

Perfiles personales y
sociodemográficos de
las personas que reciben
tratamiento en Organizaciones
no Gubernamentales
autorizadas por el IAFA en
Costa Rica



© Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas

Instituto Costarricense sobre Drogas

2019

www.icd.go.cr



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual
4.0 Internacional

El presente documento es un producto de la Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas del Instituto Costarricense sobre Drogas, bajo la supervisión de Andrés Rodríguez Pérez.

Equipo de Redacción:

Valeria Soto Ramírez

Procesamiento de datos:

Valeria Soto Ramírez

Tablas, gráficos:

Valeria Soto Ramírez

Portada, contraportada:

Beatriz Murillo Paz

Agradecimientos:

Un agradecimiento especial a todas las organizaciones no gubernamentales que permitieron el desarrollo del estudio en cada uno de estos espacios.

- ✓ Asociación de Desarrollo Especifico Clínica para el Enfermo Alcohólico
- ✓ Asociación Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente
- ✓ Asociación para el Rescate de Drogadictos Deambulantes
- ✓ Asociación Comunidad Terapéutica para farmacodependientes El Alfarero
- ✓ Asociación Ciudad Refugio Dios restaura ELIASIB
- ✓ Fundación Valle de Oportunidades. FUSAVO
- ✓ Fundación KAYROS
- ✓ Asociación Centro de rehabilitación Rostro de Jesús
- ✓ Asociación Casa Hogar San José, de la Pastoral Social de la Arquidiócesis
- ✓ Fundación Génesis para el Desarrollo de Personas en Riesgo Social
- ✓ Asociación Salvando al Adicto de la Región Huetar Norte
- ✓ Asociación Centro Cristiano Manantial del Amor de Dios
- ✓ Asociación Comunidad Cristiana Maná
- ✓ Clínica Integral Nueva Vida Sociedad Anónima
- ✓ Clínica de Tratamiento de Adicciones y Neuropsiquiatría M y S. Sociedad Anónima
- ✓ Asociación Comunidad Encuentro
- ✓ COSTA RICA RECOVERY. Sociedad Anónima.
- ✓ Asociación de Alcohólicos de Alajuela
- ✓ Asociación Hogar Salvando al Alcohólico Enrique Amador
- ✓ Asociación Hogar Turrialbeño Salvando al Alcohólico
- ✓ Asociación Hogar Feliz por la Recuperación del Alcohólico de Naranjo
- ✓ Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Aserri
- ✓ Asociación Escazuceña pro Hogar Salvando al Alcohólico
- ✓ Asociación Centro de Rehabilitación para el Alcohólico de Goicoechea
- ✓ Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez – Ernesto Durán
- ✓ Asociación Salvando al Alcohólico Javier Umaña Barquero
- ✓ Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Limón
- ✓ Asociación Autogestores para la salud de Coronado
- ✓ Asociación Restauración a la Niñez en Abandono y Crisis para una Esperanza Renovada. RENACER
- ✓ Asociación Centro Cristiano Canaán.
- ✓ Fundación ELIM para el Desarrollo Humano
- ✓ International Rehab Centers S.A.
- ✓ Asociación Ministerio Casa de Paz Scout Shalom

Gobierno de Costa Rica
Ministerio de la Presidencia
Instituto Costarricense sobre Drogas
Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas

**Perfiles personales y sociodemográficos de las personas que
reciben tratamiento en Organizaciones no Gubernamentales
autorizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y
Farmacodependencia (IAFA) en Costa Rica.**

San José, Costa Rica

Noviembre, 2019

Tabla de Contenido

Índice de Tablas	8
Índice de Gráficos.....	9
Resumen	11
Introducción	13
Antecedentes.....	16
Planteamiento del Problema.....	21
Justificación.....	24
Fundamento Teórico.....	27
Objetivos de la Investigación	30
Objetivo General:	30
Objetivos específicos:	30
Metodología	31
Tipo de Investigación	31
Población en Estudio.....	31
Fuentes de Información	31
Técnicas de Recopilación de Información.....	31
Criterios de Inclusión.....	32
Criterios de Exclusión.....	32
Propuesta de Recolección de Información.....	32
Variables o dimensiones del estudio.....	32
Alcances y Limitaciones	33
Plan de Análisis de los Resultados	34
Análisis de la Información.....	47
Presupuesto.....	47
Cronograma del estudio	48
Resultados de la Investigación	49
Conclusiones.....	101
Recomendaciones	105
Referencias Bibliográficas	107
Anexo 1. Instrumento de recolección de la información.....	112

Anexo 2. Cantidad de personas según oficio, profesión o actividad económica.....	120
Anexo 3. Organizaciones de tratamiento residencial autorizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	123

Índice de Tablas

Tabla 1. Cantidad de personas participantes, según rango de edad, 2019	49
Tabla 2. Centros de tratamiento, según provincia, 2019	54
Tabla 3. Número y porcentaje de personas, según actividad económica reportada, año 2019. .	66
Tabla 4. Cantidad de personas según oficio, profesión o actividad económica, año 2019.	120
Tabla 5. Organizaciones de tratamiento residencial autorizadas por Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, febrero 2019.	123

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de personas participantes según sexo, año 2019.....	50
Gráfico 2. Porcentaje de personas según nacionalidad, año 2019.....	53
Gráfico 3. Porcentaje de personas según provincia de residencia, año 2019.....	54
Gráfico 4. Porcentaje de personas que estaban en condición de callejización, 2019.....	55
Gráfico 5. Porcentaje de personas por tipo de vivienda, 2019.....	57
Gráfico 6. Porcentaje de personas que vivían en una casa de materiales de desecho, 2019.....	57
Gráfico 7. Porcentaje de personas que habitaban en viviendas con hacinamiento, año 2019 ...	58
Gráfico 8. Porcentaje de personas, según su estado civil, año 2019	59
Gráfico 9. Porcentaje de personas participantes, según escolaridad, año 2019	60
Gráfico 10. Porcentaje de personas que se encontraban estudiando antes de estar en internamiento, año 2019.	61
Gráfico 11. Porcentaje de personas que abandonaron en algún momento la educación formal, año 2019.	61
Gráfico 12. Porcentaje de personas participantes según su situación laboral, año 2019.....	62
Gráfico 13. Porcentaje de personas según la edad en que inició la vida laboral, año 2019.	64
Gráfico 14. Porcentaje de personas, según cantidad de veces que ha estado desempleado, año 2019.....	65
Gráfico 15. Porcentaje de personas según el ingreso reportado, año 2019.....	68
Gráfico 16. Porcentaje de personas según jefatura reportada, por sexo, año 2019.	69
Gráfico 17. Porcentaje de personas según número de hijos/hijas, año 2019.	70
Gráfico 18. Porcentaje de personas según número de hijos/hijas/hijastros/hijastras que dependen económicamente de la persona participante, año 2019.....	70
Gráfico 19. Porcentaje de personas que contaban con un seguro de salud, año 2019.....	71
Gráfico 20. Porcentaje de personas que reporta historial de consumo de alcohol y/o tabaco en personas de la familia, año 2019.	72
Gráfico 21. Porcentaje de personas que reporta historial de consumo de drogas ilegales en personas de la familia, año 2019.	73
Gráfico 22. Porcentaje de personas que reporta historial de consumo de alcohol y/o tabaco en amigos, año 2019.....	74
Gráfico 23. Porcentaje de personas que reporta historial de consumo de drogas ilegales en amigos, año 2019.....	74
Gráfico 24. Porcentaje de personas que reporta historial de actividades delictivas en personas de la familia, año 2019.	75
Gráfico 25. Porcentaje de personas que reporta privación de libertad en personas de la familia, año 2019.	76
Gráfico 26. Porcentaje de personas que reporta haber sido víctima de violencia psicológica en la edad adulta, año 2019.....	76
Gráfico 27. Porcentaje de personas que reporta haber sido víctima de violencia física en la edad adulta, por sexo, año 2019.	78

