro N° 34. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a qué esperan los pacientes del programa desarrollado por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	80
Cuadro N° 35. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a qué esperan los pacientes del programa desarrollado por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	81
Cuadro N° 36. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a las condiciones de la infraestructuras de CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	82
Cuadro N° 37. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a las condiciones de la infraestructuras de CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	83
Cuadro N° 38. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la relación de directivos, terapeuta y demás personal que labora en el programa llevado a cabo por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	84
Cuadro N° 39. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la relación de los pacientes con los directivos, terapeuta y demás personal que labora en el programa llevado a cabo por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	85

Cuadro N° 40. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la relación de los beneficios y servicios que brinda el programa llevado a cabo por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	85
Cuadro N° 41. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la relación a los beneficios y servicios que brinda el programa llevado a cabo por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	86
Cuadro N° 42. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la ejecución del programa llevado a cabo por CAIMNHTO según los usuarios, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	87
Cuadro N° 43. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la ejecución del programa llevado a cabo por CAIMNHTO según los operadores, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	87
Cuadro N° 44. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la responsabilidad por parte de directivos y terapeutas del programa llevado a cabo por CAIMNHTO según los operadores, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	88
Cuadro N° 45. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la existencia de relación programa-comunidad, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	89
Cuadro N° 46. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al por qué existe relación entre el programa y la comunidad, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	90
Cuadro N° 47. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la existencia de relación programa-comunidad, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	91
Cuadro N° 48. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al por qué existe relación entre el programa y la comunidad, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	92
Cuadro N° 49. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la calidad del servicio que brinda el programa a los pacientes, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	93

Cuadro N° 50. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al por qué de la calidad de los servicios prestados por el programa desarrollado por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	94
Cuadro N° 51. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la calidad del servicio que brinda el programa a los pacientes, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	95
Cuadro N° 52. Distribución absoluta y porcentual en relación a la percepción del usuario, cuanto a la calidad de los servicios prestados por el programa desarrollado por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	96
Cuadro N° 53. Distribución absoluta y porcentual de los usuarios en cuanto al trato que reciben por parte del personal que labora en el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.....	97
Cuadro N° 54. Distribución absoluta y porcentual de la opinión del equipo técnico en cuanto al trato que reciben los pacientes en el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.....	98
Cuadro N° 55. Distribución absoluta y porcentual de la opinión de los usuarios en cuanto al porqué del buen trato que reciben del personal que labora en el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.....	98
Cuadro N° 56. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la atención brindada a los pacientes en el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	99
Cuadro N° 57. Distribución absoluta y porcentual de los usuarios en cuanto a qué tanto conocen en la calle, el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	100
Cuadro N° 58. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a qué tanto conocen en la calle el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	101

Cuadro N° 59. Distribución absoluta y porcentual de la opinión del equipo técnico en cuanto a qué tanto conocen en la calle el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	102
Cuadro N° 60. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a qué tanto conocen en la calle el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	103
Cuadro N° 61. Distribución absoluta y porcentual de la opinión de los usuarios en cuanto a la contribución del programa que lleva a cabo CAIMNHTO en la disminución del problema de las drogas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	104
Cuadro N° 62. Distribución absoluta y porcentual de la opinión de los usuarios en cuanto a las razones por las cuales ha contribuido el programa en la disminución del problema de las drogas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	105
Cuadro N° 63. Distribución absoluta y porcentual del equipo técnico y directivos en cuanto a la contribución del programa que lleva a cabo CAIMNHTO en la disminución del problema de las drogas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	106
Cuadro N° 64. Distribución absoluta y porcentual del equipo técnico en cuanto a las razones por las cuales ha contribuido el programa en la disminución del problema de las drogas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.	106
Cuadro N° 65 Distribución General del Presupuesto de Gastos, 2008. “Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente”.	109

LISTA DE ABREVIATURA

C.A.I.M.N.H.TO	Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente.
CORDIPLAN	Oficina Central Coordinación y Planificación de la Presidencia de la República.
C.I.J, A.C	Centro de Integración Juvenil, Asociación Civil.
CONACE	Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.
F.M.N.H	Fundación Misión Negra Hipólita.
FEVITRAP	Federación Venezolana de Instituciones de Tratamiento y Prevención de Adicciones.
INCES	Instituto Nacional de Capacitación y Educación Socialista.
LOPNA	Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente.
M.I.N.C.I	(Ministerio del Poder Popular para la Comunicación e Información)
M.P.P.P.P.S	Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social.
MINPADES	(Ministerio de Participación y Desarrollo Social)
O.M.S	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización No Gubernamental.
ODD	Oficina contra la Droga y el Delito.
UDO-NS	Universidad de Oriente, Núcleo de Sucre.



Universidad De Oriente
Núcleo de Sucre
Escuela De Ciencias Sociales
Departamento De Trabajo Social

***EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
EJECUTADO POR EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MISIÓN NEGRA
HIPÓLITA TERMINAL DE ORIENTE (CAIMNHTO).
ESTADO MIRANDA, AÑO 2008.***

Autor: Franceschi M. Gerardo I.
Asesor: Prof. Rodolfo Muñoz

RESUMEN

La eficacia y la eficiencia determinan el éxito de todo programa, entendida la primera como el grado en el que se han alcanzado los objetivos propuestos, y la segunda como aquella que busca determinar cuan productivo y rentable ha sido la ejecución del programa. En tal sentido, la propuesta investigativa se propone evaluar la eficacia y eficiencia del programa de rehabilitación ejecutado por CAIMNHTO, para ello se realizó un estudio evaluativo, bajo una investigación de campo, donde se aplicaron tres instrumentos, los cuales fueron dirigidos a beneficiarios directos de programa, beneficiarios indirectos y al equipo terapeuta. Además, se recabó información bibliográfica a través de informaciones relacionadas con el tema. Una vez, procesada la información, la investigación arrojó como conclusión, la inexistencia de un programa de intervención terapéutica; lo cual ha causado la deserción de un número significativo de personas; por otro lado, hay que resaltar que a pesar de la improvisación del programa, el esfuerzo que hace el gobierno venezolano en dirigir una política que logre disminuir el problema generado por la adicción a las drogas lícitas e ilícitas, y las personas en situación de calle, es un hecho valorable debido a que pocos gobiernos a nivel mundial aportan parte de su ingresos a hacerle frente a este problema, el cual afecta a todos por igual.

Palabras Clave: Eficacia, eficiencia, evaluación y política social.

INTRODUCCIÓN

El proceso histórico venezolano se caracteriza por la secuencia interrumpida de condiciones adversas al desarrollo social, entre las cuales destaca la exclusión; visible en sus consecuencias inmediatas: pobreza, delincuencia, desnutrición y en los casos extremos la indigencia.

Ante este escenario, a partir del año 2003 el Estado venezolano ha puesto en marcha una política social focalizada hacia la lucha contra la exclusión, sirviéndose de un esquema innovador de gestión de proyectos sociales denominado *Misiones Sociales*, las cuales son definidas por el presidente Chávez (MINCI, 2006) como: *“Componentes fundamentales del nuevo Estado social de derecho, para incluir socialmente a los venezolanos a través del estudio, la capacitación y la organización, para así cancelar la deuda social adquirida por el Estado”*. (13) Es por ello, que éstas forman parte de un propósito explícito de política social que pretende superar los escollos típicos de la burocracia clientelar que impedía, desde el aparato tradicional del Estado, dar fluidez a los programas sociales.

Por otra parte, bien vale la pena resaltar que la intervención de los problemas sociales, no dependen exclusivamente de la intención u acción gubernamental, sino también del modo en que las comunidades se impliquen al nivel de corresponsabilidad, participando activamente en el diseño, ejecución, evaluación y contraloría social de los programas. Todo esto en consonancia con los preceptos constitucionales contemplados en el Art. 62 Cap. IV, de nuestra Carta Magna, la cual expresa:

La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo. Es

obligación del Estado y deber de la sociedad facilitar la generación de las condiciones más favorables para su práctica.

En aras de dar cumplimiento a lo establecido en la Constitución Bolivariana, se han realizado esfuerzos en la construcción de mecanismos y estrategias que permitan, de manera directa, la disminución de la pobreza, lo cual es una responsabilidad insoslayable del Estado, quien debe garantizar la elevación sistemática de los niveles de vida a la población, generando así Bienestar Social, a la ciudadanía, entendido éste como el “conjunto de leyes, por una parte, y los programas, beneficios y servicios que, por otra parte, se establecen para asegurar o mejorar y robustecer la provisión de todo aquello que se consideran las necesidades básicas para el bienestar humano y el mejoramiento social”. (Ander-Egg, 1974: 75) Aún cuando se presenta el desafío de superar las debilidades o nudos críticos de la política social, en cuanto a su formulación, ejecución, evaluación e impacto social como elementos básicos que orientan la eficiencia y eficacia de la misma.

En tal sentido, el gobierno nacional, creó en el año 2006 el Fondo Nacional Misión Negra Hipólita, actualmente “Fundación Misión Negra Hipólita”, institución social que tiene como objetivo

...la ejecución de los planes, programas y proyectos dirigidos a la atención y formación integral de todos los niños, niñas, adolescentes y adultos, con especial énfasis en aquellos que se encuentran en situación de calle, adolescentes embarazadas, personas con alguna discapacidad y adultos mayores en situación de pobreza extrema y sus familias de origen. (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Nº 38.776 de fecha 25 de Septiembre de 2007).

De esta forma, ha comenzado un proceso de redimensionamiento en la respuesta a los sectores vulnerables del país, transformando las acciones asistencialistas en acciones orientadas a construir el protagonismo de las comunidades, todo esto tras el objetivo de ir convirtiendo a los individuos en actores

sociales de su propio cambio, de modo que pueda producirse la inclusión y/o reinserción social de la población a la cual ésta atiende: Farmacodependientes, alcohólicos, discapacitados, entre otros.

Con el patrocinio de la Fundación Negra Hipólita se han creado una serie de centros de atención integral para personas socialmente excluidas y/o en extrema pobreza, entre los que se encuentra el “Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente” (CAIMNHTO), ubicada en el estado Miranda, dicho centro se focaliza en la reeducación de farmacodependientes y/o personas en situación de calle; con la intención de reinsertarlos a la sociedad, y de esa manera, puedan formar parte del proceso de desarrollo del país. Del mismo modo, hay que resaltar que dicho Centro pone en práctica un programa de tratamiento orientado a rehabilitar personas en situación de calle, que presentan problemas de conducta, adicción al alcohol o droga.

Por otra parte, la evaluación de los programas sociales es un requisito *Sine Qua Non* para su éxito en la ejecución, de hecho la actividad evaluativa es un momento estructural del proceso de intervención social, por cuanto la misma se ha de verificar en todas sus etapas.

En tal sentido, con el propósito de valorar la eficiencia y eficacia del programa de rehabilitación, que a través de CAIMHNTO adelanta la Fundación Misión Negra Hipólita, se llevó a cabo propone abordar el proceso investigativo, cuyos resultados están estructurados de la siguiente forma:

Capítulo I: Planteamiento del Problema, Objetivos (General y Específicos) y Justificación.

Capítulo II: Marco Teórico: Antecedentes de la Investigación y Bases Teóricas, Operacionalización de Variables.

Capítulo III: Marco Metodológico: nivel de investigación, diseño de la investigación, ubicación espacio-tiempo, universo, criterios de selección, muestra, instrumentos y técnicas de recolección de información, confiabilidad y validez de los datos.

Capítulo IV: Resultados.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento Del Problema

En Latinoamérica como en Venezuela, el modelo de desarrollo capitalista influyó de modo determinante en el diseño, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas; donde la unilateralidad normativa de las mismas fueron contradictorias a la realidad, ya que estaban en contraposición a las necesidades de estos países. En tal sentido, los gobiernos de los Estados Latinoamericanos adoptaron una visión pragmática en la manera de formular y evaluar las políticas sociales; excluyendo a la gran mayoría de la toma de decisiones respecto a los problemas que les competen. Una parte importante de la evaluación es la determinación de la eficacia y eficiencia del programa, la eficacia entendida según Aguilar y Ander-Egg (1994:49) como el “grado en que se han conseguido las metas y objetivos propuestos mediante la realización de actividades y tareas programadas” y la Eficiencia como aquella que consiste en “determinar el índice de productividad o rentabilidad del programa”, estas constituyéndose en aspectos fundamentales para garantizar el éxito de dichas políticas.

Siguiendo a González (1996) la Política Social debe ser entendida como “la acción gubernamental dirigida a satisfacer necesidades específicas de la población que suele agruparse bajo las categorías de sociales, es decir; salud, educación, viviendas, seguridad social, entre otras” (s/p), desde esta perspectiva en América Latina, la política social ha venido dando respuestas de tipo coyuntural; paliativas, paternalistas y/o asistencialistas; dejando de lado la resolución de los problemas estructurales subyacentes, lo que ha servido de obstáculo, para que se garantice el mínimo de bienestar a la población.

En este escenario, la realidad venezolana, se ha visto determinada por el factor político. Por ello, la política social en Venezuela, se ha desvirtuado en prácticas clientelares, tal como lo expresa España (2000), estas políticas fueron:

...pensadas para transitar de un país rural y homogéneo en las necesidades de la población, a uno moderno y heterogéneo, sin que mediaran transformaciones de diseño y forma de implementación significativa. El cambio de contexto sin el cambio en la política, hizo que en lo social “todo fuera prioritario o todo tuviera cabida”, con lo cual el único criterio de asignación a privilegiar fue el poder político de quien demandara bienes y servicios del sector... (70)

En esa etapa de la historia del país, el Estado tuvo un rol importante por su condición de ente rector, en la redistribución de los ingresos y responsable por los derechos ciudadanos, y es que en Venezuela se planificó formalmente el desarrollo desde la promulgación del primer Plan de La Nación en 1960, por medio del órgano gestor de los planes que para ese momento fue la Oficina Central Coordinación y Planificación de la Presidencia de la República (CORDIPLAN). Sin embargo, las políticas emanadas de esta institución generalmente estaban divorciadas de las necesidades y especificidades de las regiones, es decir, no obedecían a las realidades de las mismas, y por ende se continuó con la práctica excluyente que se venía dando en el continente en la forma de diseñar las políticas gubernamentales. Cabe considerar por otra parte, la manera aislada de hacer política social y el enfoque paliativo para solventar las necesidades, que condujo a parcialidades y a un total centralismo; el cual seguía líneas clientelares, donde sólo tenían inherencia los sectores sociales y políticos encargados de diseñar las políticas públicas, lo que se reflejó posteriormente en el incumplimiento de los objetivos sociales deseados.

Sin embargo, en los últimos nueve años, con la ascenso al poder del presidente Chávez, comienza un proceso de replanteamiento de la política social en

Venezuela, la cual va redireccionada y orientada a aquéllos sectores del país que viven con necesidades básicas insatisfechas, es decir, a los estratos más pobres de la población, quienes por mucho tiempo vivieron al margen de los beneficios y garantías sociales, ahora consagradas constitucionalmente. En tal sentido, se configura una política dirigida a este sector por medio del Fondo Nacional Misión Negra Hipólita, hoy en día con nueva personalidad jurídica como Fundación, está bajo las directrices del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013, direccionado desde su eje social, el cual en unos de sus lineamientos busca fomentar la justicia social y la incorporación progresiva a la sociedad de estas personas, es decir, incluirlos a la participación activa en el desarrollo del país.

Es por ello, que enmarcado en el criterio humanista es notable el esfuerzo por parte del Estado en accionar y formular políticas y programas que vayan en pro de disminuir la pobreza extrema en el país, obedeciendo a esta directriz se crea el Fundación Misión Negra Hipólita, la cual se define como:

...un esfuerzo convergente de la revolución bolivariana, orientada a derrotar la peor de las exclusiones: la de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres en situación de calle, que viven fuera de su hogar; de la misma forma, procura superar la idea de atención bajo la tutela de Estado, donde se contaba con internaciones que constituían verdaderas privaciones de libertad, enfocando el trabajo de resocialización de las personas en situación de abandono, a partir de una reingeniería solidaria de sus familias de origen, como el espacio fundamental para su desarrollo integral. (MPS: 2008)

De este modo la Fundación Misión Negra Hipólita direcciona proyectos y programas dirigidos a la población vulnerable, con el fin de dignificarlos y garantizar su bienestar social, para así brindar herramientas (capacitación, desintoxicación, entre otros) para su reinserción social, bajo parámetros socio-productivos, permitiéndoles ser útiles a la sociedad. En tal sentido, dicha institución ejecuta actualmente una serie

de programas sociales, con la intención de reivindicar los derechos de los ciudadanos excluidos, entre los que se encuentran: Becas Simón Rodríguez, Sembrando Vida, entre otros. También hay que resaltar, los Programas de Rehabilitación y Reinserción Social llevadas a cabo por los centros de atención integral adscritos a la Fundación. Estos centros responden a las necesidades de atención de los ciudadanos con problemas de adicción, los cuales ameritan tratamiento especializado.

Un caso demostrativo de lo expuesto anteriormente, lo constituye la población que actualmente se encuentra sometida a tratamiento en la comunidad terapéutica creada por la Fundación Negra Hipólita en las adyacencias del Terminal de Oriente ubicado, en el Municipio Sucre del estado Miranda. Dicho centro tiene por nombre: “Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita” (CAIMNHTO). En el marco de este programa, se sometió a un grupo de Doscientas (200) personas a un proceso de captación, desintoxicación y rehabilitación. En la actualidad, se considera que un número significativo de sujetos que participaron de esta experiencia han sido reinsertados exitosamente a la sociedad. Sin embargo, surgen incógnitas relacionadas con la eficacia y eficiencia de dicho programa. Preguntas que surgen al evidenciar tasas de deserción y recaídas presuntamente elevadas, no obstante, no se cuenta con indicadores que permitan demostrar la veracidad de esta percepción de los operadores de esta comunidad terapéutica.

Según entrevistas preliminares del investigador a directivos, tanto de Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social (MPPPPS) y CAIMNHTO, se pudo conocer la inexistencia de indicadores de gestión, como también la no evaluación objetiva del programa, que de cuenta de su eficacia, entendida como: la consecución de los objetivos que persigue CAIMNHTO; la modificación de la situación de los usuarios o beneficiarios que pertenecen al programa; la utilidad y beneficios de las acciones emprendidas dentro del programa y, si los resultados del programa de rehabilitación obedecen a los procesos alternativos

datos fuera del mismo, entre otros. Así como también, permita medir la eficiencia, en términos de: los costos proyectados y costos producidos por el programa de rehabilitación implementado por CAIMNHTO; costos de que los servicios y beneficios del programa lleguen a los usuarios potenciales; asimismo que se pueda corroborar el uso eficiente de los recursos asignados al programa comparados con otros programas, entre otros.

Justamente es a partir de esta preocupación que surgen las interrogantes que constituyen el punto focal de partida de la presente propuesta investigativa, las cuales son las siguientes:

¿Cuáles son los indicadores que pudiesen ser usados para valorar el programa, en términos de su eficacia y eficiencia? ¿Los programas que ejecuta el Centro de Atención Integral “Misión Negra Hipólita” Terminal de Oriente están logrando las metas y los objetivos propuestos? ¿Los resultados obtenidos hasta el presente son los esperados o deseables en función de la inversión realizada?.

1.2 Objetivos

1.2.1 General:

Evaluar la eficacia y eficiencia del programa de rehabilitación ejecutado por el Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente (CAIMNHTO). Estado Miranda, año 2008.

1.2.2 Específicos:

- 1 Determinar la eficacia del programa de rehabilitación ejecutado por el Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente

(CAIMNHTO), siguiendo los parámetros establecidos por Aguilar y Ander-Egg (1994):

- a) Efectividad en relación a la consecución de los objetivos que se persiguen.
- b) Modificación de la situación de los usuarios o beneficiarios del programa.
- c) Utilidad, beneficios o perjuicios de las acciones realizadas.
- d) Carácter endógeno y exógeno de los procesos que conducen a resultados favorables.
- e) Resultados o efectos no previstos como consecuencia de la ejecución del programa.
- f) Opinión de los usuarios y no usuarios acerca del programa.
- g) Nivel de implantación del programa en el contexto social en el que se ejecuta.
- h) Aceptación del programa social.
- i) Cambio de la situación problema que dio origen al programa.

2 Determinar la eficiencia del programa de rehabilitación ejecutado por el Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente (CAIMNHTO), siguiendo los parámetros establecidos por Aguilar y Ander-Egg (1994):

- a) Costos proyectados, costos producidos causados realmente.
- b) Costos de los servicios y beneficios del programa.
- c) Uso de los recursos en comparación a otros usos alternativos.
- d) Relación existente entre los resultados finales y el esfuerzo realizado, dinero, recurso y tiempo.
- e) Productividad o rendimiento del programa, relación insumo producto.
- f) Relación entre tiempo, productividad y costo del programa.

- g) Relación entre costos y resultados efectivos
- h) Alcance de los mismos resultados de una manera más económica.

1.2 Justificación

Las Fundación Negra Hipólita surge con el propósito de dar respuestas a la problemática que aqueja a la población excluida, es decir, niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos en situación de calle, quienes los beneficios de la política social no les han alcanzado, por ende se encuentran en estado de vulnerabilidad social en comparación con el resto de la población. Ante este escenario, el gobierno nacional ha implementado programas y proyectos direccionados ha incluir socialmente a estos ciudadanos, sin embargo en medio de su ejecución han estado presentes nudos críticos, problemas vinculados con su eficiencia y eficacia, por lo que es pertinente su identificación, evaluación y corrección.

De allí, la importancia del objeto de estudio de la presente investigación: eficacia y eficiencia del programa de rehabilitación que ejecuta el Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente. En tal sentido, hay que resaltar la trascendencia de esta investigación en cuanto aporta elementos que de ser tomados en cuenta contribuirían al mejoramiento de los programas implementados por los centros que forman parte de la Fundación Misión Negra Hipólita.

Esta investigación ha permitido desarrollar una nueva visión en torno a cómo debe concebirse la valoración de la calidad del programa CAIMNHTO y el cumplimiento de las metas y los resultados obtenidos. Además brinda una evaluación honesta de la institución, la cual posibilita la vinculación de las experiencias de los rehabilitados con el proceso y el equipo de rehabilitación; enriqueciendo la revisión de la experiencia, con miras a la optimización de sus procedimientos.

Al mismo tiempo, la experiencia investigativa ha permitido al investigador aplicar un cúmulo de conocimientos teórico-metodológicos que le ayudaron a acceder a la recolección de información de manera directa con el objeto de estudio, lo que sirve de fortalecimiento a venideros procesos investigativos. Asimismo, en el plano académico este trabajo constituye un punto de partida para posibles investigaciones futuras.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Los programas sociales en Venezuela representan una de las alternativas creadas por el gobierno nacional, para dar respuestas que contrarresten los efectos de los problemas sociales que presenta la población, entre los que se encuentran por ejemplo: la indigencia, la pobreza, la prostitución, entre otros. Considerándose ante este escenario, elementos, tales como: la eficiencia y eficacia de dichos programas a la hora de su ejecución, con la intención de generar el impacto esperado en la sociedad.

