ASOCIACIÓN ROSTRO DE JESÚS

CÉDULA JURÍDICA: 3-002-335348



PROGRAMA:

“CENTRO DE REHABILITACIÓN AL ADICTO

ROSTRO DE JESÚS”

julio de 2023

**CAPÍTULO I: IDENTIFICACIÓN**

**Datos Generales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Asociación Rostro de Jesús |
| Cédula jurídica: | 3-002-335348 |
| Siglas del centro: | RJ |
| Nombre del programa: | Centro de Rehabilitación al adicto Rostro de Jesús |
| Tipo de programa: | Rehabilitación Residencial a Largo Plazo, para Varones, Mayores de Edad, con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Psicoactivas |
| Dirección física: | Alajuela, Canoas, calle La Flory |
| Teléfono institucional: | 2430-1189 – 8996-4304 |
| E-mail institucional: | rostrodejesus@gmail.com |
| Director Ejecutivo 2018: | Sr. Juan Carlos Bogantes Vargas |
| Director Administrativo: | Sr. Juan Carlos Bogantes Vargas |
| Director Área Técnica: | Licda. Wandra Melissa Berrocal León |
| Horario de atención al público: | De lunes a viernes de 9am a 12md y de 1:00 pm a 4pm |
| Horario para entrevistas o solicitudes de internamiento: | De lunes a viernes de 1:00 pm a 4pm |

**CAPÍTULO II: JUSTIFICACIÓN**

**Antecedentes**

El programa de tratamiento Rostro de Jesús abrió sus puertas el 27 de noviembre de 1997, a solicitud del Sr. Paul Lesko quien ofreció sufragar todos los gastos, construir una infraestructura técnicamente dirigida, contratar a una especialista que formulara y ejecutara un proyecto de rehabilitación y alquilar un local para operar mientras se construía la sede final. Posteriormente compró una quinta en San Antonio del Tejar que donó al programa.

Al principio se operó como albergue, pero conforme el personal se fue capacitando y se implementaron normas técnicas en el manejo de la problemática de los pacientes, se inició el paso de albergue hacia rehabilitación.

El señor Lesko falleció a finales de 1999, pero dejó un fideicomiso que incluía la continuidad de tan importante obra, a cargo de una oficina de abogados.

En febrero del 2000 se inauguró el primer edificio nuevo, con capacidad para 40 residentes, donde desarrollar el programa de rehabilitación, debidamente acreditado por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (ente rector de la materia). Dos años después se completó el segundo edificio, con mayor capacidad.

En junio del 2001 se había realizado la asamblea constitutiva de la asociación Rostro de Jesús, cuyo primer presidente fue el presbítero Enrique Delgado. En el año 2003, ya con personería jurídica vigente, se pasó de una administración unipersonal, a colegiada; con lo cual el proceso administrativo financiero se estructuró de una manera más eficiente y ordenada. Se realizó una auditoría externa a partir de la cual se elaboraron los protocolos administrativos, que se han ido perfeccionando con el paso de los años. Además, la quinta se vendió porque debido a su ubicación geográfica duplicaba los costos de operación. Los fondos fueron colocados en inversiones seguras, a fin de que sirvieran de protección para emergencias. Los servicios se brindaban en forma gratuita y financiada por el fundador.

Debido a la gran aceptación que tuvo el programa y la fuerte presión social, fue necesario abrir el internamiento a personas provenientes de todo el país, no solo indigentes, sino con menor deterioro, situación que se mantiene en la actualidad.

A partir del año 2007, los recursos provenientes del fideicomiso que dejara don Paul Lesko empezaron a escasear, lo que nos obligó a pedir ayuda estatal, consiguiendo en primera instancia el soporte de la Junta de Protección Social (JPS) y posteriormente del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). En el 2010, se consiguió una pequeña ayuda de parte del IAFA que se renueva anualmente. Pero como no fue suficiente, se decidió recurrir a los familiares de los internos para que hicieran aportes fijos, de acuerdo a sus posibilidades y siempre muy inferiores a los costos reales.

En el campo técnico, a lo largo de estos 20 años, la institución ha crecido en capacitación del personal, eficiencia y eficacia, tanto el campo administrativo como técnico. Se cuenta con un equipo técnico bien capacitado y muy buena aceptación a nivel nacional. Anualmente, basados en el informe de resultados, se realizan los ajustes estratégicos necesarios para dar respuesta a las variaciones en las características poblacionales.

**Pre-Diagnóstico**

**Situación Nacional**

La enfermedad adictiva y sus consecuencias han alcanzado proporciones preocupantes. Su impacto sobre la salud personal y familiar, los altos costos del tratamiento, su asociación con actividades ilícitas, cada vez de mayor gravedad, el deterioro familiar y comunal, así como la pérdida de la capacidad laboral y productiva; tiene un fuerte y negativo impacto en el país. Seguidamente algunas aproximaciones estadísticas sobre su magnitud.