Gráfico 28. Porcentaje de personas que reporta abuso físico en la niñez y/o adolescencia, por sexo, año 2019.	78
Gráfico 29. Porcentaje de personas que reporta haber sido víctima de abuso sexual y/o violación en la edad adulta, por sexo, año 2019.	79
Gráfico 30. Porcentaje de personas que reporta haber sido víctima de abuso sexual durante la niñez y/o adolescencia, por sexo, año 2019.	80
Gráfico 31. Porcentaje de personas que reporta privación de libertad, por sexo, año 2019.	81
Gráfico 32. Porcentaje de personas que considera que el consumo de alcohol tiene consecuencias negativas, año 2019.	83
Gráfico 33. Porcentaje de personas que considera que el consumo de tabaco tiene consecuencias negativas, año 2019.	83
Gráfico 34. Porcentaje de personas que considera que hay drogas más perjudiciales que otras, año 2019.	84
Gráfico 35. Porcentaje de personas que considera que el consumo de drogas tiene consecuencias negativas, año 2019.	85
Gráfico 36. Porcentaje de personas que considera que el consumo de drogas tiene efectos positivos, año 2019.	86
Gráfico 37. Porcentaje de personas que reporta tener un diagnóstico de depresión, año 2019.	87
Gráfico 38. Porcentaje de personas que considera haber tenido síntomas de depresión, año 2019.	87
Gráfico 39. Porcentaje de personas que reporta "salir de fiesta" entre sus actividades en el tiempo libre, año 2019.	88
Gráfico 40. Porcentaje de personas según tipo de autoestima de acuerdo a la Escala de Autoestima de Rosenberg, por sexo, año 2019.	89
Gráfico 41. Porcentaje de personas que reporta tener una buena autoestima, por sexo, año 2019.	90
Gráfico 44. Porcentaje de personas que reporta tener dificultad para controlar el enojo, año 2019.	91
Gráfico 45. Porcentaje de personas que reporta que es capaz de reírse de sus fracasos, por sexo, año 2019.	92
Gráfico 46. Porcentaje de personas que reporta que es capaz de superar los fracasos, por sexo, año 2019.	92
Gráfico 42. Porcentaje de personas que responde afirmativamente, en el Test de Experiencias Adversas en la Niñez y Adolescencia, según variable, año 2019.	93
Gráfico 43. Cantidad de personas según respuestas afirmativas del Test de Experiencias Adversas en la Niñez y Adolescencia, según sexo, año 2019.	94
Gráfico 47. Cantidad de personas según cantón donde habitaban antes de estar en internamiento, año 2019.	96

Resumen Ejecutivo

La investigación desarrolla un perfil sociodemográfico y personal de las personas que reciben tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, en tanto se identifica que no existe información pública disponible que permita conocer el perfil personal y sociodemográfico de las personas con enfermedades mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas. Se considera que las enfermedades mentales y del comportamiento son un problema de salud pública, y por tanto, se consideran indispensables, las herramientas que permitan la generación de estrategias preventivas que correspondan a la población.

El objetivo principal de la investigación es explorar qué factores están relacionados al consumo de sustancias psicoactivas en las personas que reciben tratamiento en Organizaciones no Gubernamentales en el año 2019, identificado posibles elementos de riesgo asociados a dicho comportamiento. La investigación se desarrolló en las 33 ONG que contaban con la aprobación por parte del IAFA en mayo del 2019, para un total de 35 centros de tratamiento. Se encuestaron un total de 429 personas en el período mayo 2019- julio 2019.

Las variables que se consideraron en el estudio correspondieron a: características personales, factores sociodemográficos, experiencias adversas en la infancia y adolescencia y el contexto geográfico.

Entre los principales resultados de la investigación, es posible mencionar: la mayoría de personas se ubica entre 30 y 35 años (17%), seguido de las personas menores de edad que representan el 15,2% de la población. El 89% de las personas entrevistadas eran hombres, y la mayoría de personas (92%) eran costarricenses, seguido por el 4% que eran de Nicaragua. La mayoría de la población (46%) residía en San José, seguido de Alajuela (14%). El 34% de las personas reportaron estar en situación de callejización, el 11% vivía en casas hechas de materiales de desechos, y un 8% vivía en hacinamiento.

La gran mayoría de personas (73%) eran solteros, y el 8% de las personas menores de edad reporta unión libre. De las personas mayores de edad, el 37% tenía una escolaridad de primaria incompleta o menos. El 49% de las personas menores de edad no se encontraba estudiando, además, el 89% de las personas menores de edad reporta haber abandonado la educación formal en algún momento de sus vidas.

El 55% de la población inicio su vida laboral teniendo 15 años o menos, además, el 11% de las personas reportaron actividades delictivas como su actividad económica. En cuanto a la jefatura de hogar, el 52% mencionó que ellos asumían esta posición, y el 19% que tenían jefaturas compartidas. El 45% de las personas tenían al menos un hijo(a), y el 19% tenían al menos un hijo, hija, hijastro, hijastra que dependía económicamente de ellos(as). El 38% de las persona no contaba con seguro médico.