En tal sentido, son muchas las investigaciones realizadas en torno a la eficacia y eficiencia de los programas sociales, a este respecto en el ámbito internacional se encontró la siguiente investigación **Fernández, José y Secades Roberto (1999) en su publicación en la revista Psicothema: La Evaluación de Programas de Tratamiento para Drogodependientes en España. (España).** La cual buscó valorar los programas de tratamiento para Drogodependientes en España, los mismos concluyeron que a lo largo de los últimos años se ha asistido a una rápida proliferación de programas asistenciales para drogodependientes en España. En este momento, existe un acuerdo entre la mayoría de los profesionales acerca de la necesidad urgente de desarrollar estudios de evaluación de la eficacia de este tipo de programas, con el fin de poder efectuar una correcta planificación y toma de decisiones.

En el mismo orden de ideas se encuentra: **Neirotti, Nerio (2000) en su ponencia presentada en el V Congreso del CLAD, Reflexiones sobre la Práctica**

de la Evaluación de Programas Sociales en Argentina (1995-1999) (Argentina) la misma se planteó analizar las prácticas de evaluación de programas de la administración pública nacional orientado a resolver problemas de pobreza y vulnerabilidad social en Argentina, entre 1995 y 1999. Donde concluyó que, los estudiosos de la evaluación coinciden en que el propósito de la misma es indagar, investigar, en suma, generar conocimiento y aprendizaje para valorar la intervención que se hace con el objeto de transformar la realidad social. En tal sentido, debe producir información sobre los efectos, los impactos y la implementación, como así también sobre los procesos de planificación. Pero advierten que el conocimiento y el aprendizaje deben ser útiles, es decir, que deben estar al servicio de la toma de decisiones y, en consecuencia, que sus conclusiones tienen que ser válidas y deben ser entregadas a tiempo.

De igual forma, encontramos dentro la perspectiva nacional, investigaciones como la de **Matos, Ruth (2005) en su publicación en la Revista de Ciencias Sociales, Enfoques de Evaluación de Programas Sociales: Análisis Comparativo.** La misma planteó realizar un análisis comparativo entre diferentes enfoques teórico-prácticos de evaluación de programas sociales, con la finalidad de identificar los criterios de evaluación de cada autor y sus principales características, concluyéndose que el análisis comparativo, en el enfoque manejado por Aguilar y Ander-Egg y Ballart, privan los criterios del modelo clásico de evaluación por objetivos, ya que los criterios que prevalecen se relacionan con el cumplimiento efectivo de lo programado, y la racionalidad en el uso de los recursos para el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas. A pesar que los autores antes expuestos, a lo largo de su trabajo destacan la importancia de la evaluación como proceso de intervención social, la separación que se realiza de los momentos más adecuados para realizar la evaluación (antes, durante, después) llevan a concluir que aún cuando introducen la evaluación de ejecución de programas, la evaluación es concebida como una fase o

etapa de la planificación, que se inicia y culmina en la misma etapa en la cual se está realizando, lo que conlleva a una visión parcializada y estática del proceso.

Del mismo modo, se encontró a **García, Juan (2007), en su Tesis de Grado Estudio Evaluativo sobre la incidencia social del programa de salud Misión Barrio Adentro (Subprograma I), en el Sector de Venado a Tabitas N°188. Parroquia Santa Teresa. Caracas, Dtto. Capital.** Ésta tuvo como objetivo Analizar el impacto social que ha tenido el programa de salud Misión Barrio Adentro, consultorio Médico Popular de la Parroquia de Santa Teresa, con fines evaluativo y su relación con la atención y servicios prestados a los pacientes que allí actualmente asisten. De la misma se derivó como conclusión, que la incidencia del programa de salud de la Misión Barrio Adentro ha sido positiva, no sólo dentro de la comunidad sino también para el resto de las comunidades de los distintos estados de país; según los especialistas entrevistados, se consideraron que con la incorporación de los medios cubanos se establece el sentido humanitario y no mercantilista a la atención médica integral para la población.

En el mismo orden de ideas, encontramos a **Bravo, Neubys y Hernández, Edilger, en su Tesis de Grado: Evaluación Diagnóstica de las Estrategias en Salud del Programa de Donaciones de la Oficina de Presidencia de Petróleos de Venezuela, S.A en el año 2006,** la cual tuvo como objetivo evaluar las Estrategias en Salud del Programa de Donaciones de la Oficina de Presidencia de Petróleos de Venezuela, S.A; concluyéndose que el programa de donaciones presenta debilidades en cuanto al proceso de solicitudes, además de la limitación que existe en el proceso que lleva la donación dentro de la estructura organizativa de Petróleos de Venezuela S.A. Tales como: la existencia de casos médicos que aún perteneciendo al ejercicio fiscal y al presupuesto del año 2006 no habían sido ejecutados, lo cual redujo de manera sustancial la población beneficiaria.

En el plano local, se encontró a **Marengo, Cristina y Meléndez, Norelkys, en su Tesis de Grado: Evaluación de la Ejecución de la Medida Socio-educativa, servicio a la Comunidad en los Municipios Carrizal y Guaicaipuro del Edo. Miranda 2004. (Artículo 625 de la LOPNA)**, la cual buscó evaluar la ejecución de la medida a la comunidad contemplada en el Artículo 625 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescentes. Concluyéndose que en los Municipios Carrizal y Guaicaipuro se está ejecutando la medida de servicio a la comunidad desde el año 2000, este proceso no está garantizando los derechos a los adolescentes en conflictos con la ley penal ni los principios de la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescentes. Por cuanto: a) No existe el programa socioeducativo que oriente la ejecución de las estrategias inherentes a esta medida y b) No se ha creado la entidad municipal que se responsabilice de la ejecución de la misma, de acuerdo a los trámites administrativos que establece la LOPNA.

Asimismo, encontramos a **López, Rogelio en su Tesis de Grado: Evaluación de las Estrategias de Atención Primaria en Salud que se Desarrollan en la Comunidad del Barrio el Cerrito Parte Alta. Parroquia Petare. Estado Miranda, para el Segundo Semestre del 2007.** Ésta tuvo como objetivo Evaluar las Estrategias de Atención Primaria en Salud que se Desarrollan en la Comunidad del Barrio el Cerrito Parte Alta. Parroquia Petare; la misma concluyó con la construcción de un plan de acción que responda a las debilidades encontradas en la investigación para la mejora de la atención primaria en salud de la comunidad, acotando que el plan propuesto no significa que es el único que puede aportar herramientas para la solución de dichas fallas; sin embargo; se recomendó su implementación, ya que se consideró que permitiría optimizar el funcionamiento del módulo de Misión Barrio Adentro existente en el sector.

2.2 Bases Teóricas

La investigación se nutrirá de la discusión y ampliación de los siguientes temas:

2.2.1 Políticas Sociales: De los Programas Sociales a las Misiones.

La Última década del siglo XX representó para Venezuela una etapa de retroceso a lo que a política social se refiere, ya que la aplicación de ajustes económicos, caracterizada por la política neoliberal trazada por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), desató una crisis profunda que desembocó en la exclusión de vastos sectores de la sociedad venezolana, en particular los más pobres, ampliando así la brecha en relación a la desigualdad, debido a que éstos comenzaban a padecer los embates de la puesta en marcha de restricciones de la política social, la cual se aislaba progresivamente de la realidad del país; cercenándose de esa manera los derechos sociales adquiridos y poniendo en evidencia el desmantelamiento de los beneficios sociales de cada uno de los venezolanos.

En ese sentido, Maigon (2004) concibe que la

...función principal de la política social es la reducción y eliminación de las inequidades a través de la redistribución de los recursos, servicios, oportunidades y capacidades, es decir, todas aquellas actividades que contribuyen a la salud, educación, asistencia pública, seguridad social y vivienda de la población, y también aquellas que afectan, en general, la redistribución y distribución del ingreso y las dirigidas a construir y conservar el capital social... (Pág. 49)

Lo expuesto anteriormente por la autora, es la contraparte de las medidas implementadas por el gobierno de Carlos Andrés Pérez a finales del siglo XX, precisamente en esa etapa de estancamiento de Venezuela, en relación a política social, trayendo como consecuencia el incremento en el deterioro de la calidad de vida de grandes sectores de la sociedad. Ante este escenario D'Elia (Citada Por Maigon, 2004)

...define el modelo de la política social implementada en los años noventa como focalizado/compensatorio. Ello tuvo como expresión la minimización de la funciones del Estado en lo social, dejando que el mercado definiera las reglas y dirigiera el acceso a la riqueza y al bienestar. La fundación del Estado se redujo a compensar, mediante subsidios directos canalizados a través de diferentes programas sociales, el impacto causado por los ajustes macroeconómicos, para ello era necesario identificar a los grupos pobres y poblaciones vulnerables que serían los beneficiarios directos de estos programas compensatorios...(Pág. 54)

Es decir, el planteamiento neoliberal que se implementó para ese momento en Venezuela dejó de lado la intervención del Estado, en el búsqueda de dar respuestas a las demandas sociales de la población excluida, y ponía de manifiesto las bondades del mercado en el sentido de que éste se encargara de solventar las problemas de los ciudadanos; sin embargo, en la práctica fue un fracaso la adopción de éste tipo de medida, ya que fue en desmedro de los intereses de la mayoría de los venezolanos, lo cual se reflejó en el incremento de familias en situación de pobreza, el incremento de desempleo y el sector informal. De la misma manera, hay que destacar que esta visión pragmática supeditó la acción del Estado a las acciones del mercado, lo cual tuvo una repercusión directa en el sentido de no ver la política social como un hecho universal, sino que se reducía sólo a una población específica.

Asimismo, Maigon (2004) resalta que la

...década de los 90 se caracterizó por una redefinición de la política social; la cual frente al incremento de la escasez de recursos, ésta fue reducida a planes específicos centrados en el combate directo a la pobreza, y destaca el énfasis expreso del Estado en la legitimación de la estrategia de la focalización como criterio para lograr una mayor eficiencia del gasto social y una mejor identificación de los sectores más pobres y necesitados de protección, los que en definitiva se convertirían en los beneficiarios del programa. (Pág. 53)

Lo que se tradujo, en definitiva en el desmejoramiento de la calidad de vida, la desigualdad y la exclusión social sufrida por los sectores de bajos recursos del país;

cabe señalar que, esto puso en evidencia la ineficacia e ineficiencia del Estado, el cual no logró cubrir por medio de sus instituciones las expectativas de los venezolanos.

En tal sentido, en 1999 comienza un nuevo capítulo en lo social para Venezuela con el ascenso al poder de Hugo Chávez, el cual impulsa un proceso reivindicativo de los derechos de los venezolanos, a través de la promulgación de una nueva carta magna, la cual establece los nuevos lineamientos políticos, jurídicos, sociales e institucionales que regirán la creación de un nuevo proyecto de país. Tal como lo señala Maigon (2004):

...el sistema político se define como democrático-participativo y protagónico; los derechos sociales se amplían a nuevas áreas de la vida social y se incorporan nuevos sujetos; la función del Estado se redefine y establece que será éste el que ejercerá el rol principal en cuanto a la garantía de los derechos sociales; y se introduce el principio de corresponsabilidad de las familia y de la sociedad con igual obligación de cumplir deberes para asegurar cabalmente el ejercicio de estos derechos. (Pág. 54)

Esto pone de manifiesto, el reconocimiento de una manera amplia de los derechos que les corresponden a los ciudadanos, bajo una perspectiva de corresponsabilidad entre Estado y Comunidad, estrechándose, de esa manera, los vínculos entre éstos, lo cual llevaría al fortalecimiento de sus relaciones; de la misma manera, creándose una nueva visión de la política social la cual incida en dar respuestas más eficientes, y que al mismo tiempo, conlleve al desarrollo social, económico, político y cultural de la población.

Un aspecto importante, en cuanto a la nueva forma de ver la cuestión social, visto desde la Constitución Nacional de 1999, lo plantea D' Elia (Citada por Maigon, 2004) cuando establece tres elementos que caracteriza la acción social del Estado:

- *La construcción de una ciudadanía de contenido social* fundamentada en la universalidad de los derechos sociales, esenciales para elevar la calidad de vida, y en el reconocimiento de los sujetos de estos derechos sin ningún tipo de discriminación.
- *La búsqueda de la equidad como objetivo supremo del ordenamiento económico y social*, para hacer efectiva la universalización de los derechos y una justa distribución de la riqueza.
- *El rescate de lo público como espacio para ejercicio de una verdadera democracia*, que deberá sustentarse en la participación protagónica de todos en función del interés de todos.

Todo ello, obedece a la necesidad que tenía el gobierno de Chávez de satisfacer las demandas sociales existentes en la población, específicamente aquellos sectores que fueron sometidos a la desigualdad, exclusión social y marginalidad por los gobiernos anteriores. Al mismo tiempo, puede considerarse que estos tres elementos van a direccionar el nuevo enfoque de la política social de Venezuela.

En tal sentido, hay que destacar que la primera acción del Estado para hacerle frente a las demandas del pueblo venezolano, fue la implementación del Plan Bolívar 2000, el cual comprendía, según Maigon (2004):

...un conjunto de actividades definidas como de asistencia pública, en las que se incluyen acciones de mejoramiento, recuperación y/o construcción de viviendas, de infraestructura educativa, de atención ambulatoria en salud, reorganización del sistema de salud pública con énfasis en la atención primaria, apoyada en la organización comunitaria de la población, y un programa de empleo rápido, así como acciones de beneficencia en las comunidades de pobreza crítica y extrema, que incluyen suministros gratuitos de alimentos y de implementos básicos. (Pág. 57)

Lo que significa, que desde éste programa se impulsó una alianza cívico-militar con el fin de que la Fuerza Armada Nacional ejecutara los programas vinculados a dicho plan, lo que buscaba principalmente la reivindicación de los más necesitados. Sin embargo, en muchos de los casos no se lograron los objetivos que se habían planteados con su creación, debido a que en su ejecución prevaleció la inexistencia de articulación interinstitucional entre los organismos nacionales, regionales y municipales.

Pese al comentario anterior, el gobierno de Hugo Chávez ha seguido afianzando esfuerzos importantes en la profundización de los derechos de los venezolanos, tanto así que la política social llevada a cabo por dicho gobierno, ha mantenido como norte transformar la calidad de vida y, al mismo tiempo, satisfacer las necesidades insatisfechas, de modo que se puedan reducir a su mínima expresión la inequidad social. En ese sentido, en el país se han venido configurando nuevas estrategias de cómo atacar los embates de la pobreza, emergiendo de esta forma, iniciativas para luchar contra el analfabetismo, de la misma manera, surgen mecanismos dirigidos a incluir socialmente a las personas en el sistema de educación básica y superior; asimismo, garantizar el acceso de la población a la salud, alimentación, seguridad social y el empleo.

De esta manera, el gobierno en el año 2003 crea las Misiones Sociales, las cuales representan el mayor esfuerzo público que haya conocido la nación para enfrentar corresponsablemente las necesidades del pueblo venezolano, como medio para garantizar su plena incorporación al desarrollo local y nacional. (MINCI, 2005), es decir, que las misiones se han constituido en un elemento importante de la política social en Venezuela, generando cambios significativos en la social, económico, político y cultural. Incluyendo de esta manera a grandes sectores del país que permanecían en un estado exclusión social. Es por ello, que podemos decir que la creación de las misiones sociales, surgen con el firme propósito de llegar

masivamente a todos los venezolanos, en aras responder a las múltiples necesidades de la población.

Es importante destacar; que las misiones se han convertido en la punta de lanza del gobierno de Hugo Chávez, transformándose en el brazo ejecutor de la política social. Entre las misiones creadas por el gobierno destacan las siguientes: en lo educativo (Misiones Robinson, Ribas y Sucre), Cultura; en la salud (Misiones Barrio Adentro, Milagros y Negra Hipólita), en cuanto a hábitat y vivienda (Misión Hábitat). Todo ello corresponde, a la nueva acción social del Estado venezolano con el fin reivindicar los derechos de cada uno de los ciudadanos.

Sin embargo, se ha podido observar que en muchos de los casos predomina la improvisación de la política social; la cual ha llevado a la fragmentación de la misma y además de esto, una de las debilidades que ha sido una constante en la política social venezolana en la inexistencia de seguimiento y evaluación.

2.2.2 Evaluación de Programas Sociales: Evaluación de Eficiencia y Eficacia.

La evaluación se constituye en un elemento importante para determinar la eficacia y eficiencia en el proceso (antes, durante y después) de ejecución de los programas sociales, ya que le permite al ente ejecutor medir en cuánto se han alcanzado los objetivos y las metas de los mismos. Es por ello, que Aguilar y Ander-Egg (1994: 18) definen la evaluación como:

...una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante, en que apoyar un juicio acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa(tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución), o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán, con el propósito de producir

efectos y resultados concretos comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado, de forma tal, que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción, o para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados.”

En tal sentido, debe resaltarse el rol trascendental que juega la evaluación para alcanzar el éxito de los programas sociales, ya que su correcta implementación repercutirá en la corrección de las debilidades presentes en la ejecución de los programas. Tomando en consideración lo antes expuesto, hay que destacar, que uno de los principales problemas que afecta la efectividad de la gestión social está constituido por la carencia de información relevante, actualizada y oportuna que sirva de apoyo a los procesos decisorios. (Cohen, 1994:3), lo que indica, que la falta de evaluación de los programas acarrea desconocimiento en relación al desempeño del mismo; como también, la ignorancia que se genera en torno al impacto que éste produce en la población. Es por ello, que la evaluación de los programas sociales, debe plantearse como un hecho insoslayable que permita avanzar en la compilación de información que sea utilizada por los actores involucrados en la ejecución de los programas como un proceso de retroalimentación.

Como parte de lo antes dicho, la evaluación ayuda a que los programas sean más eficientes y más eficaces en la medida en que los entes ejecutores tomen los correctivos pertinentes, debido a que los principales problemas derivados de la consecución de los objetivos de los programas tiene que ver con los elementos antes mencionados; Aguilar y Ander-Egg (1994:49) definen la eficacia como el “grado en que se han conseguido las metas y objetivos propuestos mediante la realización de las actividades y tareas programadas” y la eficiencia como aquella que “consiste en determinar el índice de productividad o rentabilidad del programa”; es decir, que la evaluación de estos dos aspectos, representa un hecho imprescindible, ya que permite contrastar las debilidades y fortalezas presentes en la puesta en marcha de los

programas. Por tal motivo, aumentar los niveles de eficiencia y eficacia debe constituir una constante en la superación de escollos en los programas sociales.

Para concluir, hay señalar que la evaluación de los programas no es un hecho aislado, donde sólo participa un actor específico; bien sea exógeno y/o endógeno, sino también que están involucrados otros actores, tales como: ejecutores del programa, comunidad, beneficiarios directos e indirectos; los cuales aportan juicios de valor importante que enriquecen la percepción en cuanto a la accesibilidad, calidad, rentabilidad del programa, entre otros; es decir, una visión sobre eficiencia y eficacia del mismo; de tal manera que, la importancia de la participación de los actores sociales radica fundamentalmente en la incidencia que tiene ésta en el logro objetivos planteados en el programa.

2.2.3 Rehabilitación y reinserción social: las comunidades terapéutica como alternativa de tratamiento a la farmacodependencia:

La adicción a las sustancias psicoactivas se ha venido acentuando en las sociedades, hasta el punto de convertirse en un problema de salud pública que no discrimina sexo, educación, posición social, etc; sino que afecta a personas de todos los sectores de la población. Visto de esta forma, el Estado como garante de la salud y de los derechos de los ciudadanos está en el deber de propiciar la creación y/o el fortalecimiento de mecanismos eficaces para la superación de los problemas derivados directa e indirectamente del consumo de estupefacientes. Sin embargo, no debe perderse la perspectiva del problema de las drogas como una sinergia transcompleja de elementos psicológicos, sociales, familiares y médicos. Desde la comprensión del problema de la farmacodependencia como fenómeno complejo es posible articular diversas instancias, tanto públicas como privadas, reivindicando además el papel y el esfuerzo trascendental que debe jugar la comunidad.

Por ende, la comprensión de la drogodependencia como problema social tiene su asidero en el carácter extendido de dicho fenómeno, el cual deja sentir su impacto negativo en todo los estratos de la sociedad; razón por la cual se le considera un problema de salud pública. En consecuencia, la población espera que el Estado ejecute programas eficaces que mitiguen los problemas vinculados con la adicción, lo cual logre repercutir en la rehabilitación y reinserción social de los adictos. Ante esto, las comunidades terapéuticas representan una alternativas a la superación de la adicción, ya que éstas nacen con el firme propósito de brindar tratamientos en drogodependencia, lo cual puede definirse "...como una gama de intervenciones, estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole, causados por el abuso y/o dependencia de drogas, y aumentar u optimizar el desempeño personal y social que ayuden al farmacodependiente". (CONACE, 2004:9) Es decir, que el tratamiento va a estar orientado a suspender y reducir el uso de sustancias psicoactiva, y a su vez las consecuencias negativas para la salud, la familia y la sociedad.

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que son pocos los países, "que están dispuestos a implementar programas que mitiguen el problema de las drogas, ya que la mayoría son escépticos acerca de la eficacia de los tratamientos del abuso de sustancias y la mayoría de los gobiernos ponen en duda que "valga la pena" ofrecer tratamiento." (ODD, 2003), lo que indica que Venezuela es uno de los pocos países que aporta una cantidad importante de sus recursos económicos para hacerle frente a los problemas generados por el consumo de sustancias psicoactivas.

Como parte de lo antes dicho, hay que insistir en la importancia que tienen las comunidades terapéuticas, en la ejecución de tratamientos, debido a que

...el objetivo de la intervención terapéutica desde el enfoque biopsicosocial, es el de propender al mejoramiento de la calidad de vida de la persona con problemas asociados al consumo de drogas, así

como a apoyarla en una reinserción social, familiar y laboral y en la construcción de un estilo de vida alternativo, otorgándole igual importancia a cada uno de los componentes de la tríada (droga-sujeto-contexto) y enfatizando la intervención en el proceso terapéutico, de acuerdo a las necesidades de cada persona. (CONACE, 2004:24).

Es decir, que éstas comunidades deben promover cambios significativos en la vida de las personas que se someten a tratamientos que vayan en pro de superar la adicción.

2.2.4 Antecedentes de las Comunidades Terapéuticas:

Esta modalidad de tratamiento para farmacodependiente recibe aportes de la psiquiatría a través del psiquiatra inglés Maxwell Jones, quien en 1952, propuso y sistematizó las bases de la institución que hoy es universalmente conocida como comunidad terapéutica, Maxwell Jones, con el término de comunidad terapéutica, hace referencia a una modalidad de tratamiento en salud mental para excombatientes de la segunda guerra mundial. Ésta noción incluye ciertas características diferenciales en el contexto de la psiquiatría:

- a) Visión holística del hospital.
- b) Actitud permisiva.
- c) Incremento de la participación del paciente.
- d) Ampliación de la base de la terapia.
- e) Rehabilitación.
- f) Interacción social.