**Encuesta nacional sobre el consumo de drogas, IAFA 2010- resumen.**

El consumo de alcohol en Costa Rica experimenta un patrón de descenso sostenido a lo largo de los últimos veinte años. Sin embargo, los problemas asociados con el abuso persisten y, así como en el pasado, el país experimenta condiciones de riesgo y una afectación importante, en diferentes ámbitos. La prevalencia de consumo activo en Costa Rica se reporta en 20,5%.

El cannabis es la droga ilícita de mayor consumo, principalmente entre personas jóvenes (12 a los 35 años) y en general los hombres triplican la tasa de consumo con respecto a las mujeres. La prevalencia en población general de 12 a 70 años, se ubica en 4.8 reportándose un 1% de nuevos consumidores.

La prevalencia de vida del consumo de cocaína, ha presentado un incremento desde 1990, al pasar de 0,5% a 3% en el 2010 y 5.2 en 2015. Los niveles de prevalencia del consumo de crack, muestran resultados bajos (1.2%) en comparación con otras drogas como la marihuana o la cocaína. Tanto así, que para el estudio del 2015 se reporta que no hay nuevos consumidores. Sin embargo, si se toma en cuenta otra población, que quizás no se ha visto reflejada en este estudio, como la que se encuentra en los centros de tratamiento, prisiones o la calle, los niveles de prevalencia posiblemente variarían.

Respecto al consumo de psicotrópicos tranquilizantes, las estimaciones señalan que para el año 2010, 28 695 personas (0.82%) entre los 12 y los 70 años de edad, estaban consumiendo de forma activa y sin prescripción al menos un medicamento tranquilizante; tendencia que venía comportándose de manera sostenida desde el año 1995 (0.7%) y que, para el año 2010, muestra un sutil aumento.

Para las sustancias estimulantes como la metanfetamina las estimaciones realizadas señalan que la tasa de prevalencia de consumo activo sin prescripción médica, llegó a 0.62% (0.88% en hombres y 0.35% en mujeres).

El estudio nacional arroja resultados que deben interpretarse con precaución, debido a que por su condición de ilegitimidad las personas ocultan el consumo. Además, debido a las características propias de la adicción, los enfermos deteriorados no conservan una residencia permanente y por lo tanto no son sujetos de estudio. Ellos están presos, no tienen residencia fija o deambulan por las calles en condiciones de indigencia.

**Resultados en el Rostro de Jesús**

Desde su fundación, la Asociación Rostro de Jesús lleva registro de todos sus pacientes, por lo que puede ofrecer una ampliación sobre las características de los consumidores y la forma en que se han modificado a lo largo de los años.

Presentamos algunos de estos resultados. En el Tabla 2 puede observarse como los varones mayores de edad que solicitan el servicio por su adicción única al alcohol ha disminuido significativamente, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por el IAFA, pero este fenómeno ha dado paso al consumo múltiple de drogas.

Más recientemente, han empezado a aparecer los consumidores de una sola droga, especialmente crack, probablemente por su gran poder adictivo. Especial mención daremos a algunos casos aislados de consumidores de tramadol, que hasta ahora siempre han sido funcionarios del sector salud.

Tabla 2: Porcentaje de egresados, según adicción única o múltiple.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Año | Solo alcohol | Solo Crack | Solo Marihuana | Solo Tramadol | Múltiple |
| 1998 | 66 |  |  |  | 34 |
| 2000 | 51 |  |  |  | 49 |
| 2001 | 23 |  |  |  | 77 |
| 2002 | 15 |  |  |  | 85 |
| 2003 | 8 |  |  |  | 92 |
| 2004 | 6 |  |  |  | 94 |
| 2005 | 1 |  |  |  | 99 |
| 2006 | 10 |  |  |  | 90 |
| 2007 | 9 |  |  |  | 91 |
| 2008 | 9 |  |  |  | 91 |
| 2009 | 13 |  |  |  | 87 |
| 2010 | 12 |  |  |  | 88 |
| 2011 | 17 | 5 |  |  | 78 |
| 2012 | 17 | 8 | 3 |  | 72 |
| 2013 | 12 | 0 | 0 | 2 | 86 |
| 2014 | 8 | 5 | 1 | 1 | 75 |
| 2016 | 6 | 6 | 4 | 0 | 84 |
| 2017 | 6 | 10 | 1 | 0 | 83 |

Nota: Rostro de Jesús, años 1998 a 2017.

Al agregar cocaína o crack a la ingesta adictiva, la vida de los consumidores se complicó rápidamente, llegando a perder sus recursos sociales (familia, dinero, trabajo, otros.) en pocos años. En este campo hay un nuevo fenómeno que debe ser considerado: algunos pacientes, después de consumir múltiples drogas, se mantienen en la actualidad solo con crack lo cual conduce a

* Alto deterioro físico en pocas semanas.
* Desarrollo de conductas delictivas en mayor cantidad y peligrosidad. Esta afirmación se fundamenta en la historia de vida que los pacientes cuentan. Ellos mismos señalan cómo al consumir crack entraron al mundo de la delincuencia y se tornaron más violentos
* Mayor disfuncionalidad psicológica.

Figura 1: Consumo de sustancias psicoaditivas por grupos etáreos.

Nota: Datos Estadísticos de población RJ, 2017.