El 33% de la población reporta tener un historial de conductas delictivas en la familia y el 36% menciona que alguna persona de su familia estuvo en privación de libertad. El 46% de las personas menciona haber sido víctima de violencia psicológica en la edad adulta. En cuanto a violencia física, el 42% reporta haber sufrido este tipo de violencia en la etapa adulta y en el caso del período de niñez y adolescencia correspondió a un 45% de la población. La violencia sexual en mujeres en edad adulta correspondió al 52% de la población, y en cuanto a este tipo de violencia en niñez y adolescencia, para población adulta fue del 33%. El 28% de las personas, cuenta con un historial de privación de libertad. El 20% de la población reporta que hay drogas que tienen efectos positivos.

La experiencia adversa en niñez y adolescencia más común, fueron padres separados o divorciados, seguido de ser testigo de agresión. En promedio las mujeres tuvieron 8 experiencias adversas en niñez y adolescencia, en el caso de los hombres correspondió a 1.

Se concluye que la población entrevistada presenta múltiples condiciones de vulnerabilidad y exclusión, lo que exige un abordaje integral e interinstitucional, a fin de promover la inclusión social, laboral, y económica de la población en estudio.

Introducción

Las enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas son un elemento que permea la realidad de distintos espacios geográficos y de diversos grupos poblacionales. Se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, aproximadamente el 5% de la población adulta mundial, consumió drogas por lo menos una vez en el 2015 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017). En el año 2016, este número había aumentado a 275 millones de personas lo que corresponde al 5,6% de la población (entre 15 y 64 años). (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018).

Además, de los 250 millones de personas, unos 29,5 millones de esos consumidores, y alrededor del 0,6% de la población adulta, padecía de trastornos provocados por el uso de drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017), cada año el número de personas con este tipo de trastornos va en aumento, en tanto para el año siguiente (2018), correspondía a 31 millones de personas, y en el último informe de la (Oficina de las Naciones Unidas contra las Droga y el Delito, 2019) correspondió a 35 millones de personas.

En el 2017, 585.000 personas perdieron la vida a consecuencia del consumo de drogas, dato que aumentó, pues según la (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018) citando a la Organización Mundial de la Salud, en el año 2015, los fallecimientos correspondieron aproximadamente a 450.000 personas, de las cuales 167.750 estaban directamente relacionadas con trastornos por consumo de drogas (principalmente por sobredosis). Las restantes muertes pueden atribuirse indirectamente al consumo de drogas, entre ellas las relacionadas con el VIH y la hepatitis C, contraídas a partir de las prácticas de inyección inseguras.

Como lo muestran los datos anteriormente mencionados, este fenómeno no debe verse como un elemento aislado, por el contrario, debe partirse de la comprensión, de que las enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas (lícitas como ilícitas) es un problema de salud pública. A nivel nacional, según el Instituto Costarricense sobre Drogas (2018) la prevalencia de consumo de sustancias en el último mes, para población general¹ en el año 2015 fue: un 27,9% para alcohol, un 3,2% para marihuana y un 0,4% para cocaína. Por tanto, se observa que el consumo se está presentando, no sólo en drogas ilícitas, sino en sustancias que son legales, pero no inocuas como el alcohol.

Es importante contextualizar este elemento a datos más amplios, según el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2015), un total de 63,3% de la población general mencionó haber consumido alcohol alguna vez en su vida, además, según el Instituto Costarricense sobre Drogas (2018), la mayor parte (49,2%) de los pacientes egresados de tratamiento en las ONG acudió por problemas debidos al consumo de alcohol. Lo anterior evidencia que la demanda de

¹ Población general: personas entre 12 y 70 años, residentes en hogares del territorio costarricense.

tratamiento en centros de internamiento, tiene como sustancia principal, una de carácter lícito, sin embargo, debe considerarse que la legalidad no define las consecuencias que la sustancia pueda generar, tanto para la persona, como para la sociedad; sino sus efectos sobre la salud humana.

Estos elementos permiten evidenciar, cómo la situación del consumo de sustancias psicoactivas forma parte de la cotidianidad tanto en el territorio costarricense, como a nivel mundial. Esta no es una problemática aislada, sino que por el contrario, se encuentra vinculada a diversas patologías, como lo expresa la (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017) quien señala la vinculación de este consumo con situaciones como el VIH, la hepatitis y la tuberculosis; razón por la cual esta temática debe verse como un problema, primordialmente, de salud pública.

Los consumidores de drogas pueden tener un historial de mayor exposición a los factores de riesgo de contagio de enfermedades infecciosas que el resto de la población en general. Los consumidores de drogas que se encuentran entre rejas están expuestos a un entorno de alto riesgo de contagio de enfermedades como la infección por el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis. El consumo de drogas, especialmente de heroína, y las prácticas peligrosas de consumo de drogas por inyección persisten en muchas cárceles. Estos factores contribuyen a la alta prevalencia global y a la coinfección de enfermedades contagiosas observadas en muchas poblaciones carcelarias. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017)

Esta problemática no discrimina grupos poblacionales, sino que se presenta independientemente del sexo, nivel socioeconómico, grupo etario, entre otros. “Los estudios epidemiológicos, tanto mundiales como nacionales demuestran que este suceso es cambiante y actualmente presenta un incremento de la incidencia en jóvenes, además de un aumento en el uso de drogas en la mujer, tanto legales como ilegales” (Sánchez, Andueza, Santana, Hoil, & CuFarfán, 2017)

A partir de estos elementos, se considera que el conocimiento de la población que actualmente consume sustancias psicoactivas y se encuentra en procesos de rehabilitación, es un elemento clave para el desarrollo de programas preventivos, pues contar con los factores de riesgo identificados en la población costarricense, permitirá el direccionamiento de los recursos económicos a aquellas poblaciones que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar una enfermedad por consumo de sustancias psicoactivas.

Considerando el elemento planteado por la (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2019) quien considera que las respuestas en materia de salud pública siguen siendo insuficientes; en tanto no hay tantas intervenciones de tratamiento eficaces, basadas en datos científicos y respetuosas con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, ni son tan accesibles, como haría falta. Por lo que se considera de trascendencia que los gobiernos nacionales y la comunidad internacional generen acciones que permitan reforzar las intervenciones y suplir las carencias identificadas con respecto a los procesos de tratamiento.

Igualmente, la identificación de la población consumidora de sustancias psicoactivas, facilitará la captación y la permanencia de este grupo poblacional en los centros de tratamiento, en tanto se comprende que “la oferta de servicios especializados en el tratamiento de esos trastornos y de las dolencias conexas, así como el acceso a esos servicios, siguen siendo limitados, ya que menos de una de cada seis de las personas afectadas reciben tratamiento cada año”. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017)

Antecedentes

Posterior a la revisión bibliográfica de diferentes investigaciones y textos, es posible definir que las investigaciones identificadas que tienen relación con la caracterización de las personas que se encuentran en procesos de tratamiento por un consumo de sustancias psicoactivas, apelan a poblaciones etarias específicas, principalmente a adolescentes, haciendo un énfasis importante en educación formal (colegios y universidades). En estas se pretende identificar la prevalencia de consumo de sustancias, principalmente de alcohol y tabaco. Igualmente, algunas investigaciones incluyen adultos jóvenes, donde se hace énfasis en la población universitaria. No fue posible encontrar investigaciones que expusieran los perfiles personales y socio demográficos de la población en internamiento.