Maxwell Jones, recoge la experiencia de su colega, Main, que en 1946 en el Instituto Psiquiátrico de Northfield; replantea y transforma la manera de operar de la institución en el tratamiento de los enfermos mentales. Su aporte radica entonces

cuando de un modelo en cual el médico y su equipo asumen un papel activo, asistencial y los enfermos reciben pasivamente como pacientes las intervenciones de los primeros, pasan a un modelo en el que se cambian los roles, las responsabilidades y las actividades de quienes entran en el programa de rehabilitación.

Casi paralelamente al trabajo de Maxwell Jones en el terreno de la psiquiatría aparece también la modalidad de tratamiento de comunidad terapéutica para los adictos a las drogas,; en efecto en 1958, Charles Dederich, un alcoholico en proceso de recuperación con el movimiento de Alcohólicos Anónimos, en Santa Mónica , California, comienza a recibir en sus grupos heroinómanos y percibe como asistencia a las reuniones y el seguir “los doce pasos” posibilita a los adictos a la heroína permanecer abstemios por períodos de tiempos antes vistos. No obstante, éste se da cuenta de las limitaciones metodológicas y logísticas de este sistema; posiblemente el no poder ejercer control sobre la compulsión de los adictos y otros factores individuales, familiares y sociales, estimulan a Dederich para crear otras alternativas y añadirlas al conjunto de acciones que sí surtían efecto en la mayoría de los alcoholicos y que eran menos eficaces con los heroinómanos. Sin embargo, Dederich cree en el poderoso efecto terapéutico del grupo y vislumbra la posibilidad de que éste sea el medio para romper las cadenas de la adicción y posibilitar el replanteamiento de la vida del adicto, entonces funda Synanon, la primera comunidad terapéutica para farmacodependientes a mediados de 1958.

Posteriormente en 1962, un grupo de profesionales entre los que destacan el Psiquiatra Dans Casriel y el Criminólogo Alexander Bassin de New York deciden visitar Synanon y recogen la experiencia para fundar la primera comunidad terapéutica en la cual se adoptó el programa de Synanon House, y se logran crear DAYTOP con el propósito franco de ser un programa terapéutico. El modelo propuesto por DAYTOP se fundamenta en el concepto de autoayuda, ayudar a otros es ayudarse a sí mismo y los demás; personas que viven o han vivido la misma

experiencia se ayudan recíprocamente en la solución de sus problemas. Sin embargo, éste modelo dio origen en 1969 al proyecto Hombre en Italia; ambos modelos prácticamente se originaron todas las comunidades terapéuticas para la recuperación de adictos a las drogas.

La Comunidad Terapéutica puede definirse

...como un espacio microsocioal de convivencia, que provee los elementos reeducativos necesarios para que el adicto, en interacción con el grupo, construya y lleve a la práctica su proyecto de vida teniendo en cuenta que es él, el agente y protagonista de su propio cambio. (FEVITRAP, 2002)

En tal sentido, puede decirse que la comunidad terapéutica, pudiese representar para el paciente un lugar propicio para que éste comience a desarrollar sus potencialidades, lo cual conduzca a su rehabilitación y reinserción social.

2.2.4.1 Características de las Comunidades Terapéuticas:

- Ponen énfasis en las causas psicológicas de la farmacodependencia, exigiéndole a este responsabilizarse de sus afectos y comportamientos, sin desconocer la importancia de los factores familiares, sociales y económicos.
- Poseen espacios destinados al desarrollo de habilidades sociales, para fomentar la relación interpersonal y en los espacios de tiempo libre los residentes no pueden aislarse, sino que deben hablar de sí mismo y conocer a los demás compañeros.
- Su método de intervención es la confrontación directa.
- Manejan como principio fundamental el de ser un grupo de autoayuda.
- Existen unos roles y unas jerarquías muy definidas, con una estructura de actividades laborales, terapéuticas y educativas.

- Aceptación de algunos principios psicodinámicos generales que implican: primero, que determinados síntomas como la ansiedad, depresión o trastornos conductuales son la expresión externa de conflictos y tensiones internas derivadas de las relaciones con los demás. Segundo, las terapias psicodinámicas posibilitan un proceso de aprendizaje, durante el cual el paciente o residente aprende sobre sí mismo y sobre los demás, y cómo relacionarse con los miembros restantes. Tercero, existe la creencia de que todos los miembros de una Comunidad Terapéutica son iguales en lo humano y en lo psicológico.
- No manejan al adicto como paciente, sino como un agente protagonista de su propio proceso de recuperación.
- Ofrecen un espacio para tomar decisiones en público (asamblea) lo mismo que un grupo de retroalimentación (feedback)
- La elección y la permanencia en el programa es siempre decisión voluntaria del adicto; etc. (FEVITRAP, 2002)

2.2.4.2 Tipos de Comunidad Terapéutica

- Comunidades Terapéuticas de Ex adictos (Fueron las primeras Comunidades Terapéuticas fundadas por adictos rehabilitados quienes eran responsables de su funcionamiento)
- Comunidades Terapéuticas Profesionales (Las cuales fueron creadas por profesionales de distintas disciplinas)
- Comunidades Terapéuticas Mixtas. (Actualmente el modelo más utilizado es éste, el cual conjuga la experiencia del rehabilitado con la capacitación Académica del profesional). (FEVITRAP, 2002)

2.2.4.3 Factores Terapéuticos de la Comunidad Terapéutica:

- Aumento de autoestima mediante logros personales.
- Interiorización de un sistema positivo de valores.
- Confrontación.
- Presión positiva entre iguales.
- Aprender a comprender y expresar emociones.
- Cambio de actitudes de vida negativas en positivas.
- Mejora de relaciones con la familia propia.
- Aprendizaje social mediante interacción social.
- El impacto terapéutico de todas las actividades dentro de la comunidad, etc.

2.2.5 Breve Reseña Histórica de la Institución:

El Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente (CAIMNHTO) se crea en Marzo del año 2006, simultáneamente con la creación del extinto Ministerio de Participación y Desarrollo Social (MINPADES), éste nace con el propósito de brindar herramientas a personas en situación de calle, drogadictos, alcohólicos, y mala conducta, con el fin de que puedan superar el problema de la adicción. Cabe destacar, que fue la primera Comunidad Terapéutica configurada por la Misión Negra Hipólita, la misma se encuentra ubicada en el Municipio Sucre del Edo. Miranda, cerca de las adyacencias del Terminal de Oriente “Antonio José de Sucre”.

2.2.5.1 Equipo Multidisciplinario que labora en CAIMNHTO:

En el programa de rehabilitación ejecutado por CAIMNHTO, participan un grupo de profesionales, que conforman un equipo multidisciplinario, entre los que destacan: Trabajadores Sociales, Psicólogos, Abogados, Médicos, Enfermeros, Educadores de Calle, Psiquiatras y Paramédicos.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Bienestar social:

“conjunto de leyes, por una parte, y los programas, beneficios y servicios que, por otra parte, se establecen para asegurar o mejorar y robustecer la provisión de todo aquello que se consideran las necesidades básicas para el bienestar humano y el mejoramiento social”. (Ander-Egg, 1974)

- Crack:

“Es una sustancia obtenida a través de la cristalización del clorhidrato de cocaína con el cual se forma un sólido cristalino de cocaína”. (Oficina Nacional Antidrogas, 2009)

- Comunidad Terapéutica:

Es un espacio microsocioal de convivencia, que provee los elementos reeducativos necesarios para que el adicto, en interacción con el grupo, construya y lleve a la práctica su proyecto de vida teniendo en cuenta que es él, el agente y protagonista de su propio cambio. (FEVITRAP, 2002)

- Eficacia:

“Grado en que se han conseguido las metas y objetivos propuestos mediante la realización de actividades y tareas programadas”. (Aguilar y Ander-Egg, 1994:49)

- Eficiencia:

“Determinar el índice de productividad o rentabilidad del programa”. (Ibídem)

- Evaluación:

Es una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante, en que apoyar un juicio acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución), o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán, con el propósito de producir efectos y resultados concretos comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado, de forma tal, que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción, o para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados. (Ibídem, p. 18)

- Fundación Misión Negra Hipólita:

Es un esfuerzo convergente de la revolución bolivariana, orientada a derrotar la peor de las exclusiones: la de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres en situación de calle, que viven fuera de su hogar; de la misma forma, procura superar la idea de atención bajo la tutela de Estado, donde se contaba con internaciones

que constituyan verdaderas privaciones de libertad, enfocando el trabajo de resocialización de las personas en situación de abandono, a partir de una reingeniería solidaria de sus familias de origen, como el espacio fundamental para su desarrollo integral. (M.P.S, 2008)

- Política Social:

“Acción gubernamental dirigida a satisfacer necesidades específicas de la población que suele agruparse bajo las categorías de sociales, es decir; salud, educación, viviendas, seguridad social, entre otras”. (González, 1996: PAG)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

La investigación propuesta se realizó en atención al siguiente diseño metodológico:

3.1 Diseño de la Investigación:

La investigación que se utilizó en este estudio fue Evaluativa, la cual según Briones (citado por Hurtado, 1998: 365) es “aquella que analiza la estructura, el funcionamiento y los resultados de un programa con el fin de proporcionar información de la cual se puedan derivar criterios útiles para la toma de decisiones con respecto a la administración y desarrollo del programa evaluado”.

3.2 Tipo de la Investigación:

Será de campo. Según Arias, F (1999:48) Consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos; sin manipular o controlar variable alguna.

3.3 Ubicación Tiempo-espacio:

La investigación se realizó en el municipio Sucre del Edo. Miranda. Año 2008.

Fuente: <http://www.a-venezuela.com/mapas/map/html/estados/miranda.html>

(Modificado)

3.4. Población y Muestra

3.4.1 Población

La población objeto de estudio son todos los elementos que reúnen la característica, o conjunto de características que se investigan, Así la define Cuesta y Herrero (2006) “La Población es todo conjunto de elementos, finito o infinito, definido por una o más características, de las cuales gozan todos los elementos que la componen y sólo ellos”. En este sentido, y para este caso en particular, la población objeto de estudio es aquella que hace posible la existencia del programa de rehabilitación “CAIMNHTO”, es decir, son las personas sin las cuales dicho programa no puede ser llevado a cabo exitosamente. Esta población está estratificada en los siguientes elementos:

Es importante señalar, que la población total se calcula en aproximadamente en Ciento Doce (112) personas representada en los siguientes estratos:

- Estrato A: Conformado por los pacientes atendidos en el Centro Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente (CAIMNHTO), los cuales eran para el momento de producirse el trabajo de campo un total 200 personas.
- Estrato B: Constituido por los Operadores (Pacientes rehabilitados), Equipo Clínico (Médicos, Trabajadores Sociales y psicólogos y otros profesionales) y equipo directivo. Este estrato es quien dirige el centro y su información es relevante para la comprensión de los procesos tanto terapéuticos como administrativos. El número total de elementos de este estrato era para el momento de la muestra de 14 personas.
- Estrato C: Representado por los usuarios indirectos del programa; específicamente los familiares.

3.4.2 Muestra

Se efectuó un muestreo aleatorio simple polietápico y estratificado tomando tres submuestras: una para cada elemento de la población del modo siguiente:

- Muestra del estrato A: Se calculó electrónicamente usando el paquete estadístico STAT®, propiedad de COMUNICOMETRIA®, que viene en CD-ROM adjunto obra de Hernández y Colaboradores (2008); introduciendo los siguientes parámetros:

Tamaño de la Población: 200

Margen de error: 10%

Nivel de Confianza: 10%

Obteniéndose como resultado $n= 83$; esta es una muestra altamente representativa puesto que dobla las expectativas de representatividad de las tablas de Harvard que contemplan para estos mismos parámetros una $N= 500$ una muestra $n= 83$ (Ramírez Tulio, citado por Arias, 2006: 90)

- Muestra estrato B: Motivado al escaso número y al confinamiento en espacio reducido de los elementos maestres, lo cual da acceso fácil a todos los elementos, el investigador decidió entrevistar a la totalidad de los componentes del estrato.

- Muestra estrato C: Se procedió a muestrear de manera incidental a los asistentes a CAIMNHTO durante el período comprendido de Agosto a Octubre de 2008; observándose que esta parte de la población es altamente irregular y realiza

poco contacto con el programa; de allí que se tomó la decisión muestral de campo de realizar tantas entrevistas como fueren posibles durante el período antes señalado, lográndose un total de 15 entrevistas individuales para igual número de sujetos.

Finalmente, es necesario aclarar que dada la alta heterogeneidad de los elementos que conforman la población, se procedió a tratar su análisis por separado, asumiendo que en la práctica se trata de tres poblaciones distintas, pero que convergen en una misma unidad geográfica (Edo. Miranda) y administrativa (CAIMNHTO).

3.5 Instrumentos y Técnicas de recolección de información:

- Fuentes primarias: Son aquéllas que se obtienen directamente a partir de la realidad misma, sin sufrir ningún proceso de elaboración previa.
- Fuentes Secundarias: Son registros escritos que proceden también de un contacto con la práctica, pero que ya han sido recogidos, y muchas veces procesados por otros investigadores. (Sabino, 1986:1519).
- Entrevista estructurada: Se desarrolla en base a un listado de preguntas, cuyo orden y redacción permanecen invariables, y que comúnmente se administra a un grupo de entrevistados para su posterior tratamiento estadístico. Al respecto se aplicarán, tres instrumentos:
 - Dirigido a la población usuaria. (Ver anexo N° 130)
 - A la población no usuaria. (Ver anexo N° 130)
 - Guía de entrevista que fue aplicada a los operadores y directivos de CAIMNHTO. (Ver anexo N° 130)

3.6 Procesamiento y Análisis de los Datos:

La información obtenida se procesó electrónicamente, usando como hardware un computador personal Pentium IV, y como Software el SPSS (Statistical Product and Service Solutions) versión 13.0, el cual es una herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico.

3.7 Validez del Instrumento de Recolección de Información:

La validez de un instrumento está referida al grado en que el mismo es apropiado para cubrir los objetivos que el investigador se ha trazado. Hernández y colaboradores (2003), sostienen que hay tres criterios para medir la validez de un instrumento de medición: la validez de contenido, la validez de constructo y la validez de criterio.

Para la validez de los instrumentos, se usó el criterio de validez de contenidos y constructos, para lo cual fueron sometidos a triangulación por expertos; contándose con la colaboración de los siguientes profesionales: Prof. José Luis Millán, Antropólogo y Docente de la UDO-NS; Prof. Jaime Carbonell, Demógrafo y Docente de la UDO-NS y Prof. Rodolfo Muñoz. MSc. en Gerencia y Tutor de este trabajo.

3.8 Confiabilidad del Instrumento:

Según Kerlinger (1998) un instrumento es confiable cuando mide lo que se pretende medir, y no otras variables extrañas al fenómeno que se investiga. Para el cálculo de la confiabilidad del instrumento, se sometieron los datos de una prueba piloto a análisis estadístico mediante el SPSS

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Descripción general de la población atendida por CAIMNHTO

Cada programa se diseña en función de las necesidades de atención de una población o de grupos poblacionales específicos. Hasta ahora no existen fórmulas universales de atención a la demanda social, tampoco puede haberlas, en virtud de la heterogeneidad de los usuarios y la particularidad de los problemas comunales, los cuales surgen y se desarrollan de acuerdo a la sinergia concreta de cada conjunto humano. Por ello, conviene siempre conocer las peculiaridades que caracterizan a la población objeto de intervención; la conciencia de esta necesidad de conocimiento motiva la presente exposición de las características más relevantes del grupo en estudio, es decir, los beneficiarios del programa de rehabilitación en materia de fármacodependencia, que ejecuta la Misión Negra Hipólita a través de CAIMNHTO.

En el marco de realización de la presente investigación, sólo se pudo entrevistar a 59 personas recluidas en la Comunidad Terapéutica “CAIMNHTO”, debido que muchos de ellos fueron renuentes a dar información. Sin embargo, a través de entrevistas formales y estructuradas, aplicadas a los 59 personas se pudo obtener la siguiente caracterización de la población usuaria:

4.1.1 Características de la población objetivo del programa.

4.1.1.1 Edad:

La edad es importante por cuanto dependen de ella variados aspectos relacionados con el tratamiento. Un primer aspecto se relaciona con el carácter legal de la atención; en Venezuela existen pocas comunidades terapéuticas dedicadas específicamente a la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes, ello por

limitaciones de carácter legal. La Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA) establece lugares especiales llamados Casas de Abrigo para la protección de Menores en situación de vulnerabilidad social, más no contempla la existencia de establecimientos especializados y específicos para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes con problemas de adicción; de allí que en su mayoría las instituciones de rehabilitación se enfocan a la atención de personas adultas. Un segundo elemento que da relevancia al estudio de las edades, es de carácter psicológico, se trata de la motivación al cambio, requisito indispensable para iniciar procesos de rehabilitación; se sabe que a mayor edad mayor resistencia al cambio. C.I.J, A.C (2008)

A continuación se muestran los resultados obtenidos en función de la variable “Edad” de los usuarios:

Cuadro N° 1. Distribución absoluta y porcentual de los usuarios reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO según la edad, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Grupos Decenales de Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 27 años	5	8,5
28 a 37 años	29	49,2
38 al 47 años	15	25,4
48 a 57 años	7	11,9
58 y más años	3	5,1
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador.

Como se aprecia en el cuadro anterior, casi el 50% de los pacientes entrevistados en proceso de rehabilitación, tienen edades comprendidas entre 28 a 37 años, cifra ésta que pone de manifiesto el carácter nocivo, para la economía, de las adicciones crónicas, pues afecta preferentemente al sector de la población en edad de estar incorporado a la población económicamente activa, incapacitando a una parte

importante de la fuerza laboral, la cual, por estar sumida en el consumo de sustancias psicoactivas genera en torno a sí toda una serie de problemas sociales, tales como: la delincuencia, el narcotráfico, la indigencia y la violencia familiar, entre otros.

De igual manera, vale la pena destacar que la droga no respeta edades, ni condición social, es éste un problema que bien puede afectar a personas de cualquier edad; por ello, es de relevancia el dato arrojado en este estudio, según el cual un 37,3 % de los usuarios de CAIMNHTO tienen edades superiores a los 38 años.

4.1.1.2 Escolaridad:

En cuanto a la escolaridad, es importante señalar que es un aspecto fundamental para disminuir la incidencia en el consumo de estupefacientes en las personas, debido a que los estudios permiten acceder a información pertinente en relación con las consecuencias que pudiesen generar la adicción a las drogas. De allí que, niveles elevados de escolaridad deberían crear mayor conciencia en la población, y de esta forma contribuir a la superación de los problemas causados por el abuso de sustancias psicoactivas. No obstante, las drogas no respetan grado de instrucción.

En tal sentido, se exponen los datos arrojados, en función de la variable Escolaridad:

Cuadro N° 2. Distribución absoluta y porcentual del nivel de escolaridad que poseen los usuarios recluidos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
1ero a 6to Grado	13	22
1ero a 3er Año de Educación Media	34	57,6
Bachiller	10	16,9
TSU	2	3,4
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador.

En relación los datos obtenidos, el 57,6 % de los entrevistados, manifestaron haber estudiado hasta la educación media, otro 22% estudió la primera etapa de educación (1ro a 6to grado) y un 16% logró culminar el bachillerato, mientras un 3,4% ingresó a la Educación Superior; de allí, que se pudiese desprender que mientras mayor sea el nivel de escolaridad, menor va a ser el consumo en las personas, sin embargo, cuando es menor el nivel de escolaridad, los factores de riesgos serán mayores entre esa población; lo que significa que la escolaridad, y por ende la escuela juegan un papel preponderante a la hora de contrarrestar los problemas generados por las drogas, debido a que su función principal es la formación y reforzamiento de valores de la familia y la sociedad contribuye con la prevención; sin embargo, de la misma forma, habría que considerar que la escuela pudiese representar un caldo de cultivo, ya que en mucho de los casos, ésta se ha convertido en un medio de iniciación del consumo de estupefacientes en los jóvenes. Esto indica que la variable educativa no puede descontextualizarse en una problemática compleja como ésta. En este caso da la impresión que el bajo nivel educativo tiene mayor relación con el nivel socio-económico de los usuarios de la Comunidad Terapéutica en estudio.

4.1.1.3 Tiempo de Consumo:

El consumo de sustancias psicoactivas, está intrínsecamente ligado con los factores de riesgo presentes en el proceso de socialización, cabe destacar que dichos factores “son características o circunstancias de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia aumenta la probabilidad de que se presente un problema que afecte la salud o el desarrollo de un individuo o de una colectividad”. (Red Ucevista de Preventores en Drogas, 2009)

Cuadro N° 3. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al tiempo de consumo de estupefacientes por parte de los usuarios recluidos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Tiempo de Consumo	Frecuencia	Porcentaje
0 a 2 años	8	13,6
3 a 4 años	3	5,1
5 a 6 años	2	3,4
7 a 8 años	6	10,2
9 a 10 años	3	5,1
11 y más años	37	62,7
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador.

Tal como se refleja en el cuadro, el 62,7% de los usuarios del programa tienen entre 11 y más años consumiendo drogas, lícitas e ilícitas, lo que indica, que desde muy temprana edad se han iniciado al consumo de sustancias psicoactivas, lo cual obedece, a un cúmulo de circunstancias ligadas a factores de riesgo entre los que se encuentran los Factores Individuales de Riesgo, tales como: dificultad para el manejo de las emociones, problemas de autoestima y autoconcepto, poca claridad en el proyecto de vida y falta de asertividad. Factores Familiares de Riesgo, tales como: disfuncionalidad familiar, poco reconocimiento de logros, pocas expresiones de afecto, poca claridad en los valores y problemas de comunicación. Factores de Riesgo en el Medio Educativo entre los que destacan: escasa información sobre el problema, escasa capacitación del docente en la materia, falta de políticas y normativas definidas en relación a las drogas, actitudes tolerantes frente a situaciones de consumo y disponibilidad de la sustancia en las adyacencias del centro educativo, y los Factores Sociales de Riesgo tales como: Crisis de valores, pocas oportunidades educativas, desempleo y empobrecimiento creciente de la población, redes de producción, distribución y consumo e insuficientes programas de prevención. (Red Ucevista de Preventores en Drogas, 2009)

También es importante resaltar, que un 13,6% tienen un promedio de 0 a 2 años consumiendo estupefacientes y el 10,2% poseen entre 7 a 9 años. Asimismo, existe la necesidad de destacar que para la superación del consumo de drogas, debe considerarse que el *esfuerzo terapéutico* es mayor cuando el tiempo de consumo es mayor; es decir, que el tratamiento se torna más difícil mientras mayor tiempo haya pasado la persona consumiendo y si ha usado varias drogas. En conclusión, los desafíos que se plantean a esta Comunidad Terapéutica son mayores, dado que según los resultados de esta investigación, en su mayoría los usuarios atendidos tienen un tiempo prolongado consumiendo estupefacientes.