En cuanto al grupo etáreo, es importante acotar que la población solicitante de servicios es cada vez más joven, lo cual nos ha obligado a realizar ajustes en las estrategias de intervención, con inclusión de la familia de una manera más intensa.

Figura 2: Porcentaje de egresados según edad.

Nota: informe estadístico, RJ. Enero 2017.

En cuanto al estado civil y la dificultad que muestra esta población para manejar sus relaciones afectivas, es importante comentar que, aunque muchos ingresan en condición de indigencia, con el paso del tiempo la familia se acerca, de modo que no es raro que muchos separados o divorciados recuperen a su pareja afectiva, y los solteros a sus padres y hermanos.

**Cobertura Geográfica de Atención**

Rostro de Jesús nació para brindar una oportunidad de recuperación a los enfermos farmacodependientes de Alajuela. Pero, debido a la fuerte presión que ejerce la población del resto del país, se ha visto obligado a ofrecer cobertura nacional. La atención se ha extendido a pacientes provenientes de República Dominicana, Estados Unidos de América, Honduras, Nicaragua y Panamá.

Las instalaciones del Rostro de Jesús son muy accesibles por autobús, motocicleta o automóvil y están totalmente asfaltadas hasta su entrada principal.

**Población**

La Asociación Rostro de Jesús atiende personas con problemas de dependencia a substancias psicoactivas, masculinos, con edades entre 18 y 65 años. Su cobertura es de 40 en programa de internamiento (etapa I, II y III) y ofrece un servicio de Casa Media para 21 personas, que hayan concluido su programa de tratamiento, ya sea del Rostro de Jesús o de otras instituciones.

Además, se ofrece la alternativa de un acompañamiento posterior a la conclusión de las tres etapas, se le denomina “Seguimiento”.

**Propuesta**

En concordancia con la filosofía humanista, utilizando elementos de la comunidad terapéutica, el modelo biopsicosocial – espiritual y elementos de la filosofía de la reducción del daño, el Rostro de Jesús es una propuesta de rehabilitación nacida a partir de las necesidades planteadas por la sociedad costarricense. Por tal razón se considera que es un programa propio que no se basa en la duplicación de modelos existentes. El programa que se ofrece, se orienta a la recuperación de la dignidad humana, crecimiento personal, mejoría en la calidad de vida y reducción del daño, de los enfermos farmacodependientes y su familia, para reintegrarlos a la sociedad con calidad de vida.

Si bien es cierto el modelo de Reducción del Daño promovido por el IAFA y otras instituciones, el Rostro de Jesús lo ha incorporado como una filosofía, como un recurso teórico para el desarrollo de la atención de los internos que residen en la institución, puesto que Milanese (1998), en su propuesta metodológica, referida a la reducción del daño, considera la rehabilitación (ofrecida en le RJ), como parte esencial del modelo de intervención por él propuesto.

Se tiene claro que el Rostro de Jesús, es un Centro de Rehabilitación para hombres mayores de edad con problemas de adicción que busca en primer lugar la eliminación del consumo de drogas, en cambio el modelo de reducción del daño según La Asociación Internacional de Reducción del Daño, es ofrecer a las personas que desean seguir consumiendo drogas, una alternativa diferente a un tratamiento residencial. Ante esto el Rostro de Jesús lo que toma de este modelo es la actitud con que se debe atender a una persona con problemas de adicción esto es: estar al lado de la persona con respeto, regalándole esperanza y acompañándola en la búsqueda de un pro proyecto de vida para su futuro. (Pilotto, 2000 p. 121). Con esta actitud se debe desempeñar el profesional del Rostro de Jesús.

**CAPÍTULO III: MISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN**

**Misión**

Rostro de Jesús es un centro para el tratamiento integral de la persona, específicamente varones con enfermedad adictiva, en el cual se ofrece la oportunidad de recuperar la dignidad humana, reintegrándose a la sociedad con calidad de vida.

**Visión**

Pretendemos llegar a ofrecer el mejor servicio de rehabilitación y crecimiento personal, específicamente para la población de varones costarricense.

**CAPÍTULO IV: OBJETIVOS**

**Objetivo general**

Desarrollar un programa de rehabilitación para varones adultos que padecen drogodependencia, enmarcado en una perspectiva biopsicosocial – espiritual y de reducción del daño, desde el humanismo cristiano y dirigido al crecimiento personal.

**Objetivos específicos**

* Facilitar el proceso de diagnóstico, motivación y adaptación de los residentes al programa; con el propósito de establecer un ambiente de confianza que propicie el inicio de su ser persona, así como la recuperación física, para la adquisición de un nuevo estilo de vida (Etapa I. Recuperación Física y Adaptación).
* Ofrecer al paciente y a su familia en el proceso terapéutico del programa, sesiones individuales, grupales, comunitarias y familiares, que apoyen el proceso de interiorización de su ser persona (Etapa II. Interiorización).
* Acompañar a los residentes en el proceso de desprendimiento y reinserción social, potenciando en ellos sus capacidades personales para que pongan en práctica los conocimientos adquiridos durante el tiempo de internamiento (Etapa III. Preparación para la Reinserción social).