A continuación se exponen las principales investigaciones internacionales que refieren al tema y que son un aporte para la definición de los vacíos teóricos y metodológicos con respecto al mismo.

La investigación que lleva por nombre “Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias” menciona que se tiene por objetivo analizar los diferentes patrones de consumo de drogas en adolescentes e identificar perfiles de consumo en México, además de comprobar las variables asociadas con la toma de decisiones de consumo. Para esto se utiliza una muestra de 822 estudiantes de secundaria en edades entre los 13 y los 18 años. Se utiliza un cuestionario para conocer datos sociodemográficos y de consumo y para la medida del apoyo familiar, se utiliza la Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Entre los resultados se puede mencionar que existe una correlación positiva entre la valoración que los adolescentes hicieron de la relación actual con sus padres o tutores y el apoyo familiar percibido. Además, se define que tanto el apoyo familiar como la relación con los padres, se correlacionan de manera negativa con la frecuencia de consumo de tabaco. Por último, los consumidores habituales de cannabis presentan diferencias significativas en apoyo familiar respecto a los que no consumían de forma habitual. (Molero, Pérez, Gásquez, & Barragán, 2017)

En la investigación “Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México”, se define como objetivo describir las características socio-demográficas y de consumo de tabaco y droga en estudiantes universitarios de Yucatán y Coahuila. El estudio realizado es una encuesta de tipo transversal que incluyó 412 universitarios de Yucatán y 344 de Coahuila. Se utilizó estadística descriptiva para las variables numéricas y frecuencias para las cualitativas, estadística inferencial para las coincidencias y diferencias. Entre los principales resultados se denota que el consumo de tabaco en ambos estados fue mayor al esperado para su región, las fumadoras activas estuvieron por encima del promedio nacional, los dos estados se ubicaron arriba del promedio nacional respecto a consumo de drogas y Coahuila por encima del promedio mundial. (Sánchez, Andueza, Santana, Hoil, & CuFarfán, 2017)

La investigación “Rasgos de personalidad implicados en el consumo de drogas en adolescentes” pretende realizar un sondeo sobre los rasgos de personalidad en adolescentes consumidores de drogas en España. Se trabaja con una muestra formada por 640 adolescentes de entre 14 y 16 años. Entre los principales resultados se muestra que la mayoría de los participantes se consideran consumidores de drogas, además no es posible identificar diferencias en cuanto al género, la edad media de las personas consumidoras es de 13 años. Todas las personas muestran niveles promedio en todos los rasgos de personalidad analizados, aunque los consumidores presentan menor autogobierno y creatividad que los que no consumen, lo que nos lleva a recomendar acciones preventivas encaminadas a entrenar en habilidades de autonomía, control de impulsos, habilidades sociales y creatividad. (Claver, 2016)

En el artículo “Diagnóstico macrosocial de riesgo del consumo de drogas en México” se tiene como objetivo la identificación entre los 317 municipios y delegaciones del país, aquellos que requieren con mayor prioridad servicios de tratamiento y prevención del consumo de drogas. Para esto se emplea un estudio transversal con base en el método Delphi. En este se valora el nivel del riesgo de 33 indicadores demográficos, de salud, económicos, de educación, vivienda, geográficos, turísticos, sociofamiliares, del tráfico de estupefacientes y del consumo de drogas ilegales que se encontraban vigentes. (García, Solveig, Córdova, & Fernández, 2016)

El texto “Perfil de los jóvenes consumidores de sustancias que inician un programa de intervención” menciona que el objetivo de la investigación fue identificar variables de personalidad y características generales en adolescentes consumidores de sustancias que inician un programa de intervención en España. Los resultados denotan que las variables de Interacción Psicosocial más acentuadas fueron: Afrontamiento Centrado en la Emoción, Afrontamiento Centrado en la Búsqueda de Apoyo Social, Autoestima, Autocontrol y Afrontamiento Centrado en la Tarea. El patrón de personalidad más característico fue el Antisocial, aunque coexiste con otros síndromes que complementan su perfil. Destacan también las subdimensiones Búsqueda de Experiencias y Búsqueda de Emociones. (Martínez, 2015)

La investigación “El perfil de los consumidores de drogas”, explora en México la magnitud, distribución, tendencias, tipos de sustancias de abuso y formas de consumo, entre otros datos, que conforman una base sobre la cual apoyarse para proponer medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación, así como para evaluar el impacto de las mismas. Se identifica que el perfil sociodemográfico de los pacientes usuarios de sustancias que acuden a tratamiento a los Centros de Integración Juvenil es de personas jóvenes, en su mayoría hombres, solteros, con una escolaridad media, que en general realiza algún tipo de actividad productiva como estudiar o trabajar. Más de 80% de los casos reportó haber solicitado tratamiento debido principalmente al consumo de drogas ilícitas, no obstante que la mayoría también usaban tabaco y alcohol. Además, se agrega que el uso de marihuana ocupa el primer sitio entre las sustancias que más problemas les han ocasionado a los usuarios. (Sánchez & Fernández, 2014)

En el estudio “Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados” se define como objetivo contrastar un modelo explicativo del consumo de drogas

illegales en adolescentes escolarizados, considerando variables personales (autoestima académica, autoestima social y sintomatología depresiva), familiares (funcionamiento familiar, comunicación familiar madre y padre), escolares (expectativa académica) y sociales (integración y participación comunitaria). La muestra estuvo conformada por 1.285 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 12 y 20 años de edad, procedentes de cuatro centros educativos localizados en Monterrey (México). Los resultados muestran una relación significativa y positiva entre el contexto comunitario y el consumo de drogas ilegales a través de la autoestima social, en el caso de los chicos. Igualmente, se encontró una relación indirecta y positiva entre el contexto familiar y el consumo de drogas, a través de la autoestima social, la autoestima escolar y las expectativas académicas. Además, el contexto familiar mostró una relación negativa con la sintomatología depresiva y esta, a su vez, con el consumo de drogas. (Sánchez, Villareal, Ávila, Vera, & Musitu, Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados, 2014)