4.1.1.4 Sustancias de mayor consumo:

La variación en el consumo de estupefacientes, obedece a un proceso de experimentación por parte del paciente, lo cual lo induce a probar sustancias, de acuerdo a sus necesidades y deseos; de la misma manera, es importante destacar que mientras mayor sea la frecuencia de consumo, mayor va a ser la probabilidad de probar otro tipo de drogas; ello radica, en que existen sustancias más adictivas que otras, así como también influye, la disponibilidad y/o acceso que tengan las personas a consumir la variada gama de psicotrópicos existentes.

Cuadro N° 4. Distribución absoluta y porcentual de los usuarios recluidos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO según las sustancias consumidas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Grupo de Sustancias	Frecuencia	Porcentaje
Marihuana	37	21,3
Cocaína	34	19,5
Crack	43	24,7
Bazuco	19	10,9
Heroína	7	4,0
Éxtasis	10	5,7
Alcohol	23	13,2
Pega	1	0,6
Total	174	100,0

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador.

En el cuadro anterior, se puede apreciar la incidencia de los entrevistados en cuanto a la cantidad de drogas que ha logrado consumir, siendo la de mayor consumo el Crack con un 24.7%, la Marihuana con 21,3%, Cocaína 19,5% y Alcohol con 13,2%; lo que indica que esa población mantuvo una conducta adictiva, la cual le permitió probar una gama de sustancia psicoactivas; sin embargo, hay que tomar en consideración que esto obedece a la existencia de drogas que suelen ser más adictivas que otra, como también va a depender de cuál de ellas está de moda.

4.1.1.5 Sustancia de mayor impacto:

El consumo de estupefacientes, trae consigo un sin número de consecuencias negativas desde el punto de vista social, cultural, económico, político, etc; esto representa un riesgo inexorable en la población adicta y su entorno, en la medida en que la crisis de valores en la ciudadanía, y por ende conduce a incrementar los problemas sociales, tales como: la indigencia, la delincuencia, el narcotráfico y la violencia, entre otros. En el caso particular, de los beneficiarios del programa llevado a cabo por CAIMNHTO, la misma vulnerabilidad y adicción los indujo al consumo de distintas drogas, donde ellos han logrado determinar, cuál de estas drogas han causado los mayores estragos en su vida.

En tal sentido, se muestra en el siguiente cuadro, las sustancias reportadas como de mayor impacto en los entrevistados:

Cuadro N° 5. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la sustancia de mayor impacto que han consumido los usuarios recluidos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Sustancia de mayor impacto	Frecuencia	Porcentaje
Marihuana	1	1,7
Cocaína	9	15,3
Crack	40	67,8
Éxtasis	1	1,7
Alcohol	8	13,6
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según los datos aportados por los entrevistados, la sustancia de mayor impacto fue el Crack con el 67,8%, seguida por la cocaína con 15,3% y el Alcohol con un 13,6%; en este sentido, hay que señalar, que desde el punto de vista de los pacientes, la droga de mayor impacto físico y/o psicológico, fue el Crack, el cual según la Oficina Nacional Antidrogas (2009):

...es una sustancia obtenida a través de la cristalización del clorhidrato de cocaína con el cual se forma un sólido cristalino de cocaína; cabe destacar que el consumo de ésta produce euforia o estimulación del sistema nervioso central, a los pocos minutos la euforia es reemplazada por ansiedad, miedo, depresión o apatía, estos efectos psicológicos pueden combatirse fumando más...con lo que la persona adquiere la necesidad de utilizar la droga continuamente, durante muchas horas, para sentirse de nuevo relativamente bien aunque raramente volverá a presentar la embriaguez o euforia iniciales; de la misma forma, el crack provoca insensibilidad, sequedad de boca, sensación de ardor en los ojos, sudoración, palpitaciones, dolor de cabeza, contracciones musculares, aumentos en los reflejos y dilatación de las pupilas.

En tal sentido, es importante señalar que si a los efectos nocivos del crack, se le suma el tiempo prolongado que llevan de consumo de los pacientes, se deduce que las exigencias de rehabilitación y de reinserción en la en la Comunidad Terapéutica de CAIMHNTO son muchas y representan un proceso terapéutico de largo plazo.

4.1.1.6 Tiempo de Tratamiento en CAIMNHTO:

El Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente (CAIMNHTO) abrió operaciones hace 3 años, por sus instalaciones han pasado un gran número de pacientes, de los cuales se presume que hayan sido un promedio de Mil Novecientos (1900) pacientes, cada cual con sus características propias; éstos pacientes suelen ser poco perseverantes en el tratamiento, debido a que en muchos de los casos no se adaptan al proceso de tratamiento, carecen de voluntad, sucumben a la abstinencia, etc, por lo que es común observar una alta rotación de la población atendida, con elevada tasas de deserción por egreso voluntario. Esto según lo expuesto por los terapeutas.

Ésta realidad es corroborada, por los siguientes resultados:

Cuadro N° 6. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a los meses en el tratamiento que tienen los usuarios recluidos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Meses en tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
0 a 3 Meses	27	45,8
4 a 7 Meses	12	20,3
8 a 11 Meses	5	8,5
12 y más Meses	15	25,4
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Los datos recabados, ponen de manifiesto que el 45,8% de los beneficiarios, tienen entre 0 a 3 meses en el programa, lo que indica que la mayoría de los pacientes se encuentran en la primera fase del tratamiento. Cabe señalar, que el tiempo estipulado por el programa ejecutado por CAIMNHTO, para cumplir el proceso de rehabilitación, es de doce meses. De la misma manera, puede inferirse que en el programa predomina una estructura piramidal, donde hay una base ancha en la que

existe la gran mayoría de los pacientes, los cuales tienen menos tiempo en el programa, es decir, que éstos se encuentran en la fase de inicio; mientras que el 25,4%, se encuentran aquéllos que tienen mayor tiempo, hasta el punto que han culminado con tiempo total de tratamiento. Sin embargo, no hay un registro.

Igualmente, se pudiese hacer algunas aseveraciones en relación al 25,4% de los pacientes que tienen en el tratamiento entre 12 y más meses, y es que para las personas farmacodependientes, se requiere un tratamiento integral que considera a la familia, un tratamiento psiquiátrico, apoyo psicológico y terapia individual por espacio de aproximadamente doce meses, sin embargo, hay que considerar que muchos de los pacientes que tienen este tiempo dentro del programa, es porque ya han cumplido su tratamiento y que están aptos para ser “reinsertados socialmente”, incluso poseen carta de reinserción, pero el programa no ha creado mecanismos que le permitan su reinserción plena, ya que no tienen un empleo estable, no se han creado lazos familiares para que éstos los reciban, entre otros problemas.

4.1.1.7 Mecanismo por el cual llegó al programa:

Un punto de partida para un farmacodependiente, que busca superar el consumo de drogas, es recurrir a la ayuda profesional, ya que ello representa, una alternativa para solventar la adicción; sin embargo, un aspecto fundamental es la voluntad que tenga la persona para ingresar al tratamiento. En tal sentido, cada persona busca algún mecanismo y sus estrategias que le permita superar su adicción.

Cuadro N° 7. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al mecanismo por el que llegaron los usuarios recluidos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Mecanismo por el cual llegó al programa	Frecuencia	Porcentaje
Abordaje comunitario por la F.M.N.H	16	27,1
Por cuenta propia	34	57,6
Lo trajeron sus familiares	4	6,8
Recomendado por algún conocido	4	6,8
Remitido por un Hospital	1	1,7
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 57,6% de los pacientes, ingresaron al programa por cuenta propia y un 27,1% lo hizo a través de abordajes comunitarios realizado por la Fundación Misión Negra Hipólita (F.M.N.H); del primer dato se desprende una de las principales fortalezas en el paciente, debido a que la iniciativa personal en la búsqueda del tratamiento representa el punto de partida para solucionar su problema de adicción, es decir, que un elemento a favor de un farmacodependiente es la motivación que tenga para acudir por sus propios medios a un programa en busca de rehabilitación, esto refleja la disposición o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar en el tiempo y de acuerdo a diferentes circunstancias. Por lo tanto, si la motivación es la probabilidad de una conducta, lo apropiado es aumentar esa probabilidad. Con ese propósito, se pueden desarrollar estrategias que favorezcan la motivación al cambio, la cual posibilita la toma de conciencia del problema y promueve la decisión de iniciar un proceso de tratamiento.

De igual forma, un 27,1% llegó al programa, por abordajes comunitarios realizados por la F.M.N.H, el cual es efectuado por los educadores de calles, con el fin de captar a personas en situación de indigencia, para luego ingresarlos al programa de rehabilitación creado por la Fundación ó en su efecto aquéllos que tienen convenios con la misma.

4.2 Eficacia del Programa de rehabilitación ejecutado por el Centro de Atención Integral “Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente”.

En el Capítulo I de la presente investigación se definió la eficacia como “el grado en que se han conseguido las metas y objetivos propuestos mediante la realización de actividades y tareas programadas” (Aguilar M. y Ander-Egg E., 1994: 49). Según los prenombrados autores, para evaluar la eficacia hay que valorar una serie de factores, entre los que se destacan: a) logro de objetivos, b) modificación de la situación de los usuarios que motivó la intervención o puesta en ejecución del programa, c) utilidad o beneficios del programa, d) carácter endógeno y exógeno de los procesos que conducen a resultados favorables o desfavorables, e) resultado o efectos no previstos como consecuencia de la ejecución del programa, f) opinión de los usuarios y no usuarios acerca del programa, g) nivel de implantación del programa en el contexto social en el que se ejecuta, h) aceptación del programa social, i) cambio de la situación problema que dio origen al programa.

Ahora, se pasa a evaluar la eficacia del programa en función de los datos obtenidos por el investigador para cada una de las variables arriba señaladas.

4.2.1 Consecución de los Objetivos:

Los objetivos constituyen el punto focal de un proyecto de intervención, pues los mismos explicitan la intencionalidad de quien interviene y dan sentido a la consecución de las metas que se plantean dentro del programa. Sin embargo, lo que representa un aspecto medular en cualquier otro programa de rehabilitación, en el CAIMNHTO es un elemento inexistente. Debido a la inexistencia de objetivos explícitamente declarados, el programa ha nacido con debilidad. Cabe destacar, que esta aseveración se realiza, porque a pesar de contar el investigador con el permiso de las autoridades de la Fundación Misión Negra Hipólita no fue posible obtener un

ejemplar del proyecto CAIMNHTO. Entrevistas personales con operadores y directivos revelaron que no existe un diseño científicamente elaborado que le de un carácter racional al funcionamiento del programa; razón por la cual el mismo se ejecuta de manera empírica. Esto es cierto tanto para lo terapéutico como para lo administrativo, en consecuencia el éxito de este proyecto está severamente comprometido al no existir metas claras que orienten la ejecución de quienes lo ejecutan.

4.3 Modificación de la situación de los usuarios que motivó la intervención o puesta en ejecución del programa.

Una de las cosas a las que debe responder todo programa de rehabilitación es a la situación problema que dio origen a la puesta en marcha del mismo; en otras palabras, la ejecución debe poner de manifiesto las expectativas que se generan en la población intervenida, dado a que los usuarios del programa ven reflejados sus intereses de superar su adicción en los resultados que arroje el mismo. A continuación, se exponen algunos resultados:

4.3.1 Intentó dejar la Droga antes de ingresar al Centro:

El cese en el consumo de sustancias psicoactivas, es el principal reto que tiene el adicto, ya que de allí va a depender el éxito o fracaso de su proceso de rehabilitación; la voluntad del paciente se constituye en un elemento a su favor, en la medida en que éste tome conciencia y asuma su conducta adictiva como un problema de envergadura. Por ello, es importante considerar los múltiples esfuerzos que hacen muchos adictos para salir del consumo de drogas; pero existe la contraparte, aquéllos que dejan recaer en la adicción. Esto demuestra que la adicción, es un problema complejo, y su atención y/o el éxito escapa de la simple voluntad del adicto, la cual es superada generalmente por la compulsión. Como consecuencia de ello, es menester

insistir en que la adicción es un problema complejo que amerita de intervenciones complejas. Sin embargo, tiende a autoengañarse con pensamientos relacionados con la posibilidad de una cura milagrosa consecuencia de su voluntad. Voluntad que está disminuyéndose con su adicción.

En el cuadro que se presenta a continuación, se pone de manifiesto la voluntad de los entrevistados en relación de cesar en el consumo.

Cuadro N° 8. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a los esfuerzos que hicieron los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, para superar la adicción a las drogas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Intentó dejar las drogas antes de entrar al programa.	Frecuencia	Porcentaje
SI	50	84,7
No	9	15,3
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 84,7% de los entrevistados manifestaron que hicieron un esfuerzo por dejar la adicción a las drogas, de los cuales 32 de ellos expresaron que lo hicieron por su propia voluntad; lo que significa un factor importante para superar la adicción a las sustancias psicoactivas, sin embargo, esto va a depender del nivel de motivación y/o fortaleza que tenga el paciente; de la misma manera, un porcentaje expresó que buscó ayuda en un centro de rehabilitación, lo que indica que buscaron ayuda profesional.

4.3.2 Cómo intentó dejar las drogas.

Con frecuencia el consumidor piensa el dejar el consumo de drogas, actitud que muchos la asumen con responsabilidad, mientras que otros consideran que es absurdo dejarla debido a que no tiene sentido buscar una solución a su problema; sin embargo, una gran cantidad de sujetos piensan en el cese del consumo, cuando se

encuentran en una fase de deterioro físico y mental, cabe destacar que un elemento que se convierte en el motor para el cambio es la motivación y la voluntad que éstos tengan, ya que los induce a buscar alternativas que les permitan solventar su adicción.

En el cuadro que a continuación se presenta, se muestran la actitud que han asumido los pacientes para dejar el consumo de drogas:

Cuadro N° 9. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a cómo hicieron los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, para superar la adicción a las drogas municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Cómo hizo para dejar las drogas.	Frecuencia	Porcentaje
Por mi propia voluntad	32	64
Dejé de frecuentar los lugares donde solía consumir.	6	12
Busqué la ayuda en un centro de rehabilitación.	12	24
Total	50	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 64% de los pacientes manifestaron que intentaron dejar las drogas por su propia voluntad, un 24% dijo que buscó ayuda en un centro de rehabilitación y sólo un 12 acotó que dejó de frecuentar los lugares donde solía consumir; según los datos obtenidos el mayor porcentaje de beneficiarios intentaron dejar el consumo de drogas por cuenta propia, lo cual se convierte el factor fundamental para superar la adicción, ésta actitud está ligada a la fuerte motivación que tienen muchos sujetos a la hora de tomar una decisión que los lleve a rehabilitarse; la motivación orienta el accionar del individuo, lo cual le permite conseguir las metas que este se plantea; de la misma manera un número significativo buscó ayuda profesional en un centro; sin embargo, recayeron en el proceso de tratamiento trayendo como consecuencia el volver a consumir. De la misma manera, otros usaron como mecanismo el no frecuentar a los sitios donde solía consumir. Igualmente, algunos pacientes sencillamente lo ha

intentado todo, desde dejar de consumir por su propia cuenta hasta ingresar a un centro de rehabilitación.

4.3.3 El adicto y la relación de parejas.

Las relaciones de parejas de los farmacodependientes suelen ser inestables, infructuosas y decadentes, ya que el consumo de drogas tiende a agudizar los problemas entre ellos; de la misma manera hay que resaltar, que un común denominador entre el adicto y su pareja son los constantes maltratos y vejámenes a las cuales son sometida las mujeres, trayendo como consecuencia un conflicto conyugal; el conflicto conyugal en torno al problema de la adicción es un estado de ansias de la relación de pareja, caracterizado por la agresividad o indiferencia extrema hacia el cónyuge, que desafía toda lógica al mantenerse, durante años, una relación que desde cualquier punto de vista racional no tiene motivo alguno para sobrevivir.(Muñoz; 2009:107).

Enseguida se muestra el cuadro relacionado con la variable explicada anteriormente:

Cuadro N° 10. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la existencia o no de pareja de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Tienes pareja	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	27,1
No	44	72,9
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según manifestaron los entrevistados; éstos no tienen pareja en un 72,9% de los casos, dato que está vinculado que pudiese estar vinculado al consumo de estupefacientes, debido a que esto genera reacciones violentas en los pacientes,

originando maltratos físicos, psicológicos y moral en la pareja, lo cual deteriora las relaciones familiares, provocando conflictos y rupturas en las parejas. Por otra parte, un 27,1% de los pacientes manifestaron tener parejas, lo que indica la ausencia de un vínculo afectivo, pese a la conducta adictiva del paciente, ello se traduciría en un aspecto positivo o negativo, tomando en cuenta si la pareja es también consumidora; lo que se convertiría en un factor de riesgo durante el proceso de rehabilitación.

4.3.3.1 El adicto y la convivencia en parejas:

Cuadro N° 11. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la convivencia de los adictos con sus parejas CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Vives con ella	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	10,9
No	53	89,1
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 89,1% de los usuarios dijeron no vivir con sus parejas, éste dato está vinculado con lo expuesto en el análisis anterior; es decir, que la no existencia de relación afectiva, obedece a que los usuarios tienen una conducta adictiva ante la droga; también hay que tomar en cuenta, que un 10,2% manifiesta vivir con ellas, estos usuarios a pesar de estar en proceso de rehabilitación, han logrado mantener sus vínculos afectivos gracias a los permisos otorgados por el equipo técnico.

4.3.3.2 El consumo en la pareja del adicto.

En muchas ocasiones las relaciones de parejas pudiesen representar factor de riesgo para el sujeto, debido que existen mujeres que inducen al hombre al consumo de estupefacientes y viceversa, constituyéndose éstas en relaciones riesgosas, las

cuales desembocan en el desarrollo de la adicción entre ambos; cuando los dos son consumidores, las posibilidades de rehabilitación son muy escasas, ya que el uno no encuentra el apoyo del otro, para inicio o sostener procesos de abstinencia. Caso contrario sucede, cuando las parejas de los pacientes no consumen, debido a que se convierten en un factor de fortaleza durante el proceso de rehabilitación del sujeto.

Después de lo expuesto anteriormente, se pasa a exponer un cuadro relacionado con las parejas de los pacientes:

Cuadro N° 12. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a si la pareja de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO son consumidoras o no, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Su pareja es consumidora	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	5,6
No	56	94,4
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Los datos reflejan que un 94,4% de los entrevistados, manifestaron que su pareja no son consumidoras, lo cual descarta que ellas hayan sido un factor de riesgo en el proceso de adicción del sujeto. Sin embargo, un 5,1% expresó lo contrario, es decir, que sus parejas son consumidoras, representando un elemento de riesgo, que pudiese convertirse a posteriori en una posible recaída para el paciente.

4.3.3.3 Los hijos del farmacodependiente.

Los hijos de los adictos, también padecen las consecuencias de la adicción de sus progenitores bien sea porque son afectados por el maltrato físico y psicológico o porque tienden a imitar la conductas de sus padres; de la misma manera, hay que resaltar que suelen presentarse en la relación padre-hijo situaciones permisivas que

pudiesen acarrear desviaciones que pueden llegar a la asunción de la adicción como un modelo a seguir; según Bandura (citado por Muñoz, 2009),

La mayoría de la conducta humana se aprende por medio de modelado observationally: a partir de la observación de otros, uno forma una idea de cómo se realizan los nuevos comportamientos, y en ocasiones posteriores esta información codificada sirve como una guía para la acción.

A continuación se expone el siguiente cuadro:

Cuadro N° 13. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a los hijos de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Tiene hijos	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	75,9
No	15	24,1
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según información suministrada por los encuestados, el 75,9% de ellos tiene hijos, lo que significa que esta población se ve afectada por los embates causados por consumo de estupefacientes por parte de sus padres, situación que genera vulnerabilidad e inestabilidad en el entorno familiar.

Es importante señalar, algunas repercusiones a nivel psicológico y físico en los hijos que posean padres adictos, a continuación se mencionan algunas: la imitación de modelos de comportamientos externo, una baja seguridad hacia referentes personales, y un déficit en los niveles de autoestima; cuadros de depresión juvenil e infantil, caracterizado por cambios frecuentes en el estado de ánimos, sentimientos de minusvalía, comportamiento agresivo, alteraciones de sueño, ideas y pensamiento de

muerte, entre otras. Secretaría de Salud de México (2009). El otro 32,7% de los encuestados expresaron no tener hijos.

4.3.3.4 Número de hijos.

El círculo vicioso de la farmacodependencia tiende a perpetuarse por generaciones, lo puede ser contraproducente en la relación familiar, debido a que muchos hermanos pueden padecer de adicción a las drogas; una constante suele ser que los hijos de los farmacodependientes se conviertan a posteriori en futuros consumidores. A continuación se presenta un cuadro, donde se muestra la distribución de la población en función del número de hijos que tienen los pacientes:

Cuadro N° 14. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la cantidad de hijos que tienen los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Cuántos tiene hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	15	25,4
1	16	27,1
2	15	25,4
3	3	5,1
4	6	10,2
5	1	1,7
6	1	1,7
7	1	1,7
8	1	1,7
Total	55	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

La mayoría de los sujetos entrevistados tienen menos de dos hijos, así se aprecia en el cuadro anterior, donde el 77,5% tiene menos de tres hijos. En esto, parece coincidir esta población con las estadísticas nacionales en el sentido de apreciarse un número de dos hijos por familia. Por otra parte, es posible considerar que una persona adicta tenga poca probabilidad de tener una relación de pareja

estable que le garantice la reproducción, así se aprecia en el 25,4% de los casos los cuales manifestaron no tener hijos.

4.3.3.5 Hijos menores de 18 años

La adolescencia es una de las etapas más difíciles para el sujeto, ya que significa un proceso de cambios de actitud, donde se va definiendo la personalidad, imitación de modelos de conducta, como también es conocida como una etapa de rebeldía, convirtiéndose ésta en caldo de cultivo para el consumo de drogas.

Cuadro N° 15. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la cantidad de hijos menores de 18 años que tienen los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Cuántos son menores de 18 años	Frecuencia	Porcentaje
0	19	32,2
1	13	32,2
2	15	2,4
3	4	6,8
4	2	3,4
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Una mayoría de significativa (68,8%) manifestó tener hijos menores de 18 años; cifra preocupante por cuanto revela que la farmacodependencia de los padres está afectando una buena parte de la población infanto-juvenil. Esto nos remite a considerar que el problema de la adicción no es en modo alguno un problema individual sino que en es un problema social integral, en tanto que compromete la integridad de las futuras generaciones. No podemos olvidar que los niños tienden a imitar a sus progenitores.