El trabajo “Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar”, es resultado de estudio descriptivo-retrospectivo de adolescentes y jóvenes, quienes recibieron consejo profesionalizado y tratamiento cognitivo-conductual acompañado de entrevista psicomotivacional en el Servicio Lugar de Escucha del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas en Perú. Entre los principales resultados, se destaca que el 51.1% de los intentos por detener el consumo de alcohol o marihuana provenían de aquellos jóvenes que venían a recibir apoyo profesional en compañía de sus padres o apoderados. Además, los jóvenes desocupados con problemas de consumo de marihuana y alcohol procedían de familias con padres separados o familias monoparentales. También el estudio estableció que el 77.5% de los adolescentes y el 80% de los jóvenes consumidores de marihuana o alcohol, provenían de familias donde uno o más miembros tenían antecedentes de consumo de estas sustancias. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013)

En la investigación “Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas”, se plantea como objetivo identificar las diferencias en el perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas en Colombia. Se emplea un diseño descriptivo comparativo. Los resultados muestran que las tres sustancias de mayor consumo son el alcohol, el cigarrillo y la marihuana y que además, aproximadamente la mitad de la población reporta un policonsumo. Se define que el elemento de autocontrol es la habilidad que modula el avance hacia un consumo perjudicial. (Gantiva, Rodríguez, González, & Vera, 2011)

En el texto “Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias”, se realiza una investigación sobre las características y tendencias del consumo de drogas en Colombia, que tiene el objetivo de delinear las características principales de la evolución del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Entre las principales conclusiones se expone el aumento del consumo de sustancias psicoactivas ilegales, principalmente marihuana. (Scoppetta, 2010)

En el siguiente apartado, se ubican aquellas investigaciones que han sido desarrolladas en Costa Rica y que refieren al tema de las características de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, principalmente de aquellas poblaciones en procesos de internamiento.

La IV Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria, tuvo como objetivo ser un insumo para trabajar en materia de políticas públicas, además de facilitar a las instituciones públicas y privadas y a la sociedad en general y a los padres de familia, un conocimiento actualizado y metódico que permita generar acciones para la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes. Los principales resultados son: un aumento en la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas y un dramático descenso en el consumo de tabaco. Se identifica un aumento en el consumo de marihuana, suscitado por una disminución de la percepción del riesgo, además se observa como el alcohol es la principal droga en esta población. (Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, 2016)

El texto “Adicciones, rehabilitación e inserción social, un reto para la sociedad costarricense, tuvo como objetivo la realización de un diagnóstico de las posibilidades reales de inserción laboral de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas rehabilitadas en Costa Rica. La población corresponde a 809 empresas adscritas a la Cámara de Industrias de Costa Rica. Se tiene como conclusión, que en Costa Rica, las personas dependientes a sustancias psicoactivas carecen de oportunidades claras para la inserción laboral, que las empresas tienen temor y estigmas para contratar a esta población. (Cubero, Meza, & Granados, 2016)

El estudio “Estimación de la Demanda de Tratamiento de personas menores de edad consumidoras problemáticas de sustancias psicoactivas en Costa Rica, 2011”, se plantea como objetivo la actualización de la estimación del número de personas menores de edad consumidoras problemáticas de sustancias psicoactivas en Costa Rica, mediante un modelo de captura-recaptura. Las conclusiones refieren que habrá un aumento significativo de personas menores de edad que requerirán procesos de atención. Además se plantea la necesidad de servicios de reinserción, para reforzar los cambios de actitudes aprendidas en el centro de rehabilitación. (Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, 2013)

El estudio “Caracterización demográfica de los pacientes con trastorno por uso de sustancias egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2011: Propuesta de terapia grupal de 4 sesiones en el manejo de consumo de drogas en pacientes que además padecen de esquizofrenia o trastornos afectivos que estén hospitalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico”. Se plantean como objetivos determinar las características demográficas de los pacientes con trastorno por uso de sustancias que se internan en el Hospital Nacional Psiquiátrico y contribuir por medio de una propuesta de terapia de grupo en el manejo de los pacientes que se ingresan en el Hospital Nacional Psiquiátrico que presentan trastorno por uso de sustancias y que a su vez padecen de esquizofrenia o trastornos afectivos. Se concluye que el perfil de esta población son hombres, menores de 23 años, solteros, con secundaria incompleta

o menos, desocupados, que viven en San José y que presentan mayor comorbilidad psiquiátrica trastornos psicóticos y trastornos disociales. Además, la mayoría de mujeres que consume drogas ronda los 16 años. (Valverde & Arce, 2013)

La investigación “Visión de jóvenes costarricenses, de zonas rurales, en un programa de rehabilitación, sobre el consumo de drogas”, tuvo como objetivo investigar la visión de jóvenes costarricenses institucionalizados en dos organizaciones no gubernamentales de Costa Rica, sobre el consumo de drogas ilícitas. Mediante el grupo focal, los jóvenes expresaron sus sentimientos y vivencias acerca del consumo de drogas ilícitas. Los resultados refieren que la percepción de los adolescentes sobre sí mismos tiene como enfoque un proceso de cambio y de desarrollo de la identidad y experimentación que los hace tomar decisiones negativas, como es el consumo de drogas. Además, las relaciones de los jóvenes con sus padres son conflictivas, en tanto provienen de hogares disfuncionales y de comunidades marginales. Los amigos representan el apoyo a sus vicisitudes y la inducción al consumo. (Murillo & Inocenti, 2011)

Por tanto, las investigaciones muestran en general las características de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, así como su relación con sus redes de apoyo, principalmente la familia. No se identifican investigaciones que permitan evidenciar las características de las personas según centro de internamiento. Se identifica como tendencia investigativa el estudio en población adolescente.

Planteamiento del Problema

El desarrollo de la presente investigación, parte de la necesidad de comprender más a fondo el fenómeno del consumo de drogas en Costa Rica, todo esto como insumo para la generación de programas y políticas que tengan como objetivo principal la atención, rehabilitación e inserción social de las personas con enfermedades mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas. Por ende, el problema de investigación se define como: No existe información pública disponible que permita conocer el perfil personal y sociodemográfico de las personas con enfermedades mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica.

La reincidencia del consumo de sustancias psicoactivas es una realidad y de hecho, se considera parte del proceso de rehabilitación. Se menciona, que para el año 2016, de las personas en procesos de internamiento, en el caso de alcohol, un 64,2% mencionó que no era su primera vez, un 39,6% en el caso de cannabis, un 50,2% en el caso de la cocaína y un 61,6% en el caso del crack. (Instituto Costarricense sobre Drogas, 2017). Estos datos denotan la baja incidencia que tiene un tratamiento de rehabilitación en las personas consumidoras, aspecto que puede estar determinado por una multiplicidad de factores.

Igualmente, el Instituto Costarricense sobre Drogas (2018) plantea que para el año 2017, las personas que mencionaron en sus procesos de internamiento que no era su primera vez se definen: para alcohol 66,8%, en el caso de cannabis 41,8%, para crack 61,6% y por último, para cocaína 52,2%. Se observa como en 1 año, se da el incremento de reincidencia en casi todas las sustancias (exceptuando crack), por lo que se observa como el fracaso en los procesos de rehabilitación es una realidad en la población que recibe tratamiento en el territorio costarricense, lo que debe generar procesos de análisis y replanteamiento de los programas de atención en los centros de tratamiento, así como de los mecanismos de contención en la sociedad.

Hay múltiples elementos que median la recaída de una persona. (Álvarez A. , 2011) menciona que la tasa de recaída es muy alta cuando no se realiza ningún tratamiento de acompañamiento al proceso de abstinencia, pues el 90 % de los pacientes vuelven a beber en los 4 años siguientes a la interrupción, de ahí la importancia de un seguimiento terapéutico a largo plazo. Igualmente menciona que los estudios evidenciaron que del 54 % de todos los alcohólicos y otros adictos se puede esperar la recaída, y que el 61 % de ese número tendrán múltiples recaídas. No es raro que los adictos² recaigan dentro del mes que sigue al tratamiento, ni es poco común recaer 12 meses después del tratamiento; el 47 % recae dentro del primer año después del tratamiento.

En un estudio realizado por (Grau, y otros, 2012) de 165 pacientes el 72,2% recayó a los 6 meses. El perfil de pacientes que recayeron fue: pacientes que ingresaban para desintoxicación de heroína (91,7%), policonsumidores (71,4%), pacientes que consumían horas

² Se utiliza el término utilizado por el autor.

previas al ingreso a modo de despedida (61,5%), aquellos con comorbilidad médica (44,9%), y con trastornos afectivos comórbidos (19,5%). La desintoxicación de opiáceos y el consumo en horas previas se asociaron de forma independiente con la recaída a los 6 meses. Además, existe un alto porcentaje de recaídas tras desintoxicación hospitalaria. Ingresar para desintoxicación de opiáceos y/o consumir de forma compulsiva antes del ingreso, están relacionados con el mayor riesgo de recaída.

Se considera que se realizan planes en los centros de atención, que pueden no responder o responder de manera parcial a las necesidades y características de la población; debido a una falta de conocimiento de la misma. De ahí la importancia de identificar los perfiles de la población, partiendo de la comprensión de que es diferente la población que se atiende en cada uno de los centros de tratamiento, debido a aspectos como costo del centro, criterio diagnóstico por el que se atiende, zona geográfica, tiempo de internamiento, entre otros.

Además, se debe tomar en cuenta, que los planes de rehabilitación no serán asumidos por todas las personas de manera homogénea, sino que están mediados por las particularidades y singularidades que cada persona puede tener, es decir, su historia de vida. De ahí la importancia de visibilizar las características personales y sociodemográficas de la población que se encuentra en procesos de internamiento, para el logro de un proceso de rehabilitación que no tenga como consecuencia un abandono del tratamiento.

Además, tal y como lo mencionan (Mockus, Murraín, & Villa, 2012), se debe valorar la inversión de dineros públicos en programas de prevención, pero ante un mal diagnóstico, la creación y el desarrollo de proyectos al respecto estarán lejos de solucionar los problemas y por consiguiente tendrán un impacto limitado, y los cambios introducidos hallarán serios obstáculos para perdurar en el tiempo

Es importante la comprensión de la multiplicidad de factores que puede incidir en que una persona reincida en el consumo de sustancias. Entre ellos es posible citar un lugar, un olor o un sabor que recuerde el consumo de las sustancias, así como personas que promueven el consumo. Igualmente se definen: estados emocionales negativos, entre ellos experiencias de frustración, ira, ansiedad, depresión o tedio; el conflicto interpersonal comprendiendo entre estas situaciones de conflicto en las relaciones tales como matrimonio, amistad, en la familia, en la relación jefe – empleado. Igualmente el intento de prueba de control personal, y los deseos y tentaciones que son atribuidos a otros factores situacionales e interpersonales y por último la presión social. (Álvarez A. , 2011)

Asimismo, se presentan otros factores que pueden incidir no sólo en el consumo de sustancias psicoactivas, sino también en el tratamiento y rehabilitación de las personas con consumo problemáticos. Como lo menciona (Torado, 2018) el estigma actúa de manera negativa en las oportunidades para el acceso a educación, vivienda y empleo de las personas que usan drogas, en tanto son catalogados de delincuentes o adictos. Se considera que el rechazo y discriminación de las que son víctimas, limita su ejercicio de ciudadanía, sus posibilidades de superación y su reintegración social.

De ahí la importancia de identificar las características socio-demográficas y personales de la población que recibe tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, a fin no sólo de redireccionar los procesos en los centros de tratamiento, si se considera necesario, sino para identificar las poblaciones que se encuentran en mayor situación de riesgo y vulnerabilidad, para el direccionamiento de los programas preventivos y de contención.

Justificación

Se parte de la realidad que existe una necesidad de brindar atención a las personas por enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, pero más que todo del logro del proceso de rehabilitación e inserción del mismo. Debe tenerse en cuenta, que las acciones que se realicen mientras la persona está en tratamiento, serán claves en la efectividad que tenga el mismo. Tal y como lo plantea la (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2019) las variaciones en las conductas del consumo de drogas continúan planteando nuevos desafíos. El uso de drogas entre las mujeres estudiantes de enseñanza secundaria exige nuevos enfoques para la prevención y el tratamiento, además de la edad decreciente del primer uso de las sustancias entre hombres y mujeres, elemento que indica mayores niveles de consumo o dependencia del problema en términos de todas las drogas, y que puede tener implicaciones importantes para las intervenciones selectivas e indicadas. Asimismo, el uso de productos farmacéuticos sin receta médica, incluidos los opioides, las benzodiacepinas y otras drogas sintéticas, los cuales ya han tenido consecuencias graves en países como Canadá y Estados Unidos y que pueden generar un efecto similar en América Latina y el Caribe. Por último, los cambios en los patrones de uso, el consumo de nuevas drogas y el impacto en la salud de estas sustancias requieren una mayor y mejor comprensión (por medio de evidencia científica), a fin de que los esfuerzos que se realicen generen un impacto.