4.3.3.6 El consumo de drogas y el estado de salud.

El consumo de estupefacientes lleva consigo múltiples consecuencias negativas en la relación sujeto entorno, las cuales llegan a afectar la salud del consumidor. A continuación se muestra un cuadro relacionado con la manera cómo influyó la droga en el entrevistado:

Cuadro N° 16. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a cómo influyó el consumo de drogas en los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

De qué manera influyó el consumo de drogas en su estado de salud	Frecuencia	Porcentaje
Me enfermé	28	47,5
No sabe	3	5,1
No respondió	28	47,5
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 47,5% de los usuarios manifestaron que su estado de salud fue alterado o afectado por el consumo de drogas, es decir, que los efectos ligados al consumo pueden consistir en enfermedades del hígado o del pulmón, cáncer, lesiones o muertes provocadas por accidentes, sobredosis, suicidio y agresiones. (O.M.S, 2004)

Es importante destacar, que un porcentaje elevado de la población entrevistada se negó a describir su situación de salud en el momento de mayor consumo; ésta mutilación de la información es comprensible como un mecanismo de defensa utilizado por el adicto para evadir recuerdos dolorosos. Al respecto Muñoz (2009). describe la negación de la enfermedad como un proceso inherente a la condición del adicto que inicia el proceso de rehabilitación.

4.3.3.7 Consumo y relación de pareja:

Los conflictivos conyugales se convierten en una constante en las relaciones de los farmacodependientes, debido a que bajo los efectos de la drogas, estos suelen maltratar a sus parejas causando no sólo daños físicos irreparables, sino también psicológicos.

Cuadro N° 17. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a cómo influyó el consumo de drogas en la relación de pareja de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

De qué manera influyó el consumo de drogas en su relación de pareja	Frecuencia	Porcentaje
Me separé de mi pareja	32	54,2
Discutía con mi esposa	5	8,5
No respondió	22	37,3
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 54,2% expresó que a causa del consumo de sustancias psicoactivas, se había separado de su pareja; lo que pudiese indicar que la ingesta de éstas sustancias, son un factor desencadenante en las rupturas de relación de parejas. También hay que destacar, que un 37,3% de los pacientes no respondió a la pregunta, esto puede obedecer a la misma conducta adictiva del paciente, la cual lo lleva a no reconocer la situación conflictiva en la pareja; de la misma forma, es necesario mencionar que un 8,55% manifestó que como consecuencia del consumo de drogas discutía con su esposa.

4.3.3.8 El consumo de drogas y la relación familiar:

El círculo familiar de los farmacodependientes, también es víctima de las consecuencias de la conducta adictiva de éstos, ya que los conflictos entre ambas

partes se agudizan por la falta de tolerancia; por un lado, los familiares no están preparados, ni dispuestos a permitir la adicción y la conducta delictual del sujeto y por la otra parte, el farmacodependiente no cesa en el consumo y desarrolla actitudes agresivas en contra de éstos. A continuación, se presenta el siguiente cuadro:

Cuadro N° 18. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a cómo influyó el consumo de drogas en la relación familiar de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

De qué manera influyó el consumo de drogas en su relación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Perdí a mi familia	22	37,3
Robaba a mi familia	2	3,4
Peleaba con mis hermanos	9	15,3
Me fui de la casa	13	22,0
No respondió	13	22,0
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 37,3% manifestó que perdió a la familia, un 22% dijo que se fue de la casa, otro 22% no respondió y un 15,3% consideró que peleaba con sus hermanos, de distintas formas, los pacientes del programa dijeron que el consumo de sustancias psicoactivas afectó su relación familiar. Todo ello radica, en la pérdida de perspectiva por parte del fármaco-dependiente, en relación a la importancia que tiene la vida familiar y de la búsqueda continúa para mejorar la calidad de vida; en este sentido, el paciente se aísla y habitualmente sólo ofrece una actitud indiferente y/o agresivo; desvinculándose de ésta manera con su núcleo familiar. (Nuevos Rumbos, 2009).

4.3.3.9 Consumo de drogas y relación laboral:

Los problemas laborales se acentúan con la intensificación del consumo de drogas por parte del sujeto, acarreando como consecuencia la pérdida del empleo o la

improductividad del empleado como mínimo; generando así un clima de inestabilidad laboral, que no sólo afecta al adicto, sino también a la institución o empresa donde éste labora. En el cuadro que a continuación se presenta, se pone de manifiesto lo expuesto anteriormente:

Cuadro N° 19. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a cómo influyó el consumo de drogas en la relación laboral de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

De qué manera influyó el consumo de drogas en su relación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Abandoné el trabajo	29	49,2
Me despidieron del trabajo	17	28,8
No respondió	13	22,0
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según datos arrojados, el 49,2% dijo haber abandonado su empleo, un 28,8% manifestó haber sido despedido y el 22% no respondió. En tal sentido, hay que considerar, que el consumo drogas, trae como consecuencia, bajo rendimiento y ausentismo laboral, lo cual acarrea problemas con el entorno laboral que finalmente suelen desencadenar el despido del adicto, el cual al encontrarse sin oficio, termina dedicándose en exclusividad al consumo, terminado de este modo en un vínculo vicioso que se mueve de la desocupación al consumo y del consumo a la desocupación.

4.3.3.10 Porcentaje de personas ingresadas al programa en el período de estudio.

La apreciación de los operadores en relación a esta pregunta, fue divergente debido a que cada uno de ellos maneja informaciones aisladas de la realidad, esto se genera a consecuencia de la inexistencia de un control y/o archivos que contenga información fidedigna en relación con los pacientes que ingresan al programa. Por

ello, se ha generado, una situación de debilidad a la hora de evaluar cuán eficaz y eficiente ha sido el programa, y de la misma manera si éste obedece a los principios por lo que fue creado.

La inexistencia de un archivo que resguarde y sistematice la información relacionada con los pacientes y su proceso de rehabilitación, da cuenta del carácter empírico y poco científico con el cual se está gerenciendo la institución; transformando dicha carencia en una debilidad de tipo administrativo-gerencial y terapéutico, por lo que pudiese inferir la inexperiencia del personal, así como deficiencia de orden gerencial.

4.3.3.11 Porcentaje de personas que han recaído una vez cumplido el tratamiento.

Al igual que el acápite anterior la asistematicidad, dentro del programa hace que no se lleve un registro sistemático sobre la cantidad de pacientes que han recaído una vez concluido el tratamiento; de esa forma lo manifestaron los operadores del programa, ya que cada uno maneja cifras estimadas que no convergen en la unificación de criterios; dejando entrever la falta de control de pacientes que forman parte del centro, esto pudiese acarrear: pérdidas patrimoniales, ineficiencia del programa, creación de falsas expectativas entre los usuarios, etc.

4.4 Utilidad, beneficios o perjuicios de las acciones realizadas por el programa.

Los programas de rehabilitación son creados con la intención de contribuir al proceso de reinserción social de las personas en situación de calle, éstas sufren problemas de indigencia, drogadicción, alcohol y conducta, entre otros; sin embargo, estos programas al pretender una rehabilitación integral deben ser garantes de la atención adecuada a la hora de brindar servicios eficientes en cuanto a salud, educación, recreación, entre otras; los cuales conlleven a la asimilación y adaptación

del sujeto al programa. A continuación, se exponen una serie de cuadros que ponen de relieve la percepción de los usuarios, no usuarios y equipo técnico en relación a los servicios.

4.4.1 Nivel de acceso cultural a los servicios de CAIMNHTO.

El acceso cultural a un servicio es definido por Canales (1997:113) como el conocimiento que tienen los beneficiarios sobre los servicios de atención a la salud brindada por el centro; esto significa que la comunidad en general debe tener un amplio conocimiento de los servicios que presta el programa. Es por ello, que hay que resaltar que uno de los elementos fundamentales que debe poseer un centro de rehabilitación son los servicios básicos destinados a satisfacer las necesidades en relación a salud, recreación, atención psicológica, cultural, etc, de los pacientes; ésto con la intención de reivindicar los derechos que les corresponde. En tal sentido, los programas de rehabilitación deben ser enfocados en brindar atención integral a sus pacientes, para de esa manera contribuir al proceso de reinserción. Es por ello, que a continuación se muestra en los siguientes cuadros el acceso a los servicios por parte de los pacientes:

Cuadro N° 20. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a el nivel de acceso cultural a los servicios por parte de los pacientes de la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Nivel de acceso cultural a los servicios de CAIMNHTO	Frecuencia	Porcentaje
Alto (Conoce los servicios que brinda el centro asistencial)	22	37,3
Medio (Conoce algún otro)	19	32,2
Bajo (No conoce o tiene un conocimiento muy reducido)	18	30,5
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según lo expresado por los usuarios, el 37,3% dijo tener conocimiento de los servicios que brinda el programa, este dato representa a un número significativo de pacientes, que dicen que los servicios en salud, educación, recreación con los que cuenta el programa; ello obedece, a que estas personas son las que tienen mayor tiempo dentro del mismo, por lo que han tenido mayor contacto con los servicios. Sin embargo, un 32,2% poseen poco conocimiento de la existencia de los servicios, esto porque no se han vinculados y/o beneficiados con los mismos; caso contrario ocurre con éste 30,5% de pacientes, los cuales su conocimiento en cuanto a los servicios es nulo, debido a que según ellos no conocen los servicios, éste fenómeno se pudiese estar dando por la falta de información que les dan a los pacientes a la hora de ingresar al programa. De la misma manera, hay que resaltar que de los datos arrojados, se desprende que existe debilidad en el proceso de inducción que debería impartirse en el programa previo al ingreso de los pacientes, por lo que esto genera el desconocimiento de los beneficios que brinda el mismo.

4.4.2 Nivel de acceso geográfico a la salud que proporciona el centro.

El acceso geográfico a la salud es definida por Canales (1997:113) como el tiempo en horas y minutos que tarda una persona para trasladarse del centro de rehabilitación a un centro asistencial de salud, es decir, la accesibilidad que tienen los usuarios del programa en hacer contacto con un servicio de atención médico-asistencial. A continuación se muestra un cuadro relacionado al acceso a la salud brindada por el centro:

Cuadro N° 21. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a el nivel de acceso geográfico a la salud que proporciona la comunidad terapéutica CAIMNHTO a los pacientes, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Nivel de acceso geográfico a la salud que proporciona CAIMNHTO	Frecuencia	Porcentaje
Alto (0-10 min de distancia para hacer contacto con un centro)	5	38,5
Medio (0-20 min de distancia para hacer contacto con un centro)	8	61,5
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 61,5% de los entrevistados manifestaron que el nivel de acceso geográfico proporcionado por el centro es medio, lo que indica que es en cierta medida rápido la atención que se le brinda a los pacientes del programa; hay que señalar, que el programa cuenta con un equipo de médico y enfermeras que trabaja las veinticuatro (24) horas; sin embargo, estos brindan atención primaria; para casos más extremos los pacientes son trasladados hacia los hospitales por medio de ambulancias que pertenecen a la Fundación; esto convirtiéndose en una fortaleza para el desarrollo del programa. De la misma manera, un grupo significativo del 38,5% opinó que el acceso que brinda el programa en cuanto a salud es alto.

4.4.3 Nivel de acceso socio-económico de la institución para cubrir gastos por conceptos de servicios.

El acceso socio-económico, según Canales (1997:113) es definido como la cantidad de dinero que se gasta para recibir la atención, así como la disponibilidad económica para cubrir ese gasto; esto significa, los recursos que posee la institución para invertir en la salud de los usuarios. A continuación se muestra el siguiente cuadro relacionada a esta variable:

Cuadro N° 22. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al nivel de acceso socio-económico de la institución para cubrir gastos por concepto de servicios que proporciona la comunidad terapéutica CAIMNHTO a los pacientes, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Nivel de acceso geográfico a la salud que proporciona CAIMNHTO	Frecuencia	Porcentaje
Alto (Tiene recursos para cubrir gastos de salud)	11	84,6
Medio (El centro brinda los servicios gratuitos)	2	15,4
Bajo (Sin recursos para cubrir gastos)	0	0
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

De acuerdo a lo manifestado por la mayoría (84,6%), el programa tiene recursos para cubrir gastos por concepto de salud de los pacientes, ya que los brinda de manera gratuita, es importante resaltar los esfuerzos que hace el gobierno venezolano en invertir recursos en programas de atención a farmacodependientes, con el fin de disminuir los factores de riesgo a los cuales están expuestos, y al mismo tiempo, que esto repercuta en la reinserción de estas personas. Es por ello, que este esfuerzo se convierte en un elemento significativo para la población, ya que el problema de la adicción en el país, se ha convertido en un problema de salud pública, el cual afecta a todos los estratos de la población y que ha desatado problemas vinculados con la delincuencia, narcotráfico, etc. También es importante resaltar, que en comparación con otros países, Venezuela se encuentra en un puesto importante en relación a la inversión en programas de rehabilitación, ya que a otros sociedades han optado por la no inversión en políticas públicas relativas al abuso de las drogas, debido a posturas escépticas acerca de la eficacia de los tratamientos del abuso de sustancias, y por ende la mayoría de los gobiernos ponen en duda que “valga la pena” ofrecer tratamiento. (ODD, 2003:01).

Sin embargo, cabe destacar que no fue posible cuantificar por parte de los operares del programa la cantidad de recursos invertidos por rubros dentro del programa, ya que no manejan la información. No obstante, más adelante se muestran algunas cifras facilitadas por la Directora de Planificación y Presupuesto de la F.M.N.H. las cuales dan cuenta de la inversión por rubros por parte del programa.

4.4.4 Acceso a la familia.

Un beneficio claro en la recuperación del paciente, es el fortalecimiento de los vínculos en la comunicación entre el adicto y su grupo familiar, para los farmacodependientes el ingresar a un programa de rehabilitación significa la apertura de expectativas que lo conducirían a la recuperación de espacios en cuanto a la relación familiar, de pareja, laboral y social, ámbitos que en la cotidianidad estaban perdidos a causa de la adicción, pero que sin embargo; el simple hecho de acceder a un programa los incluye nuevamente socialmente. En el cuadro que se muestra a continuación los pacientes manifiestan en cuánto han mejorado su relación familiar:

Cuadro N° 23. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la mejora de la relación familiar de los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Considera que tu relación con la familia ha mejorado desde el ingreso al programa	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	59,3
NO	24	40,7
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 59,3% de los usuarios consideraron que su relación familiar mejoró desde el ingreso al programa, lo que indica, que el programa ha representado una oportunidad para una reestructuración de la relación paciente-familia, llevando consigo el fortalecimiento de los vínculos entre ellos. Hay que tomar en cuenta, que el 40,7% expresó que su relación con la familia no había mejorado, lo que significa, que esta

población estará en desventaja con aquéllas que poseen apoyo moral, por parte de familiares, debido a la inexistencia de un sostén afectivo que le permita avanzar en su proceso de rehabilitación.

4.4.5 Razones que exponen los pacientes, para justificar la mejoría o no de su relación familiar.

A continuación se presenta el siguiente cuadro:

Cuadro N° 24. Distribución absoluta y porcentual en cuanto por qué los reclusos en la comunidad terapéutica CAIMNHTO consideran que su relación familiar ha mejorado, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Por qué	Frecuencia	Porcentaje
Mi familia no sabe que estoy aquí	24	40,7
Mi familia cree en mí	3	5,1
Mi familia ha puesto nuevamente su confianza en mí	13	22,0
He recuperado a mi familia	3	5,1
Mi familia me acepta y me quieren	8	13,6
Mi familia ha visto el cambio desde que ingresé al centro	8	13,6
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según los entrevistados, el 40,7% informó que su familia no sabe que están en el programa; esto representa una debilidad en la rehabilitación del paciente, ya que no existe una participación de la familia en el proceso; un 22% manifestó que su familia ha puesto nuevamente su confianza en él; otro 13,6% dijo que la familia la acepta y lo quiere; mientras que un 13,6% expresó que la familia ha visto el cambio desde que ingresó al programa; ello constituye una fortaleza en el proceso de rehabilitación; ya que se pone de manifiesto el papel preponderante que juega la familia, debido a que el entorno familiar puede colaborar positivamente o influir de forma negativa en el desarrollo de la adicción y en el tratamiento. Una actitud de apoyo y comprensión por

parte de familiares es siempre importante, por lo cual es conveniente que los miembros de la familia se reúnan y comenten lo que cada uno espera, tanto del adicto como de la institución rehabilitadora. C.I.J, A.C (2009)

También hay que considerar, en cuanto a los datos arrojados por la entrevista, que algunos de los pacientes deberán construir nuevas familias, dado a que perdieron sus familias como consecuencia de su conducta adictiva.

4.4.6 Participación de la familia en el tratamiento:

Cuadro N° 25. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la participación de la familia en el tratamiento, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Participación de la familia en el tratamiento.	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	10,2
NO	53	89,8
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 89,8% de los entrevistados manifestó que la familia no participa en el tratamiento; mientras que sólo un 10,2% dijo que sí. Estos datos son contraproducente, a la hora de ver el éxito de la rehabilitación del paciente, ya que la familia no se encuentra involucrada como eslabón principal en la relación paciente-terapeuta-familia, donde ésta juega un papel preponderante en cuanto al apoyo moral, emocional al fármaco-dependiente, aunque el porcentaje de los pacientes que cuentan con la participación de los familiares en el tratamiento es menor, esto suele ser significativo, ya que abre expectativas, en el sentido de que éstos colaboren de forma positivo en la rehabilitación. A continuación, se presenta las formas en las cuales los familiares participan en el tratamiento:

Cuadro N° 26. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a las formas de participación de la familia en el tratamiento ejecutado por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Formas de participación	Frecuencia	Porcentaje
No me visitan	53	89,8
Me visitan simplemente	3	5,1
Se reúnen con el equipo técnico	1	1,7
Me apoyan	2	3,4
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según los entrevistados, existen varias formas por las cuales la familia participan en el tratamiento, aún cuando el porcentaje es muy poco, un 5,1% dice que su familia participa a través de las visitas que les realizan, otro 3,4% consideran que por medio del apoyo que suelen darle, mientras que 1,7% manifestó que su familia se reúne con el equipo técnico. Sin embargo, la gran mayoría de las familias no participan en el tratamiento, éste dato se encuentra influenciado por el no conocimiento que tienen éstas, en relación a la permanencia de sus familiares en el programa, así como también la falta de confianza, credibilidad de familiar-paciente. Sin embargo, pudiese deducirse la inexistencia de estrategias por parte del programa con la finalidad de integrar al grupo familiar. A continuación, se muestra en el siguiente cuadro las razones expuestas por los usuarios sobre el por qué creen ellos que sus familiares participan del tratamiento:

Cuadro N° 27. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al por qué creen los pacientes que sus familiares participan en el tratamiento, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Formas de participación	Frecuencia	Porcentaje
No me visitan	53	89,8
Mi familia quiere que me rehabilite	2	3,4
Para saber cómo ha evolucionado desde que entré al programa.	2	3,4
Mi familia ha visto mi disposición de cambiar	2	3,4
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

La participación de la familia en el tratamiento es muy limitada, ya que no juega el rol que le compete como pieza fundamental para el fortalecimiento de relaciones afectivas y de confianza entre las partes; por lo que la familia ha asumido una postura pasiva, que va en contra del proceso de rehabilitación del paciente. Tal aseveración puede inferirse por los datos reflejados en el cuadro antes expuesto. De la misma forma, es necesario tomar en cuenta la opinión del equipo técnico en relación a la participación de los beneficiarios indirectos, por los que se muestran los siguientes resultados:

Cuadro N° 28. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la participación de la familia en el tratamiento, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Participación de la familia en el tratamiento.	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	38,5
NO	8	61,5
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Es importante mencionar, que la opinión de la mayoría del equipo técnico (61,5%) coincide con lo expuesto por los usuarios del programa, en el sentido de la casi inexistente participación de los familiares; lo que significa una debilidad muy severa, debido a que estos actores, importantes dentro del proceso, no se han vinculado. Algunas de las causas reportadas de la no vinculación familia-proceso de rehabilitación son las siguientes: los familiares no están al tanto de la participación de sus parientes en el programa; segundo: los familiares no creen en la rehabilitación de los pacientes y tercero, no se han creado estrategias que permitan la incorporación de los usuarios indirectos en el proceso de rehabilitación.

De la misma manera, los familiares entrevistados comparten lo dicho anteriormente, tanto por los adictos como por el equipo técnico. En seguida se muestra las formas como suelen participar los familiares de los pacientes, éstos según la perspectiva del equipo técnico:

Cuadro N° 29. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a los motivos para participar que tienen los familiares de los Pacientes, según la opinión del equipo técnico de CAHIMNTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Motivos para participar que tienen los familiares de los Pacientes	Frecuencia	Porcentaje
En festividades, tales como: día de las madres y día del niño.	1	7,7
Eventualmente a las entrevistas con los terapeutas	4	30,8
No los visitan	8	61,5
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigado

De forma eventual (30,8%) y en algunas festividades (7,7%) suelen incorporarse los familiares de los pacientes, lo que demuestra una vez más la escasa participación de la familia en el tratamiento del paciente, tal como lo manifestó el equipo técnico (61,5%). A continuación, en el siguiente cuadro se muestra las razones por las cuales los familiares suelen participar:

Cuadro N° 30. Motivos para participar que tienen los familiares de los Pacientes, según la opinión del equipo técnico de CAHIMNTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Motivos para participar que tienen los familiares de los Pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Se sienten motivados, debido a la voluntad de sus familiares.	8	61,5
Restablecer los vínculos afectivos con sus familiares.	1	7,7
La familia no participa.	4	30,8
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Desde la óptica de los terapeutas, muchos de los familiares de los pacientes que participan lo hacen por sentirse motivados al observar la voluntad del adicto, pues ven en el hecho de someterse a un tratamiento un signo positivo, como el principio de un cambio o nueva esperanza. Igualmente, al observar cambios en la conducta habitual del adicto, su familia piensa que el programa le permitirá superar el problema de la adicción, lo cual renueva su esperanza del restablecimiento de la relación familiar. De la misma manera, hubo quien opinó que los familiares de los pacientes no participan (30,8 %). Sin embargo, cabe destacar, que lo expuesto tanto por pacientes y equipo técnico, en cuanto a la participación de la familia fue corroborado por los propios familiares entrevistados, ya que en su opinión, los motiva a participar el hecho de ver a sus parientes se rehabiliten.