Según el Instituto Costarricense sobre Drogas (2017), el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, brindó en el año 2016 un total de 73483 atenciones y atendió a 20450 personas, lo que significa que en promedio se dieron 3,59 atenciones por persona. Igualmente, el ICD (2018) reporta que para el año 2017, el IAFA brindó 79002 atenciones. Este elemento evidencia que existe una demanda real para tratar las enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, pero igualmente se denota que existen recaídas en la población atendida, elemento que a pesar de que forma parte de la enfermedad, debe ser considerado para el proceso de rehabilitación de este grupo poblacional. De ahí la importancia de generar herramientas que permitan la identificación de las características de la población, para desarrollar procesos de rehabilitación que sean más eficientes.

El Instituto Costarricense sobre Drogas (2017), evidenció el vertiginoso crecimiento en atenciones que ha desarrollado en el IAFA, en cuestión de 6 años. Lo que puede exponer no sólo que una mayor cantidad de personas está consumiendo sustancias psicoactivas, sino que una mayor cantidad de personas está buscando apoyo. Igualmente se expone, que las atenciones en ONG están aumentando, elemento que está mediado por un aumento de los cupos disponibles; este aspecto debe ser valorado por el Estado y las instancias comprometidas con esta población, con el fin de atender de la mejor manera a la población que busca apoyo.

El consumo de sustancias psicoactivas debe comprenderse como un aspecto que trasciende a la persona que consume y que está determinado por aspectos personales, sociales, económicos, políticos, culturales, etc. La (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el

Delito, 2018) expone que el camino que lleva a las personas jóvenes a iniciar un consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, está influenciado por factores que a menudo escapan de su control. Por ejemplo, factores personales, entre los que se incluyen la salud conductual y mental, así como el desarrollo neurológico y las variaciones genéticas y las influencias sociales en estos factores. En el nivel micro, se incluye el funcionamiento parental y familiar, el centro educativo y la influencia de los compañeros. A nivel macro, se comprende el entorno socioeconómico y físico. Estos factores varían entre la población, pues se comprende que no todas las personas jóvenes son igualmente vulnerables al consumo de sustancias.

La (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018) menciona que ninguno de esos factores por sí solo da lugar para un consumo de sustancias, pues estos elementos son cambiantes. Por ende, lo que determina la susceptibilidad al consumo de drogas de una persona, es la conjugación de varios factores de riesgo, en ausencia de determinados factores de protección para una etapa de la vida en específico. Los problemas mentales y de conducta que se manifiestan en edades tempranas, la pobreza, la falta de oportunidades, la falta de implicación de los padres de familia y de apoyo social, además de la influencia negativa de los compañeros y la falta de medios en los centros educativos, suelen ser los elementos más comunes entre las personas jóvenes que tienen problemas de consumo y las que no.

Asimismo, el consumo de sustancias, tiene una multiplicidad de efectos directos en las personas adolescentes. Un abuso de sustancias en la adolescencia incrementa la probabilidad de desempleo, problemas de salud física, relaciones disfuncionales, tendencia al suicidio, enfermedades mentales y reducción de la esperanza de vida. En casos más graves, un consumo de sustancias psicoactivas perjudicial puede tener como consecuencia un círculo vicioso en el que el uso de sustancias se alimenta de la pérdida de estatus económico y de habilidades para el establecimiento de relaciones. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018)

Aunado a lo anterior, la (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018) expone otra problemática, y es que en ocasiones, las personas jóvenes también se involucran en el cultivo, fabricación, producción y tráfico de drogas. Además, los jóvenes ingresan en venta de drogas para ganar dinero o para complementar sus salarios, aspecto que está mediado por falta de oportunidades sociales y económicas. Por ejemplo, los jóvenes en condición de pobreza y/o que pertenecen a otros grupos vulnerables, entre ellos, los inmigrantes, pueden ser captados por grupos delictivos organizados y obligados a trabajar en el cultivo, la producción y el tráfico de drogas y la venta de drogas a nivel local. Igualmente, las personas jóvenes implicadas en el comercio ilícito de drogas, suelen ser utilizados como “mulas” para transportar sustancias ilegales a otros países.

Por lo tanto, se considera que la problemática de las drogas inunda a la población tanto con respecto al consumo como a la producción y tráfico; y afecta a todos los grupos poblacionales, haciendo énfasis en aquellos que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad, como los jóvenes en condición de pobreza; de ahí la importancia de la

caracterización de la población que se encuentra en tratamiento, a fin de orientar los procesos de atención y prevención en las poblaciones con mayores condiciones de vulnerabilidad.

(Sepulveda & Ugarte, 2018), menciona que las redes de servicios en el campo de las sustancias psicoactivas, no son infraestructuras estandarizadas y permanentes, que puedan gestionar de manera unívoca las necesidades de la población que demanda el servicio. Se requiere afinar las capacidades de atención a los cambios en las prácticas, los estilos de vida, los discursos y las características sociales, culturales y económicas, según el contexto geográfico.

Por ende, el estudio de las características personales y sociodemográficas de la población que se encuentra en tratamiento no sólo debe ser un motor para el mejoramiento de la atención de los mismos, sino que debe brindar información de relevancia para la focalización de los programas preventivos en las poblaciones donde sea posible identificar una mayor cantidad de factores de riesgo para el desarrollo de una enfermedad mental o del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Fundamento Teórico

Para el desarrollo de la presente investigación, es necesario el conocimiento de los elementos que fundamentarán el accionar investigativo. Por tanto, a continuación se explicitan los contenidos teóricos que serán base para la recolección y análisis de la información.

En primer momento, es necesario comprender que el consumo de sustancias psicoactivas es un elemento sumamente complejo y que está determinado por una multiplicidad de factores, no debe verse como un elemento cerrado, sino por el contrario, como un aspecto abierto y dialéctico. Claver (2016) citando a González de Audikana (2008), comenta que el consumo de drogas es un comportamiento complejo sobre el que influyen múltiples variables: contexto en el que se produce (familia, comunidad, entorno socioeconómico y sociocultural, amigos, ideologías, etc.), motivos personales para iniciarse en el consumo y qué hace que ciertos jóvenes lleguen a tener un consumo problemático (factores de riesgo) o no (factores de protección).

Se debe partir del entendido que el consumo problemático de drogas es un fenómeno multidimensional y complejo.

Emplear la expresión <consumo problemático> supone reconocer inversamente, que existen ciertos usos de sustancias psicoactivas que no exponen a los sujetos a riesgos ni los colocan en situaciones en las que su vulnerabilidad se ve agravada o incrementada. La utilización del adjetivo problemático acompañando al sustantivo consumo permite visualizar que no todo uso de drogas –legales o ilegalizadas– asume esta condición. En otras palabras, abre la posibilidad de comprender que no todos los usos de drogas revisten la misma nocividad y que no todas las sustancias tienen el mismo nivel de toxicidad o potencial adictivo. Un uso de drogas deviene problemático cuando comienza a afectar negativamente a una o más áreas vitales de la persona: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos) y/o secundarias (trabajo, estudio); y sus relaciones con las normas jurídicas (El Abrojo, 2007).