4.5 Carácter endógeno y exógeno de los procesos que conducen a resultados favorables o desfavorables.

La ejecución de los programas en la mayoría de los casos está vinculada a la labor o aporte que hagan factores internos o externos al programa; bien sean instituciones gubernamentales o no gubernamentales (ONG), entre otras. En ese sentido, hay que resaltar el papel importante que juegan éstas instituciones en el desarrollo y puesta en práctica de los programas de rehabilitación, ya que de manera directa e indirecta coadyuvan al logro de las metas en el proceso de rehabilitación de los pacientes. A continuación se muestran algunos datos relacionados con el tema:

4.5.1 Disponibilidad financiera.

El aporte financiero por parte del Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social, a través de la Fundación Misión Negra Hipólita es un factor importante, ya que este contribuye significativamente al sostenimiento de este programa. Según entrevista realizada a la Directora de Planificación y

Presupuesto de la Fundación, la misma manifestó que en el año 2008 se destinó recursos económicos para cubrir gastos operativos (personal, calzados, alimentación, salud, etc.) de CAIMNHTO por un orden de Treinta y cinco Millones de Bolívares Fuertes (BSF. 33.880.000). A continuación, se expone el siguiente cuadro:

Cuadro N° 31. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la disponibilidad financiera que posee CAIMNHTO para llevar a cabo el programa según los funcionarios, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Disponibilidad financiera para llevar a cabo el programa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	61,5
Casi siempre	4	30,8
Nunca	1	7,7
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según los datos aportados por los operadores y directivos del programa, el 61,5% dijo que siempre cuentan con disponibilidad financiera, lo que indica, que el programa cuenta el aporte realizado por la Fundación Misión Negra Hipólita para llevar a cabo las actividades del centro, con el fin de impulsar la reinserción de los pacientes. Sin embargo, un 30,8% acotó que casi siempre tienen disponibilidad financiera, esto representa la contraparte de lo expresado anteriormente, ya que consideran que en ocasiones no cuentan con el aporte realizado por el Estado, reflejándose en muchas ocasiones en la falta de insumo para los pacientes. De la misma manera, hay que resaltar que un 7,7% expuso que nunca tienen disponibilidad.

4.5.2 Beneficio de CAIMNHTO hacia su entorno

La ubicación del centro, resulta ser estratégica para el desarrollo del programa, debido a que pudiese convertirse en un elemento a favor o en contra del proceso de rehabilitación del paciente. Cuando se elige el lugar de emplazamiento de una comunidad terapéutica se busca reducir al mínimo la exposición de los pacientes a

factores de riesgo. Es por ello, que el entorno y su ubicación juega un rol importante a la hora de contribuir en la superación del problema de adicción. Por las razones antes mencionadas se le solicitó al equipo su opinión al respecto:

Cuadro N° 32. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al beneficio que genera el entorno donde se desarrolla el programa, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

El entorno donde se desarrolla el programa beneficia al centro	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	76,9
No	3	23,1
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según datos expuestos por los operadores el 76,9% informó que el entorno beneficia el desarrollo del programa; lo que indica, que un entorno comunitario propicio contribuye a la recuperación de las personas que han recibido tratamiento por abuso de drogas; sin embargo, un 23,17% opina lo contrario, es decir, que el entorno donde se ejecuta el programa no beneficia al centro, esto obedece a que detrás del centro se encuentra ubicada una comunidad donde suele distribuirse sustancias psicoactivas.

4.5.2.1 Algunas razones por la cual la ubicación geográfica beneficia al centro:

Cuadro N° 33. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a por qué el entorno donde se desarrolla el programa beneficia al centro, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Por qué el entorno donde se desarrolla el programa beneficia al centro	Frecuencia	Porcentaje
Por su ubicación geográfica, ya que está aislado de la ciudad	10	76,9
Hay un barrio detrás del centro donde distribuyen drogas	3	23,1
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

De acuerdo a los entrevistados, el 76,9% manifestó que el entorno donde se desarrolla el programa beneficia al Centro, debido que se encuentra ubicado geográficamente a las afueras de la ciudad, este aspecto resulta estratégico, debido a que en el proceso de abstinencia el paciente busca la manera de obtener sustancia psicoactivas para suplir la necesidad del consumo. Hay que señalar, que generalmente los centros de rehabilitación son creados en espacios foráneos de la ciudad, para impedir el contacto de los pacientes con el ambiente al cual estaba acostumbrado a estar. De la misma manera, es perentorio mencionar que un 23,1% de los operadores manifestaron que por la cercanía del centro con un barrio donde distribuyen drogas, el entorno no beneficio al programa, ya que muchos de los pacientes violan la seguridad existente en el centro, y se dirigen al barrio a consumir drogas; convirtiéndose ésto en un factor que va en detrimento de los esfuerzos terapéuticos bien sean de equipo técnico como del paciente.

4.5.3 Participación de los entes exógenos en el desarrollo del programa.

El establecimiento de relaciones interinstitucionales, se constituyen en un elemento importante para el desarrollo de actividades que coadyuven a la rehabilitación de los pacientes, así como el fortalecimiento del programa; bajo esa premisa comienzan a crearse estrategias con el fin de realizar los respectivos aportes de los entes, bien sean públicos y privados en función de avanzar en aspectos relacionados con: formación educativa, terapias ocupacionales, atención médica, entre otros.

En tal sentido, hay que destacar la participación importante que han tenido algunas instituciones del Estado en el desarrollo del Programa, las cuales han apoyado con recursos no financieros (humanos, atención, insumo, etc.) tal es el caso de Instituto de Nacional de Capacitación y Educación Socialista (INCES) que por medio de sus programa dicta cursos relacionados al área socio-productivo,

carpintería, mecánica, entre otros. Así como también, el Ministerio del P.P. Para la Educación por medio de las Misiones Ribas, Sucre, Robinson, las cuales brinda capacitación educativa para aquéllos beneficiarios que no han logrado culminar sus estudios; de la misma manera, se puede mencionar el Ministerio del P.P para la Salud, a través de la Misión Barrio Adentro, la cual realiza jornadas de atención médica dentro del centro, entre otras. Esto ha servido, en cierta medida para fortalecer los vínculos interinstitucionales. Al mismo tiempo, es menester resaltar que la población beneficiada con estos programas fueron todos los pacientes, es decir, Doscientos (200) usuarios, y que para el momento en el que culminó la investigación la cobertura de éstos programas fue en ascenso debido a que beneficiaba a un promedio de Quinientos (500) usuarios pertenecientes al programa.

4.6 Resultados o efectos no previstos como consecuencia de la ejecución del programa.

Todo programa genera impactos y efectos no previstos por sus planificadores. Dichos efectos pueden ser tanto positivos como negativos. Un indicador clave que permite identificar el carácter positivo del programa es la opinión que de él se genera a nivel de los usuarios y comunidad en general. Cabe destacar, que no existe en el programa la incorporación de voluntarios, es decir, la participación voluntaria por parte de la comunidad; sin embargo, durante las entrevistas se pudo observar la participación de algunos pacientes de la última fase del tratamiento, quienes cumplían funciones de vigilantes, y que el equipo técnico los identificaba como voluntarios.

4.7 Opinión de los usuarios y no usuarios acerca del programa.

Resulta importante la valoración que tienen los pacientes, familiares y operadores del programa en cuanto a las expectativas que tiene cada uno de éstos en relación al programa, debido a que va a determinar en cierta medida la eficacia y

eficiencia del mismo; de allí radica la importancia de la evaluación de cada uno de los actores que participan en el proceso de rehabilitación. En tal sentido, se exponen varios cuadros relacionados con la opinión de los pacientes:

4.7.1 Expectativas de los usuarios:

Los pacientes al ingresar a un programa de rehabilitación, suelen analizar una serie de elementos que tienen que ver con la gravedad del problema de adicción que los aqueja; eso convirtiéndose en un elemento importante para que los pacientes cifren sus expectativas en el tratamiento que los lleve a la superación del problema de la adicción.

A continuación, se presentan un cuadro relacionado con las expectativas de los pacientes (Ver Cuadro N° 33):

Cuadro N° 34. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a qué esperan los pacientes del programa desarrollado por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Qué esperan los pacientes del programa	Frecuencia	Porcentaje
Rehabilitarme	50	84,7
Un Empleo	4	6,8
Una vivienda	3	5,1
Ayuda médica	1	1,7
Terapia ocupacional	1	1,7
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 84,7% de los pacientes, manifestaron que esperan rehabilitarse y reinsertarse; un 6,8% dijo que espera un empleo, mientras que un 5,15 expresó que quiere una

vivienda; esto refleja la intención del paciente de cumplir su tratamiento, con el fin de reinsertarse socialmente. Cabe destacar, que la mayoría de los pacientes tienen como objetivo principal superar los escollos de la adicción; sin embargo, para lograr ésto entra en juego un elemento fundamental, como lo es el tratamiento, el cual se constituye como un proceso cuyo objetivo final es el de la recuperación personal y social de las personas con problemas asociados el consumo de drogas, que logre cambiar a un estilo de vida incompatible con el uso de drogas. (CONACE, 2004:38) De la misma manera, hay que destacar que los datos aportados por los operadores guardan relación con la percepción de los pacientes, en relación a qué esperan del programa.

A continuación, se expone lo siguiente:

4.7.7.1 Opinión del equipo clínico (operadores) en relación a las expectativas de los usuarios:

Cuadro N° 35. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a qué esperan los pacientes del programa desarrollado por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Qué esperan los pacientes del programa	Frecuencia	Porcentaje
Rehabilitarse y reinsertarse socialmente	13	100
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según los datos suministrados por el equipo técnico, el 100% manifestó que los pacientes desean rehabilitarse, lo cual representa en cierta medida la motivación de éstos para superar el problema del consumo de sustancia psicoactivas. Se refleja en estos resultados el alto nivel de conciencia entre la opinión de los usuarios y el equipo técnico. También se pudo conocer que la mayoría de usuarios indirectos (familiares y amigos del paciente) comparten la opinión de que es la necesidad y el deseo de

rehabilitarse lo que mueve en que cierta medida ellos estén involucrados con la rehabilitación de sus familiares, ya que eso representaría tanto para el paciente, como para el familiar un logro significativo, el hecho de superar la adicción.

4.7.7.2 Nivel de satisfacción de los usuarios y no usuarios con relación al programa:

La creación de programas de rehabilitación, lleva implícita la satisfacción de las necesidades y superación de los problemas de la farmacodependencia, debiéndose crear en torno a ello estrategias que permitan cubrir demandas básicas de los pacientes relacionados con salud, espacio físico, ayuda terapéutica, recreación, entre otros; lo cual conlleva a la adaptación del paciente en su nuevo medio de acción. En tal sentido, se expone lo siguiente:

Cuadro N° 36. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a las condiciones de la infraestructuras de CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Condiciones de la Infraestructura	Frecuencia	Porcentaje
Buena	40	67,8
Regular	17	3,8
Deficiente	2	43,4
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 67,8% manifestó que las condiciones de la infraestructura donde se desarrolla el programa son buenas, mientras que un 28,8% es de la opinión que dicen son condiciones regulares, y sólo un 3,4% informó que éstas son deficiente; de lo anterior se desprende, que gran parte de los pacientes están satisfecho por las condiciones del centro, lo que pudiese representar un factor motivacional favorable al proceso de rehabilitación, ya que el aspecto físico-ambiental genera mayores condiciones para la adaptación del usuario. Por otra parte, algunos de los pacientes se sienten insatisfechos por las condiciones en las que se encuentran la infraestructura;

por ejemplo, durante la entrevista se pudo observar que existe insuficiencia de baños, dormitorios y espacios cerrados que garanticen privacidad a la población beneficiaria. Sin embargo, pese a las aseveraciones de los pacientes en cuanto valorar como buenas las condiciones de la infraestructura de CAIMNHTO, el equipo técnico con una visión más profesional difiere de las concepciones de los pacientes. Es por ello, que a continuación se muestra un cuadro relativo al tema:

4.7.7.2.1 Condiciones de la infraestructura desde la óptica de los terapeutas y directivos de CAIMNHTO.

Cuadro N° 37. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a las condiciones de la infraestructuras de CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Condiciones de la Infraestructura	Frecuencia	Porcentaje
Buena	1	7,7
Regular	5	38,5
Deficiente	7	53,8
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 53,8% de los operadores entrevistados manifestó que las condiciones de la infraestructura son deficientes, mientras el 38,5% dijo que es regular y sólo un 7,7% dijo que eran buenas. Los datos arrojados denotan la contraparte de las percepciones de los pacientes; bajo una visión más profesional el equipo técnico, mostró su inconformidad en relación a la condiciones de la infraestructura. Del mismo modo, lo expresó una mayoría significativa de usuarios indirectos del programa, los cuales consideraron que las condiciones que tiene el centro no son las más apropiadas para desarrollar el programa, debido a que los dormitorios no están bien distribuidos, los baños son insuficientes, los usuarios no gozan de privacidad, etc.

4.7.7.3 Relación con los directivos, terapeutas y demás personal que labora en el programa.

En torno al proceso de tratamiento, debe generarse un clima de confianza con todos los actores que hacen vida dentro del programa, por que de allí dependerá el que se logre algunos objetivos vinculados a la afinidad, clima de confianza entre los pacientes y equipo técnico. Después de lo expuesto anteriormente se muestra el siguiente cuadro:

Cuadro N° 38. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la relación de directivos, terapeuta y demás personal que labora en el programa llevado a cabo por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Relación de directivos, terapeuta y demás personal que labora en el programa	Frecuencia	Porcentaje
Buena	51	86,4
Regular	5	8,5
Deficiente	3	5,1
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 86,4% dijo que la relación con los directivos, terapeutas y demás personal, es buena, convirtiéndose esto, en un elemento positivo en la rehabilitación de los usuarios, ya que existe empatía y confianza entre ellos; de allí que pudiese determinarse el éxito terapéutico. Por otro lado, un porcentaje muy reducido manifestó su inconformidad con el equipo técnico por el poco contacto que tienen con los pacientes. De la misma forma, un 8,5% dijo que era regular y otro 5,15 manifestó que era deficiente. Cabe señalar, que el equipo técnico comparte lo señalado por los pacientes. El siguiente cuadro muestra los resultados de la visión de los operadores en torno a la relación entre los miembros del equipo técnico:

Cuadro N° 39. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la relación de los pacientes con los directivos, terapeuta y demás personal que labora en el programa llevado a cabo por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Relación de los pacientes con los directivos, terapeuta y demás personal que labora en el programa	Frecuencia	Porcentaje
Buena	11	84,6
Regular	2	15,4
Deficiente	0	0
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 84,6% de los entrevistados dijeron que la relación entre paciente-equipo técnico son buenas y el 15,4% manifestó que es regular. Lo que demuestra, la existencia de un clima de comunicacional, propiciándose un ambiente de intercambio significativo durante el proceso de tratamiento.

4.7.7.4 Beneficios y servicios prestados dentro del Centro.

Los beneficios y servicios que deben brindar los programas de rehabilitación, deben ir en pro de la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes, ello va a incidir en la aceptación del tratamiento por parte del paciente. En relación a este punto se obtuvo los siguientes resultados:

Cuadro N° 40. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la relación de los beneficios y servicios que brinda el programa llevado a cabo por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Beneficios y servicios prestados dentro del programa.	Frecuencia	Porcentaje
Buena	52	88,1
Regular	6	10,2
Deficiente	1	1,7
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

De acuerdo a los usuarios, el 88,1% manifestó que los beneficios y servicios prestado por el programa son buenos, de lo anterior se desprende, que en los pacientes existe un alto grado de satisfacción de necesidades, en cuanto a atención médica, educación, alimentación, recreación; por lo que hay que resaltar, que el programa cuenta con consultorios de atención primaria, programas como las misiones educativas, comedor, aunque para la fecha de la entrevista se encontraba en proceso de remodelación; Mientras que un 10,2% dijeron que es regular, éstos usuarios sienten que existen debilidades en los servicios, ya que según manifestaron, los médicos y enfermeras no los atienden y no hay medicamentos, otro 1,7% expresó que es deficiente. Ante lo expuesto por los pacientes; el equipo técnico opina lo contrario. Es por ello, que se muestra el cuadro siguiente:

Cuadro N° 41. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la relación a los beneficios y servicios que brinda el programa llevado a cabo por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Beneficios y servicios prestados dentro del programa.	Frecuencia	Porcentaje
Buena	5	38,5
Regular	6	46,2
Deficiente	2	15,4
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según lo expuesto por el equipo técnico, el 46,2% afirmó que los beneficios y servicios que presta el programa es regular, un 38,5% dijo que es buena y otro 15,4% manifiesta que es deficiente. Estos datos contrarrestan lo aportado por los pacientes, debido a que bajo la óptica del equipo técnico, no se cumplen con condiciones propicias para el desarrollo del proceso de rehabilitación. Tal aseveración es respaldada por los usuarios indirectos entrevistados.

4.7.7.5 Ejecución del programa.

La forma en la cual se ejecuta el programa, va a determinar el que éste sea eficiente y eficaz, en la medida que cubra las expectativas de usuarios, no usuarios y operadores, es decir, que cubra las expectativas para la que fue creado.

Cuadro N° 42. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la ejecución del programa llevado a cabo por CAIMNHTO según los usuarios, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Ejecución del programa.	Frecuencia	Porcentaje
Buena	48	81,4
Regular	8	13,6
Deficiente	3	5,1
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 81,4% de los entrevistados expresaron que la forma como se está llevando el programa es buena; un 13,6% dijo que era regular y el 5,1% manifestó que es deficiente; lo que denota el elevado número de pacientes satisfechos, por la manera en la cual se está desarrollando el programa, ello sirve, para fortalecer el proceso de rehabilitación; sin embargo, un 13,6% consideró que existen debilidades en la ejecución del mismo. Es importante destacar, que los operadores y familiares de los pacientes del programa avalan la postura de los usuarios, en relación a la ejecución del programa. En tal sentido, se presenta el siguiente cuadro:

Cuadro N° 43. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la ejecución del programa llevado a cabo por CAIMNHTO según los operadores, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Ejecución del programa.	Frecuencia	Porcentaje
Buena	10	76,9
Regular	2	15,4
Deficiente	1	7,7
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 76,9% de los entrevistados dijo la ejecución del programa es buena, un 15,4% dijo que regular y otro 7,7% manifestó que era deficiente, lo que indica que existe un grado aceptación o aprobación por parte de los pacientes, equipo técnico y beneficiarios indirectos.

4.7.7.6 Responsabilidad por parte de directivos y terapeutas.

Para el logro de altos niveles de eficacia y eficiencia, una de las cualidades del equipo técnico debe ser la responsabilidad, la cual determina el avance y desarrollo de las actividades vinculadas con el programa, ya que de allí va a depender en cierta medida el logro de las objetivos; de la misma manera, hay que resaltar que dicho equipo debe ser competente. En tal sentido, se expone lo siguiente:

Cuadro N° 44. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la responsabilidad por parte de directivos y terapeutas del programa llevado a cabo por CAIMNHTO según los operadores, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Responsabilidad por parte de directivos y terapeutas	Frecuencia	Porcentaje
Buena	50	84,7
Regular	6	10,2
Deficiente	3	5,1
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 84,7% de los entrevistados manifestaron que existe responsabilidad por parte de directivos y terapeutas, esto significa que según los pacientes, el equipo técnico, ha manifestado una actitud responsable durante el proceso de tratamiento; un 10,2% consideró que es regular su responsabilidad, y otro 5,1% dijo que es deficiente. De la misma forma, lo expuesto anteriormente coincide con las aseveraciones de los familiares de los usuarios entrevistados, los cuales manifestaron en su mayoría que el equipo técnico es responsable.

4.8 Nivel de implantación del programa en el contexto social en el que se ejecuta.

Los programas que se ejecutan desde las comunidades terapéuticas, deben estar vinculadas con la familia, instituciones, comunidad, es decir, con el contexto social donde se desarrolla. Por ende hay que destacar, el papel que juega la comunidad, desde el punto de vista de buscar alternativas para disminuir los factores de riesgos, hasta difundir entre sus habitantes los beneficios del programa. Esto permite, la articulación programa-comunidad con el fin de desarrollar estrategias que permitan hacerle frente a la adicción de sustancias psicoactivas. Algunas de las variables que permiten medir el grado en el cual el programa se ha implementado con éxito en el seno de la comunidad son: la relación del programa con la comunidad, la aceptación del programa y la calidad de los servicios que brinda. A continuación, se muestran algunos resultados obtenidos para esta variable.

4.8.1 Existe relación programa-comunidad.

Cuadro N° 45. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la existencia de relación programa-comunidad, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Responsabilidad por parte de directivos y terapeutas	Frecuencia	Porcentaje
Bastante	10	16,9
Poco	14	23,7
Nada	35	59,3
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según los entrevistados el 59,3% dijo que no existe relación programa-comunidad, mientras que un 23,75% alega que existe poco y un 16,9% dice que bastante, lo que refleja, debilidad en el programa en cuanto a la interacción que

debería existir con la comunidad a la hora de hacerle frente al problema del consumo de drogas; dejando de lado el papel importante que juega la comunidad en este proceso; donde debería ser propicio un acercamiento con de Consejos Comunales, como un organismo que tome decisiones en cuanto a qué medidas tomar ante tal problemática. Cabe destacar allí, el rol de la comunidad el cual debe ser orientado hacia la búsqueda de alternativas que operan sobre las causas que originan el fenómeno de las drogas y que estimulen a sus miembros a participar en actividades que le permitan su integral desarrollo. Igualmente, los miembros de la comunidad puedan planificar y ejecutar acciones que contribuyan a potenciar los recursos disponibles y, al mismo tiempo, influir en las decisiones políticas, sociales y educativas. (Ramírez, F. 2008).

Son múltiples las consideraciones por parte de los pacientes, las cuales van en pro de dilucidar los aspectos concernientes al por qué de la inexistencia de relación programa-comunidad. Tal como se muestra en la tabla siguiente:

Cuadro N° 46. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al por qué existe relación entre el programa y la comunidad, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Por qué	Frecuencia	Porcentaje
A través de intercambios deportivos	4	6,8
Por medio del Programa sembrando vida	3	5,1
Con el terminal de oriente, a través de empleos eventuales	7	11,9
Con el barrio que está detrás del centro	10	17
No hay	34	57,6
Tengo poco tiempo en el centro	1	1,7
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 57,6% de los entrevistados manifestó que no existe ningún tipo de relación entre la comunidad-programa, un 17% expresó que hay un cierto vínculo con la comunidad ubicada detrás del centro, otro 11,9% dijo que hay una relación eventual con el Terminal de Oriente sólo para gestionar empleo provisional, un 6,8% expuso que existe una relación con la comunidad por medio del programa Sembrando Vida, mientras un 5,1% dijo que hay una relación a través de intercambios deportivos con instituciones nacionales e internacionales, es importante mencionar que el programa cuenta con un grupo de ex-atletas de varias disciplinas, los cuales han tenido representaciones importantes tanto en el país como fuera de él. Los datos que se expusieron dejan entrever las debilidades del programa en el sentido de articular un trabajo mancomunado, el cual tenga como un actor principal a la comunidad. Éstas estimaciones no sólo las perciben los beneficiarios y sus familiares, sino también los operadores del programa.

La opinión de los usuarios que apunta a la escasa comunicación del programa con la comunidad es corroborada por el equipo técnico y los beneficiarios indirectos del programa:

Cuadro N° 47. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la existencia de relación programa-comunidad, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Responsabilidad por parte de directivos y terapeutas	Frecuencia	Porcentaje
Bastante	1	7,7
Poco	7	53,8
Nada	5	38,5
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Tal como se expuso con anterioridad, los operadores perciben que no hay vínculos entre el programa-comunidad, El 53,8% de los entrevistados opinó que

existe poca relación, un 38,5% dijo que no hay ningún tipo de relación, mientras 7,7% consideró que existe bastante relación entre ambos.

De allí que, pudiésemos considerar la falta de articulación entre éstos, lo cual demuestra la debilidad del programa en torno a esto.

Las razones que esgrimen los miembros del equipo técnico son las siguientes:

Cuadro N° 48. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al por qué existe relación entre el programa y la comunidad, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Por qué	Frecuencia	Porcentaje
Falta difundir el programa en las comunidades	7	53,8
Con el Terminal de Oriente, a través de empleos eventuales	2	15,4
No existe participación de los consejos comunales	3	23,1
No conoce	1	7,7
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 53,8% del equipo técnico considera que la falta de difusión del programa en las comunidades, ha llevado a que no haya relación entre el programa y la comunidad, de igual modo, un 23,1% opina que los Consejos Comunales no participan, mientras que un 15,4% manifestó que la relación sólo se basa en ciertas oportunidades cuando el Terminal de Oriente brinda empleos provisionales a los pacientes. Una vez más queda explícito, la inexistencia de la toma de decisiones o más bien de relación entre la comunidad y el programa.

4.9 Aceptación del programa social.

La aceptación del programa de rehabilitación, por parte de los pacientes y la comunidad va a darse en la medida que éstos tomen conciencia y consideren la adicción, como un problema que afecta a todos por igual; y que dicha situación amerita de la corresponsabilidad de cada uno de los actores sociales, llámense instituciones, familias, consejos comunales, etc. De la misma forma, hay que resaltar que la aceptación, dependerá de sí estos actores ven satisfechas sus necesidades, en el sentido de ver respuestas concretas en la disminución del problema de la adicción en la población afectada.

4.9.1 Calidad del servicio:

Los servicios que prestan los programas de rehabilitación deben ser óptimos, los cuales garanticen un mínimo de calidad a los pacientes, para que de esa manera los pacientes se sientan reivindicados sus derechos. A continuación se muestra la opinión de los pacientes:

Cuadro N° 49. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la calidad del servicio que brinda el programa a los pacientes, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Calidad del servicio	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	43	72,9
Regular	13	22,0
Malo	3	5,1
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 72,9% de los pacientes manifestaron que la calidad del servicio es buena: es importante señalar, que la calidad en los servicios representa un aspecto importante en la rehabilitación de los pacientes, ya que ésta crea condiciones de adaptabilidad en la población en proceso de recuperación, debido a que existen garantías en relación a

la calidad del espacio físico, sanitarios, salud, zonas de recreación, alimentación, educación, entre otros. También hay que destacar, que 22% de los usuarios dijo que es regular el servicio, mientras que un 5,1% acotó que era malo. En tal sentido, es necesario tomar en cuenta que pese a las consideraciones hechas por la mayoría de los pacientes, pudiesen hacerse las siguientes observaciones, el investigador pudo apreciar que, la infraestructura no está apta, existen insuficiencias de dormitorios y sanitarios, muchos de los pacientes duermen en el piso, hay pacientes que tienen relaciones con homosexuales y no se cuenta con un espacio bien distribuido para que los terapeutas atiendan a los pacientes, entre otros.

En tal sentido, se muestra en el cuadro siguiente, algunas consideraciones por parte de los pacientes en relación a la calidad del servicio que brinda el programa:

Cuadro N° 50. Distribución absoluta y porcentual en cuanto al por qué de la calidad de los servicios prestados por el programa desarrollado por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Por qué	Frecuencia	Porcentaje
Brinda alimentación, atención médica, psicológica, educación, etc.	30	50,8
Existe deficiencia en los servicios de salud y alimentación	10	16,9
No existe control de los pacientes	1	1,7
Contamos con buenos servicios	4	6,8
Hay pocos baños para la cantidad de pacientes	1	1,7
La comida y los insumos médicos están al día	9	15,3
Existe problemas con las cooperativas que distribuyen la comida	4	6,8
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según los expresado por los pacientes, el 50,8% considera que la calidad de servicio en el programa es buena, porque brinda alimentación, atención médica, psicológica, educación; otro 15,3% opinó que la comida y los insumos médicos están

al día, un 16,9% dijo que existen deficiencias en los servicios de salud y alimentación; mientras que un 6,8% manifestó que cuentan con buenos servicios y el otro 6,8% dijo que existen problemas con la cooperativa que distribuye la comida. Lo que indica, que el programa se ha preocupado por garantizar servicios básicos para la atención de los usuarios, lo cual repercute de manera directa en la mejora de la calidad de vida de éstos. Sin embargo, es válido tomar en cuenta que la opinión de los usuarios coincide con las del equipo técnico, en cuanto a la prestación del servicio. Tal como se aprecia en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 51. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la calidad del servicio que brinda el programa a los pacientes, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Calidad del servicio	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	7	53,8
Regular	5	38,5
Malo	1	7,7
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según el 53,8% de los entrevistados el servicio que brinda el programa es bueno, opinión que comparten la mayoría de los pacientes, lo que indica la unificación de criterios por ambas partes; también pudiese desprenderse que existe satisfacción de necesidades por parte del programa. Sin embargo, un 38,5 % tienen algunas objeciones al programa, considerándolo como debilidades del programa, por ende exponen que es regular, y un 7,7 manifestó que el servicio es malo.

Las razones que se ponen de manifiesto por parte del equipo técnico para justificar lo concerniente a la calidad del servicio, se recogen en el cuadro que sigue:

Cuadro N° 52. Distribución absoluta y porcentual en relación a la percepción del usuario, cuanto a la calidad de los servicios prestados por el programa desarrollado por CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Por qué	Frecuencia	Porcentaje
Creer que es un derecho reivindicado	1	1,7
Los servicios que se brindan no cubren las expectativas	4	30,8
Insuficiencia de personal para atender a los pacientes	2	15,4
El programa brinda vestido, calzado, atención médica y legal.	6	46,2
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 46,2% del equipo técnico emitió un juicio de valor favorable al programa, al manifestar que el mismo es bueno; esto lo sustentan con el argumento de que en dicho programa se provee a los pacientes de calzados, alimentos, atención médica, etc; significa pues que la valoración que hacen los usuarios tiene que ver con las características asistencialistas del mismo. También se le valora por lo que da materialmente hablando, dejando al descubierto un mínimo nivel de conciencia respecto al fin último del programa, el cual tiene que ver con la provisión de herramientas y que permita la reinserción y el desarrollo personal; de la misma forma un 30,8% opinó que el programa no cubre las expectativas de los beneficiarios, argumento que muestra algunas debilidades del programa desde la perspectiva de los profesionales, otro 15,4% consideró que la insuficiencia de personal para atender a los pacientes es un obstáculo para brindar un servicio de calidad, mientras que un 7,7% cree que la calidad del servicio es un derecho reivindicando. Sin embargo, por medio del estudio de campo se pudo constatar la insuficiencia de los baños, las condiciones en las que está la medicatura no son aptas, entre otras, no así se mostró la cancha de usos múltiples espacio que está en buen estado y que contribuye al

desarrollo aptitudes de los pacientes. Cabe destacar, que la mayoría de los familiares entrevistados consideraron que los servicios son buenos.

4.9.2 Trato que reciben los pacientes de las personas que laboran en CAIMNHTO.

El establecimiento de un clima de confianza entre pacientes y equipos técnicos que permita el fácil abordaje de los pacientes, va a permitir abrir un espacio de reflexión entre el paciente y el equipo técnico, lo cual va a influir en la forma de crear estrategias que ayuden hacer más llevaderas la relación que pudiese establecerse entre ambas partes. Es por ello, que se presenta el siguiente cuadro relacionado con la percepción en torno al trato paciente equipo técnico:

Cuadro N° 53. Distribución absoluta y porcentual de los usuarios en cuanto al trato que reciben por parte del personal que labora en el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Trato que reciben los pacientes por parte de las personas que laboran en CAIMNHTO	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	53	89,8
Regular	4	6,8
Malo	2	3,4
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 89,9% de los usuarios del programa manifestó que el trato que recibe del personal que labora en el programa es buena, lo que indica que se ha creado un vínculo, afinidad entre el paciente y el equipo técnico, lo que pudiese incidir en el proceso de adaptación mucho más rápido; un 6,8% dijo que es regular y otro 3,4 expuso que es malo. Manifestaciones que convergen con las expuestas por el equipo multidisciplinario, la cual se muestra a continuación:

Cuadro N° 54. Distribución absoluta y porcentual de la opinión del equipo técnico en cuanto al trato que reciben los pacientes en el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Trato que reciben los pacientes por parte de las personas que laboran en CAIMNHTO	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	12	92,3
Regular	1	7,7
Malo	0	0
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 92,3% del equipo técnico manifestó que existe un buen trato hacia los pacientes, aseveración que coinciden con la opinión de los pacientes, mientras que sólo un 7,7% dijo que hay un trato regular, por lo antes expuesto, se pudiese admitir que se ha creado un clima de confianza entre paciente-terapeutas. A continuación, se muestran en el cuadro que sigue las razones esgrimidas por éstos en función del trato que reciben los pacientes por parte del personal:

Cuadro N° 55. Distribución absoluta y porcentual de la opinión de los usuarios en cuanto al porqué del buen trato que reciben del personal que labora en el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Trato que reciben los pacientes por parte de las personas que laboran en CAIMNHTO	Frecuencia	Porcentaje
Nos respetan	9	15,3
Son comunicativos con nosotros	6	10,2
Existe poca relación	5	8,5
Hay un trato cordial y amable	39	66,1
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 66,1% de los pacientes consideran que hay un trato cordial y amable, lo que para ello, significa un logro debido a que estaban acostumbrados a recibir por parte de

familiares y particulares rechazos, impropiedades y descalificativos, éstos es un elemento a favor en el proceso de rehabilitación, ya que permite sentar las bases para que el paciente avance en su recuperación, un 15,3% dijo que los respetaban, otro 10,2% manifestó que el personal que labora en el programa son comunicativos y sólo un 8,5% opinó que existe poca relación.

4.9.3 Nivel de participación de los usuarios en la ejecución del programa:

Los usuarios juegan un papel importante en la puesta en práctica de los programas de rehabilitación debido a que estos deben tomar parte de las decisiones concernientes a temas como: salud, recreación, atención psicológica, entre otros temas, los cuales son de vital importancia para el proceso de regeneración del adicto. En tal sentido, se expone lo siguiente:

Cuadro N° 56. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a la atención brindada a los pacientes en el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Nivel de participación de los usuarios en la ejecución del programa	Frecuencia	Porcentaje
Alto (los usuarios toman parte en las decisiones del programa)	12	20,3
Medio (sólo son consultados en ciertas oportunidades)	32	54,2
Bajo (no participan en la toma de decisiones)	15	25,4
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 54,2% de los pacientes expresó que su participación en el desarrollo del programa es medio, ya que sólo son consultados en ciertas ocasiones; otro 25,4% manifestó que es bajo, debido a que no participan en la toma de decisiones; mientras un 20,3% dijo que era alto, porque los usuarios toman parte en las decisiones del

programa, los datos antes expuestos, demuestran la falta de inclusión de los pacientes en la toma de decisiones que se generan en el programa. En tal sentido, hay que considerar que los usuarios de los programas cumplen una función importante en lo que respecta contribuir a delinear un enfoque que garantice la responsabilidad y rendición de cuenta de los encargados del programa. La participación de los usuarios en la elaboración de la estrategia sirve para promover: el cambio de comportamiento; una correspondencia mayor entre los servicios de atención de salud y las necesidades de los usuarios; una mayor utilización de los servicios de atención de salud; intervenciones orientadas a la comunidad y el apoyo de la opinión pública y una política de salud. (Naciones Unidas, 2003:21)

Igualmente, se les consultó sobre el conocimiento que tenía la comunidad del programa llevado a por CAIMNHTO; a los cual respondieron lo siguiente:

Cuadro N° 57. Distribución absoluta y porcentual de los usuarios en cuanto a qué tanto conocen en la calle, el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Y en la calle: ¿Qué tanto conocen el programa de rehabilitación llevado a cabo por CAIMNHTO?	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	30	50,8
Poco	20	33,9
Nada	9	15,3
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 50,8% de los pacientes consideran que el programa de rehabilitación llevado a cabo por CAIMNHTO, es muy conocido; esto pudiese ser, un factor elemental en el impacto que tiene el programa en la población drogodependiente, es decir, el conocimiento del mismo en cuanto a los beneficios que ha generado para la solución al problema de las drogas. Sin embargo, un 33,9% manifestó que lo conocen poco y otro 15,3% dijo que no lo conocen, lo que significa que existe una población

considerable que contradice lo expuesto por la población antes expuesta, ya que desde su punto de vista, hay debilidades en el programa que impide su proyección, las cuales están vinculadas, por ejemplo, a la falta de una política informativa. A continuación, se muestra los argumentos expuestos por los pacientes en relación del por qué conoce la comunidad el programa:

Cuadro N° 58. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a qué tanto conocen en la calle el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Por qué?	Frecuencia	Porcentaje
Lo conocen por sus debilidades, carencias.	11	18,6
Es conocido como centro piloto de rehabilitación	10	16,9
Falta difusión del programa.	14	23,7
Por la cantidad de reinsertados socialmente.	11	18,6
Porque comentan que es el mejor centro a nivel nacional	8	13,6
Por la publicidad difundida por las rutas del centro.	2	3,4
No sabe.	3	5,1
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Existen varios elementos que los usuarios han utilizado para exponer su punto de vista, en relación al conocimiento o no del programa por parte de la población; el primero de ellos compartido por el 23,7% entrevistados, los cuales manifestaron que falta difusión del programa; está vinculado a la no existencia de una política comunicacional que permita la proyección y/o conocimientos de los objetivos y

beneficios del programa; sin embargo, el investigador pudo notar la existencia de módulos en algunas avenidas principales de la ciudad, la cual tiene como fin la difusión de material relacionado a la Fundación Negra Hipólita; de la misma forma, hay que considerar que un 18,6% manifestó que el programa es conocido por sus debilidades y carencias; por otra parte, un 18,6% opinó que la cantidad de reinsertados ha llevado a que la personas conozcan el programa; de la misma manera, en 16,9% expresó que es conocido el programa es conocido por centro piloto; mientras que un 13,6% comentó que el mismo lo conocen por ser el mejor centro a nivel nacional. De lo anterior se desprende, la existencia de puntos de vista encontrados, de fortalezas y debilidades, en cuanto a la imagen que proyecta el programa, debido a que por un lado, hay quienes piensan que la población tiene conocimiento del mismo por los resultados arrojados desde su implementación, y por otro lado, los que suelen ser más objetivos y consideran que han prevalecido las debilidades en la ejecución del programa.

De igual forma, se muestra el cuadro donde se visibiliza los argumentos del equipo técnico en cuanto a la variable anterior; sin embargo, es oportuno destacar que no hay coincidencia entre lo manifestado por los pacientes y el equipo de profesionales:

Cuadro N° 59. Distribución absoluta y porcentual de la opinión del equipo técnico en cuanto a qué tanto conocen en la calle el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Y en la calle:¿Qué tanto conocen el programa de rehabilitación llevado a cabo por CAIMNHTO?	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	3	23,1
Poco	8	61,5
Nada	2	15,4
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

La mayoría del equipo técnico entrevistados (61,5%) opinó que la comunidad conoce poco el programa ejecutado por CAIMNHTO, de lo antes expuesto, se

podiese desprender que no existe vinculación entre el programa y la comunidad, lo que impide en cierta medida que la ciudadanía no se sienta identificada con el programa, lo cual pone de manifiesto la falta de proyección del programa. Del mismo modo, hay quienes manifiestan (23,1%) que el programa es muy conocido. A continuación, se muestran las razones esgrimidas por los profesionales en relación al por qué la comunidad conoce el programa:

Cuadro N° 60. Distribución absoluta y porcentual en cuanto a qué tanto conocen en la calle el programa que lleva a cabo CAIMNHTO, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Y en la calle: ¿Qué tanto conocen el programa de rehabilitación llevado a cabo por CAIMNHTO?	Frecuencia	Porcentaje
Falta de Difusión del programa.	10	76,9
Por la ayuda que ha brindado a los fármaco-dependientes.	3	23,1
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 76,9% de los entrevistados son de la opinión de que falta difusión del programa, lo que atribuyen a la inexistencia de una política de información que permita llevar a las comunidades los beneficios del programa, esto ha traído como consecuencia el desconocimiento y, por ende, la no integración entre ambos. De igual forma, un porcentaje significativo (23,1%) consideró que el programa es conocido por la ayuda que les ha brindado a los farmacodependientes. De la misma manera, la gran mayoría de los beneficiarios indirecto comparten los planteamientos hechos por los pacientes y equipo técnico.

4.9.4 Cambio de la situación problema que dio origen al programa.

Los programas de rehabilitación surgen como necesidad de dar respuestas al incremento de la adicción en la sociedad; por ende su ejecución, debe proyectarse en la disminución de los índices de consumo y factores de riesgos en los pacientes. Al respecto, se expone lo siguiente:

- a) El programa de rehabilitación llevado a cabo por CAIMNHTO contribuye a la solución del problema de las drogas.

Cuadro N° 61. Distribución absoluta y porcentual de la opinión de los usuarios en cuanto a la contribución del programa que lleva a cabo CAIMNHTO en la disminución del problema de las drogas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

El programa de rehabilitación llevado a cabo por CAIMNHTO contribuye a la solución del problema de las drogas.	Frecuencia	Porcentaje
Bastante	48	81,4
Poco	9	15,3
Nada	2	3,4
Total	59	100,0

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Según el 81,4% de los usuarios entrevistados dijeron que el programa de rehabilitación ha contribuido a superar los escollos que representa el consumo de drogas en la población, sin embargo, un 15,3% opina que el impacto que ha tenido el programa es poco, mientras que un 3,4% considera que no ha contribuido a solucionar el problema de las drogas. El objetivo principal que debe tener un programa es combatir de manera directa el consumo de estupefacientes en la población beneficiaria, lo cual se traduciría en la disminución en los índices de reincidencia y consumo, aunado con la reinserción de los pacientes. Ello determina el éxito del programa. En tal sentido, a continuación se muestran las razones de los

pacientes, en función del aporte que ha hecho el programa en la disminución del problema de las drogas:

Cuadro N° 62. Distribución absoluta y porcentual de la opinión de los usuarios en cuanto a las razones por las cuales ha contribuido el programa en la disminución del problema de las drogas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

Por qué	Frecuencia	Porcentaje
No brinda atención integral.	5	8,5
Brinda atención Integral	17	28,8
Se requiere de responsabilidad para superar la adicción.	7	11,9
Por las personas rehabilitadas.	13	22,0
Te permite ver las drogas como un problema	7	11,9
Porque he cambiado.	6	10,2
Hay quienes todavía consumen	4	6,8
Total	59	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 28,8% opinó que el programa brinda atención integral a los pacientes, lo que indica, que una parte significativa de los pacientes se sienten satisfecho por la repuesta en relación con la atención médica, recreación, alimentación etc; que ha dado el programa para disminuir la adicción en ellos; de la misma manera, un 22% opinó que el programa ha contribuido a rehabilitar a los pacientes, es decir, que el programa en cierta forma ha contribuido a la reinserción del paciente en la sociedad, así como también, un 11,9% manifestó que el programa brinda la oportunidad de ver las drogas como un problema que los afecta, significa pues que dicho programa ha creado conciencia acerca de las consecuencias que acarrea el consumo de sustancias psicoactivas; sin embargo, un 8,5% considera que no existe atención integral, por ende, el programa no cubre las expectativas de los usuarios; y un 6,8% expresó que aún prevalece el consumo de drogas en algunos pacientes, lo que significa, la

inexistencia de control por parte del equipo técnico para detectar esas irregularidades; sin embargo, otro 11.9% acotó que se requiere de corresponsabilidad. Ahora se presenta, en el siguiente cuadro la óptica del equipo técnico, la cual converge con la de los pacientes en cuanto a la variable antes expuesta:

Cuadro N° 63. Distribución absoluta y porcentual del equipo técnico y directivos en cuanto a la contribución del programa que lleva a cabo CAIMNHTO en la disminución del problema de las drogas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008.

El programa de rehabilitación llevado a cabo por CAIMNHTO contribuye a la solución del problema de las drogas.	Frecuencia	Porcentaje
Bastante	10	76,9
Poco	1	7,7
Nada	2	15,4
Total	13	100,0

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

Los entrevistados en su mayoría (76,9%) consideraron que el aporte hecho por el programa la disminución del problema del consumo de drogas, es significativo, de ello, se infiere que el programa ha aportado al paciente herramientas que han permitido solventar el problema de la adicción en los pacientes; mientras que un 15,4% manifestó que el programa no ha contribuido a superar el problema de la adicción, representando éstos una debilidad y una pérdida de esfuerzos por parte del mismo; de la misma forma, se pasa a mostrar en el siguiente cuadro, las razones del equipo técnico en función del aporte realizado por el programa en ella disminución del problema de la droga:

Cuadro N° 64. Distribución absoluta y porcentual del equipo técnico en cuanto a las razones por las cuales ha contribuido el programa en la disminución del problema de las drogas, municipio Sucre, Estado Miranda, año 2008

Por qué	Frecuencia	Porcentaje
Brinda atención integral para superar la adicción a la droga	6	46,2
El éxito va a depender de la voluntad del paciente.	2	15,4
Por los usuarios que se han reinsertados socialmente.	2	15,4
No brinda herramientas para superar el problema de adicción	3	23,1
Total	13	100

Fuente: datos propios recabados en campo por el investigador

El 46,2% de los entrevistados opinó que el programa brinda atención integral a los pacientes, lo cual indica que el mismo aporta herramientas a los paciente para superar la adicción a las drogas, mientras que un 23,1% manifiesta que el programa no ayuda a la superación del programa de la adicción, de la misma forma, otros (15,4%) manifestaron que la voluntad de los pacientes ayuda a superar la adicción, significa pues, que la responsabilidad y voluntad del paciente, son un elemento fundamental para rehabilitarse.

4.10 Eficiencia del Programa de rehabilitación ejecutado por el Centro de Atención Integral “Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente”.

En el Capítulo I de la presente investigación se definió la eficiencia como aquella que consiste en “determinar el índice de productividad o rentabilidad del programa” (Aguilar M. y Ander-Egg E., 1994: 49). Según los prenombrados autores, para evaluar la eficiencia hay que valorar una serie de factores, entre los que se destacan: a) costos proyectados, costos producidos causados realmente b) costos de los servicios y beneficios del programa, c) uso eficiente de los recursos en comparación a otros usos alternativos, d) relación existente entre los resultados finales y el esfuerzo realizado, dinero, recurso y tiempo, e) productividad o

rendimiento del programa, relación insumo -producto, f) relación entre tiempo, productividad y costo del programa, g) relación entre costos y resultados efectivos. h) alcance de los resultados de manera más económica.

Ahora se pasa a evaluar la eficiencia del programa en función de los datos obtenidos por el investigador para cada una de las variables arriba señaladas.

4.10.1 Costos y beneficios del programa:

La farmacodependencia genera problemas sociales graves y generalizados, por lo que resulta costoso para el Estado el hacerle frente. Es por ello, que la sociedad espera una política pública o un planteamiento eficaz para abordar el problema del abuso de drogas, que tenga repercusiones desde el punto de vista de resultados favorables en la disminución de la delincuencia, personas en situación de calle, la disfunción familiar entre otros.

En tal sentido, es perentorio resaltar que el equipo técnico entrevistado, que labora en CAIMNHTO, desconocen qué costos se han proyectados y qué costos se han producidos realmente desde la implantación del programa; y por ende, su desconocimiento en el porcentaje de ejecución del presupuesto asignado al mismo, lo que indica, la improvisación por parte de la autoridades, al desconocer los costos que han sido invertido por el Estado para la rehabilitación de los pacientes. Asimismo, es importante mencionar, que el ente responsable de la asignación de los recursos para el funcionamiento del programa es la Fundación Misión Negra Hipólita.

Todo programa de rehabilitación debe destinar parte de su presupuesto a satisfacer necesidades de servicios que vayan en función del restablecimiento de la salud, tales como alimentación, recreación, vestido y calzado, atención médica, etc; de los usuarios; para ello, la institución financiadora del programa debe evaluar en qué

áreas de interés del paciente, debe dirigir la inversión del presupuesto asignado; así como también considerar cuánto equivale la atención integral de cada beneficiario. Sin embargo, al realizar un análisis de eficacia sobre los costos de los servicios, debe tomarse en cuenta que el apoyo financiero básico para el tratamiento y rehabilitación, se debe orientar a los servicios que hayan resultados verdaderamente eficaces.

En tal sentido, de la investigación se desprende que los entrevistados no manejan información relacionada de cuáles son los costos de que los servicios y beneficios del programa lleguen a sus usuarios potenciales, lo que lleva a inducir las debilidades presentes en la asignación de recursos para desarrollar los servicios.

La falta absoluta de información, o la denegación de dicha información, por parte de las autoridades de CAIMNHTO imposibilitan establecer cuantitativamente el alcance de la variable costo; como consecuencia de esta situación se imposibilita la realización de una estimación fiable de la eficiencia en términos del rendimiento expresado como relación favorable entre los costos y los beneficios del programa. El investigador mediante entrevista a la Directora de Planificación y Presupuesto pudo conocer que la Fundación Misión Negra Hipólita transfirió en el año 2008, una importante cantidad de dinero y recursos al programa, tal y como se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 65 Distribución General del Presupuesto de Gastos, 2008. “Centro de Atención Integral Misión Negra Hipólita Terminal de Oriente”.

Denominación	Crédito Presupuestario
Gastos de Personal	14.500.000,00BF
Alimentos y bebidas para personas	6.500.000,00 BF
Prendas de vestir y Calzados	3.500.000,00 BF

Productos farmacéuticos y medicamentos	2.450.000,00 BF
Materiales y útiles de limpieza y aseo	100.000,00 BF
Utensilios de cocina y comedor	200.000,00 BF
Útiles de escritorio, oficina y materiales de instrucción	265.000,00 BF
Materiales para instalaciones sanitarias	125.000,00 BF
Servicios médicos, odontológicos y otros servicios de sanidad	3.350.000,00 BF
Vehículos automotores terrestres	2.500.000,00 BF
Equipos de enseñanza, deporte y recreación	300.000,00 BF
Total	33.880.000,00 BF

Fuente: Dirección de Planificación y Presupuesto de la F.M.NH

Como puede verse en el cuadro N°65, este ha sido un programa costoso para el gobierno nacional, pero una inexistente política de transparencia administrativa, o la impericia de quienes lo administran hace imposible la evaluación de la ejecución financiera del programa por la ausencia de registros contables que posibiliten el establecimiento de los niveles de ejecución presupuestaria y financiera.

Sin embargo, los entrevistados consideraron de manera unánime que el programa brinda una serie de beneficios, vinculados con atención odontológica, educación, salud, recreación y alimentación, los cuales van destinados a satisfacer a los pacientes. En el contacto con el programa se pudo constatar, la realización de

jornadas odontológicas y de salud promovidas por la Misión Barrio Adentro y un equipo de médicos que laboran para el programa; hay que tomar en cuenta, que la alimentación es prestada por una cooperativa; sin embargo, podrían minimizarse los costos si se reactivara el servicio de comedor; de la misma manera, suelen organizarse salidas que facilitan el esparcimientos de los pacientes.

La inversión por parte del programa en insumos (calzados, vestido, atención médica, recreación, etc) ha debido generar un impacto importante en lograr un nivel de producción. Sin embargo, en la práctica el programa, no ha logrado obtener los resultados que espera la comunidad. Del mismo modo hay que resaltar, que el tiempo invertido por parte de los profesionales y no profesionales tienen una incidencia en el resultado final del programa, debido a que se debe considerar como un elemento esencial, el tiempo que le dedica cada uno de los profesionales para lograr altos niveles de eficiencia del programa, y al mismo tiempo, cuánto fue la inversión en términos de dinero. Sin embargo, la información brindada por los entrevistados fue ambigua, debido a que no manejan información en relación al número de obreros y empleados que laboran para el programa; aunque en la múltiples visitas al centro se veían trabajando como porteros y seguridad, algunas personas vinculadas a la última fase de tratamiento, elemento que resulta importante, porque muchas de estas personas son absorbidas por la Fundación como trabajadores. En cuanto a los profesionales, éstos en su mayoría manifestaron que laboran quince (15), cinco (5) días a la semana, seis (6) horas diarias.

Por otra parte, los costos invertidos en medicina, atención odontológica, recreación, atención médica, entre otros, durante la investigación no lograron cuantificarse, debido a que no se obtuvo la información respectiva por parte de las autoridades, de cuánto ha sido invertido realmente para cubrir los gastos por concepto de estos servicios, lo que pone entredicho los resultados que pudiese tener el programa en ese sentido.

En esta variable hay que resaltar, que el programa pudiese ahorrarse una suma significativa de recursos en alimentación, si éste reactivara el servicio de comedor que tiene, ya que actualmente los servicios de comida que brinda el centro, es por medio de cooperativas, esto generando un gasto excesivo, debido a que se está incurriendo en la contratación de un intermediario; pudiendo el Centro restablecer el comedor, lo cual minimizaría los costos del programa.

Visto lo anterior no es posible, en nuestro criterio establecer la eficiencia de este Programa por las irregularidades administrativas y contables configurada en la inexistencia de registros contables; en consecuencia no proceden los cálculos de la variable que permitan medir la eficiencia.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La eficacia y la eficiencia son elementos fundamentales para determinar el éxito de todo programa. Dicho esto, hay que destacar, que una vez llevado a cabo el presente trabajo investigativo, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Para el momento de la investigación, se logró constatar la inexistencia de un diseño del programa formalmente estructurado, con objetivos, metas y actividades concretas y claramente definidas; por ello, no es clara la función rehabilitadora del programa, pues sin propósitos claros, es poco creíble que se pueda lograr la rehabilitación. No obstante, algunos sujetos manifiestan haberse rehabilitado, pero ello puede ser la consecuencia de procesos empíricos, no conducidos de modo racional, es decir, fruto de la buena voluntad y del esfuerzo de algunos operadores y pacientes más que el resultado de un esfuerzo científico, serio y organizado que habilite caminos y entregue herramientas para trabajar con éxito el tema de la adicción a los psicofármacos.
- Hay que considerar, como elemento importante, la voluntad de los pacientes en el sentido de someterse al tratamiento con la intención de superar la adicción. Así como también, tener como principal expectativa rehabilitarse y reinsertarse socialmente.
- De la misma forma, se logró constatar la poca o nula participación de la familia de los pacientes en el proceso de tratamiento de sus parientes, lo cual representa una debilidad, por la importancia que juega la familia ante, durante y después del rehabilitación.

- La investigación constata la existencia de buena relación entre el equipo técnico y los pacientes, esto ha de considerarse como una fortaleza, que habría de redundar en la rehabilitación de los pacientes.
- Asimismo, se pudo constatar la existencia de voluntad política por parte del gobierno nacional, para apoyar financieramente al proyecto, dicha voluntad también se refleja en el reconocimiento de los derechos de estas personas en situación de calle quienes presentan problemas de adicción a drogas lícitas y/o ilícitas; por ello, el destinar recursos importantes en programas que vayan en función de dar respuesta a el problema de la adicción. Sin embargo, la falta de control sobre éstos, hace en muchos casos que ese esfuerzo se pierda.
- Los costos incurridos en medicina, atención odontológica, recreación, atención médica, entre otros, fueron imposibles de cuantificar, debido a la negativa y evasivas constantes del tema por parte de las autoridades, actitud esta que arroja sombras, que le quitan transparencia a la administración de los recursos, por demás abundantes a decir del M.P.P.P.S, situación que evaluamos como más grave, en tanto la transparencia es un requisito *Sine Qua Non* de la eficiencia administrativa y por ende de la eficacia; de hecho resulta imposible medir la eficiencia si se desconoce el monto exacto de la inversión financiera, su distribución, evaluación y control
- Hay que resaltar, que el programa pudiese ahorrarse una suma significativa de recursos en alimentación, si éste reactivara el servicio de comedor, para lo cual cuenta con la infraestructura necesaria. En la actualidad, dicho servicio esta contratado a una empresa cooperativa, generándose un gasto excesivo, debido a que se está incurriendo en la contratación de un intermediario; pudiendo el centro restablecer el comedor, lo cual minimizaría los costos de los programas.
- En nuestro criterio debe establecerse controles contables y administrativas

que permitan la medición de la eficiencia del programa.

- Se logró constatar la existencia de articulación interinstitucional entre el Centro e instituciones del Estado.
- Se presenta como limitante el hecho de que en el Centro converjan pacientes de ambos sexos, ya que eso pudiese representar un elemento contraproducente para el tratamiento, debido a que propiciaría la promiscuidad dentro del mismo, sino se toman las medidas de control adecuadas.

5.2 Recomendaciones

Al evaluar los resultados y realizar las conclusiones pertinentes a la investigación, se procede a señalar una serie de recomendaciones:

- Con la intención de fortalecer el proceso de rehabilitación de los pacientes se recomienda creación de directrices, tales como: la persistencia de metas, objetivos, actividades, etc, que permitan hacer frente al problema de la adicción, es decir, aplicar el programa que actualmente los directivos del centro han comenzado a configurar.
- En aras de minimizar los gastos por concepto de alimentación dentro del Programa, los directivos deben darle prioridad a la culminación de los trabajos en las áreas de la cocina, con el fin de reactivar el servicio de comedor.
- Deben ejecutar acciones que permitan reinsertar laboralmente a los pacientes, debido a que muchos de los pacientes que han culminado su proceso de rehabilitación aún permanecen en el Centro en espera de una oportunidad de empleo.
- Adecuar los espacios como dormitorios, baños, espacios de reuniones, entre otros; así como también, reactivar los espacios que actualmente se encuentran

improductivos, tales como la “Conejera”, la hacedora de bloques, los cultivos de lombriz y las tierras donde se cultivaba maíz, ají, cambur, etc.

- En aras de garantizar la eficacia del programa es importante realizar seguimientos a los pacientes durante todo el proceso de rehabilitación. Así como también, evaluar el programa antes, durante y después de su ejecución.
- Es importante que el equipo técnico y directivo del Centro estén comprometidos a garantizar una gestión racional y eficaz durante la ejecución del programa.
- Los directivos de la Fundación Misión Negra Hipólita deberían considerar, la necesidad de no cambiar la estructura de puesto de mando (Directores, Coordinadores, etc.) del Centro para impedir el estancamiento o no continuidad del programa.
- Adelantar los procesos de configuración del programa que se ha venido elaborando para su puesta en práctica.

BIBLIOGRAFÍA

Arias, Fidia. (1999). *El proyecto de investigación. Guía para su elaboración*. 2da. Ed. Caracas, Venezuela: EPISTEME.

Arias, Fidia (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la Metodología Científica*. 6ta. Ed. Caracas, Venezuela: Editorial Episteme.

Aguilar, María y Ander Egg. (1994). *Evaluación de Servicios y Programas Sociales*.. Buenos Aires, Argentina: Editorial LUMEN

Ander Egg. (1974). *Diccionario de Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Editorial ECRO-ILPH.

Bravo, Neubys y Hernández, Edilger. (2007). *Evaluación Diagnóstica de las Estrategias en Salud del Programa de Donaciones de la Oficina de Presidencia de Petróleos de Venezuela, S.A año 2006*. Trabajo no publicado. Caracas, Venezuela: Biblioteca UCV-FACES.

Canales, Francisca. (1997). *Metodología de la Investigación: Manual para el Desarrollo de Personal de Salud*. México: Editorial Limusa, S.A.

Centro de Integración Juvenil, A.C. (2008). *Drogas. Las 100 Preguntas Más Frecuentes*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.cij.gob.mx/Paginas/MenuIzquierdo/Publicacioneslinea/Publicaciones/100preguntas/100preguntas.asp> [Consulta: 26 de Febrero de 2009.

Cohen, Ernesto. (1994). *Evaluación de Programas Sociales*. Cuadernos #13 Centro de Información y Documentación de la Escuela de Gerencia Social (CIDEGS). Caracas, Venezuela: Ediciones F.E.G.S.

Consejo Nacional de para el Control de Estupefacientes (2004). *Lineamientos Técnicos: Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Problemático de Drogas*. [Documento en línea]. Disponible: http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Libros_tratamiento/Lineamientos_tratamiento_drogas.pdf [Consulta: 23 de Enero de 2009.]

Cuesta y Herrero (2006) *Técnicas de Muestreos*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.uni.ovi.es/> [Consulta: 24 julio 2008.]

España, Luis (2000) *La Pobreza: Un Mal Posible de Superar*. Documentos del Proyecto Pobreza. Vol. 1. ACPES, UCAB.

Federación Venezolana de Instituciones de Tratamiento y Prevención de Adicciones (2002). *Aproximación Histórica al Movimiento de las Comunidades Terapéuticas..*

Fernández, José y Secades, Roberto. (1999). “La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España”. *Psicothema*, año/vol. 11, #002. Oviedo, España.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 1999. (Gaceta Oficial N° 36.860.- 30 de Diciembre de 1999.)

García, Juan (2007). *Estudio Evaluativo sobre la incidencia social del programa de salud Misión Barrio Adentro (Subprograma I), en el Sector de Venado a Tabitas N°188. Parroquia Santa Teresa*. Trabajo de Grado no publicado. Caracas, Dtto. Capital. Venezuela. Biblioteca UCV-FACES.

González, Lisette. (1996). *La política Social en Venezuela*. Caracas, Venezuela: Fundación Centro Gumilla.

Hurtado, Jacqueline. (1998). *Metodología de la Investigación Holística*. 2da. Edición. Caracas, Venezuela: Fundación SYPAL.

Hernández, Roberto. (2003). *Metodología de la Investigación*. México, D.F.: Mc. Graw Hill Interamericanas Editores, S.A

Kerlinger, Fred (1998) *Investigación del Comportamiento Humano*. México, D.F.: Editorial Mc. Graw Hill Interamericanas Editores, S.A.

Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. (G.O. N° 5.266 Extraordinario del 2 de octubre de 1998)

López, Rogelio. (2008). *Evaluación de las Estrategias de Atención Primaria en Salud que se Desarrollan en la Comunidad del Barrio el Cerrito Parte Alta. Parroquia Petare. Estado Miranda, para el Segundo Semestre del 2007*. Trabajo de grado no publicado. Caracas, Venezuela: Biblioteca UCV-FACES.

Matos, Ruth. (2005). “Enfoques de evaluación de programas sociales: análisis comparativos”. En *Revista de Ciencias Sociales*. Vol.11. # 2. Maracaibo, Venezuela.

Marengo, Cristina y Meléndez, Norelkys. (2005). *Evaluación de la Ejecución de la Medida Socio-educativa, servicio a la Comunidad en los Municipios Carrizal y Guaicaipuro del Edo. Miranda 2004. (Artículo 625 de la LOPNA)*. Trabajo de grado no publicado. Caracas, Dtto. Capital. Venezuela. Biblioteca UCV-FACES.

- Maingon, Thaís. (2004). “Política Social en Venezuela: 1999-2003”. En *Cuadernos CENDES*. Vol. 21. #55. Caracas, Venezuela.
- Maingon, Thaís (2006) “Caracterización de las estrategias de la lucha contra la pobreza. Venezuela 1999-2005”. En *Revista FERMENTUM*. Año 16. #45. Enero-Abril 2006. Mérida, Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Comunicación e Información. (2006). *Las Misiones Bolivarianas*. Colección Temas de Hoy. Caracas, Venezuela: EDITORIAL..
- Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social. (2008). *Concepto de la Misión Negra Hipólita*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.mps.gob.ve> [Consulta: 23 de Agosto de 2008.]
- Muñoz, Rodolfo. (2009). *Tratamiento Ambulatorio del Paciente Farmacodependiente: Propuesta de Intervención Psicosocial Basada en Inteligencia Emocional*. Trabajo de Ascenso No publicado. Cumaná, Edo. Sucre. Venezuela. Universidad de Oriente. Núcleo de Sucre.
- Neirotti, Nerio. (2000). *Reflexiones sobre la práctica de la evaluación de programas sociales en Argentina*. V Congreso del CLAD. LUGAR.
- Nuevos Rumbos (2009). *Afectaría a mi Familia el Consumo de Drogas*. [Documento en línea]. Disponible: http://www.nuevosrumbos.org/preguntas_frecuentes.htm/#_toc41712652. [Consulta, 18 de Febrero de 2009.]

Oficina Contra la Droga y el Delito. (2003). *Por qué Invertir en el Tratamiento del Abuso de Drogas*: Documento de Debate para la Formulación de Política. Naciones Unidas, Nueva York:

Oficina Nacional Antidrogas (2009). *Concepto de Crack*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.ona.gob.ve./ovd/crack.htm>. [Consulta: 05 de Febrero de 2009.]

Organización Mundial de la Salud (2004). *Consenso Científico sobre Sustancias Psicoactivas*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.greenfacts.org/es/alcohol>. [Consulta, 22 de Noviembre de 2008.]

Ramírez, Francisca (2008) *Índice de Hechos Delictivos en Jóvenes Farmacodependientes de 12 a 17 Años en el Sector los Magallanes de Catia*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos11/ethan/ethan.shtm/#comun>. [Consulta, 25 de Febrero de 2009.]

Red Ucevista de Preventores en Drogas. (2009). *Factores de Riesgo*. [Documento en línea]. Disponible: <http://reducv.com/factores.html>. [Consulta: 10 de Febrero de 2009.]

Secretaría de Salud de México (2008) *Padres Adictos y su Repercusión en los Hijos*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.pediatria.gob.mx/caimn/padres1.pdf>. [Consulta, 11 Noviembre de 2008.]

Sulbrandt, José (s/f). *Evaluación de política y programas sociales masivos en el sector público*. Revista Internacional de Ciencias Administrativas: Revista de Administración Pública Comparada, Vol.56,Nº. 1, 1989, Págs. 191-230

Sabino, Carlos. (1986). *El proceso de investigación*. Argentina: El CID Editor.

ANEXOS

HOJA DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/5

Título	EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EJECUTADO POR EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MISIÓN NEGRA HIPÓLITA TERMINAL DE ORIENTE (CAIMNHTO). ESTADO MIRANDA, AÑO 2008.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Franceschi M, Gerardo I	CVLAC	15.361.234
	e-mail	gifmoreno12@yahoo.com
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Eficacia
Eficiencia
Evaluación
Política Social

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
CIENCIAS SOCIALES	TRABAJO SOCIAL.

Resumen (abstract):

La eficacia y la eficiencia determinan el éxito de todo programa, entendida la primera como el grado en el que se han alcanzado los objetivos propuestos, y la segunda como aquella que busca determinar cuan productivo y rentable ha sido la ejecución del programa. En tal sentido, la propuesta investigativa se propone evaluar la eficacia y eficiencia del programa de rehabilitación ejecutado por CAIMNHTO, para ello se realizó un estudio evaluativo, bajo una investigación de campo, donde se aplicaron tres instrumentos, los cuales fueron dirigidos a beneficiarios directos de programa, beneficiarios indirectos y al equipo terapeuta. Además, se recabó información bibliográfica a través de informaciones relacionadas con el tema. Una vez, procesada la información, la investigación arrojó como conclusión, la inexistencia de un programa de intervención terapéutica; lo cual ha causado la deserción de un número significativo de personas; por otro lado, hay que resaltar que a pesar de la improvisación del programa, el esfuerzo que hace el gobierno venezolano en dirigir una política que logre disminuir el problema generado por la adicción a las drogas lícitas e ilícitas, y las personas en situación de calle, es un hecho valorable debido a que pocos gobiernos a nivel mundial aportan parte de su ingresos a hacerle frente a este problema, el cual afecta a todos por igual.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/5

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Rodolfo Antonio Muñoz	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input checked="" type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	6.957.305
	e-mail	rudo1967@gmail.com
	e-mail	
Gómez, Irey	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
Millán José	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2009	10	09

Lenguaje: spa _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/5

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
TESIS-FRANCESCHI .DOC	Word

Alcance:

Espacial : _____ (Opcional)

Temporal: _____ (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:

Licenciado en Trabajo Social

Licenciatura

Nivel Asociado con el Trabajo:

Área de Estudio:

Trabajo Social

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

UNIVERSIDAD DE ORIENTE, NÚCLEO DE SUCRE, CUMANÁ

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/5

Derechos:

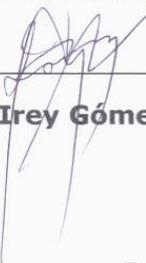
Yo, Gerardo I. Franceschi M. C.I.V.- 15.361.234. Autorizo a la Universidad de Oriente, Núcleo de Sucre, a difundir, divulgar y dar a conocer dicho trabajo de investigación, a nivel Educativo y profesional para el avance de las Ciencias Sociales.



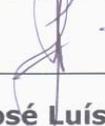
Br. Gerardo Franceschi



Prof. Rodolfo Muñoz.



Profa. Irey Gómez



Prof. José Luis Millán

POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS:

Nathalie