Como bien lo plantea (Guelman & Ahumada, 2018), no todo consumo problemático puede ser definido como adicción³. La adicción a las drogas supone el consumo compulsivo de una o más sustancias por parte de un individuo y la organización del conjunto de su vida cotidiana en torno a este hecho. Cuando hay adicción, hay un aumento en la tolerancia, además de la aparición de síntomas físicos y psíquicos cuando se disminuye o se suspende el consumo. Asimismo, hay una progresiva desaparición del proyecto de vida, además de un deterioro de la salud y las relaciones interpersonales.

³ Aunque la OMS recomienda la no utilización de este término, es de uso cotidiano en el país y en los centros de tratamiento, por lo que se considera necesaria su inclusión.

En cuanto al uso, según el (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2019) refiere a cuando el compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales. No se da un deterioro laboral, social y/o familia, además no se presentan episodios de intoxicación. La persona que consume sólo busca un cambio de sensaciones.

En el caso de abuso, el (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2019), considera que refiere al uso regular que se hace casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación. La sustancia va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta un deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante.

Por último, la dependencia es definida por (Barra & Diazconti, 2013) quienes mencionan que esta puede darse de manera abrupta o progresivamente, según las sustancias que se estén usando. Hay dependencia cuando no se puede dejar de consumir, pues al hacerlo se presentan síntomas físicos y/o psicológicos desagradables. La vida cotidiana se convierte en un círculo que gira en torno a conseguir-consumir-conseguir. El deseo de consumo se vuelve irresistible, hay una pérdida de control, y una fuerte ansiedad que solo se alivia consumiendo. Los autores (2013) mencionan que hay dos tipos de dependencia: física y psicológica. La física implica un cambio permanente en el funcionamiento del cuerpo y del cerebro, y se da cuando ya se ha generado una tolerancia a la sustancia; el cuerpo ocupa cada vez una dosis mayor para sentir los efectos deseados. En el caso de la dependencia psicológica, esta ocurre cuando la privación de la sustancia produce malestar, irritabilidad y depresión.

Considerando que la población con la que se trabajará es la que se encuentra institucionalizada, es necesario la definición de este tipo de proceso de rehabilitación. (National Institute on Drug Abuse, 2018) menciona que es un tratamiento que puede ser muy eficaz, principalmente para problemas más graves. Este tipo de establecimientos ofrecen atención estructurada e intensiva las 24 horas del día, incluyendo alojamiento y atención médica. Estos pueden aplicar una variedad de métodos terapéuticos y generalmente están orientados a ayudar a la persona a adoptar un estilo de vida sin drogas ni actividades delictivas. Algunos ejemplos son:

Comunidades terapéuticas: son programas sumamente estructurados en los que los pacientes generalmente permanecen en una residencia por un período de seis a doce meses. Toda la comunidad, incluido el personal que brinda tratamiento y quienes están en rehabilitación, actúan como agentes clave de cambio e influyen en la actitud, el entendimiento y la conducta del paciente con respecto al consumo de drogas. Tratamiento residencial a corto plazo: se enfoca típicamente en la desintoxicación y brinda orientación intensiva inicial y preparación para el tratamiento en un entorno comunitario. Alojamientos de rehabilitación: brindan a los pacientes alojamiento supervisado de corta duración y a menudo ofrecen otros tipos de tratamientos con internación o residenciales. Un alojamiento de rehabilitación puede ayudar a la persona a realizar la transición hacia una vida independiente —ayudándola, por ejemplo, a

aprender a administrar sus finanzas o buscar empleo— y conectarla con servicios de apoyo en la comunidad. (National Institute on Drug Abuse, 2018)

El proceso de rehabilitación involucra 4 fases principales, como lo plantea el (Instituto Castelao, 2018): Desintoxicación: es el proceso por el cual el paciente deja de consumir las sustancias a las que es adicto. Deshabitación: es el proceso de identificación y sustitución de los hábitos y actitudes alterados, por otros que mejoran la calidad de vida del paciente y favorezcan su integración en el entorno familiar, laboral y social. Rehabilitación: tiene como objetivo la recuperación de las habilidades perdidas o no desarrolladas por el paciente a causa del consumo. Reinserción: el paciente se prepara para la vuelta a su entorno familiar y social. La reinserción social del paciente en su entorno y el desarrollo normalizado de su vida es el objetivo final de todo el proceso; para ello el seguimiento médico y terapéutico del paciente continuará tras la salida del centro hasta alcanzar este objetivo plenamente.

Se debe considerar el termino de desintoxicación, el (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010), lo conceptualiza como un proceso mediante el cual el cuerpo se libera de las drogas. Suele estar acompañada de efectos secundarios desagradables, que en ocasiones pueden ser mortales, causados por el síndrome de abstinencia.

En el proceso de rehabilitación, las redes de apoyo fungen un papel protagónico. Por ende, es importante la definición de este concepto; Fernández y Robles (2008) mencionan que los apoyos sociales son las transacciones interpersonales que implican afecto, ayuda y afirmación, estos constituyen un flujo de intercambio de recursos, acciones e información. Rascón (2017) menciona que las redes de apoyo son las encargadas de generar la energía que permite que las personas se repongan de una situación que genera inestabilidad, además de fortalecer a las personas. La autora (2017) considera que las redes de apoyo tanto de carácter formal como informal son esenciales para la resiliencia y procuran una seguridad para la persona que atraviesa una situación traumática.

Una de las principales redes de apoyo con la que debe contarse en los procesos de rehabilitación es con la familia. Como se expresa a continuación: “La familia es una parte elemental en la historia del uso y abuso de sustancias, en su detección, aceptación, orientación, canalización, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de abstinencia, así mismo disminuye o provoca recaídas; es pues, un elemento clave en la generación y recuperación de la farmacodependencia.” (Torres, 2007)

Estos elementos definidos anteriormente, son un insumo básico para la comprensión de la presente investigación, en tanto refieren a la población meta y permiten el entendimiento de los aspectos que permean el consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

Explorar qué factores están relacionados al consumo de sustancias psicoactivas en las personas que reciben tratamiento en Organizaciones no Gubernamentales en el año 2019, identificando posibles elementos de riesgo asociados a dicho comportamiento.

Objetivos específicos:

1. Identificar el perfil sociodemográfico de la población en estudio, facilitando evidencia científica para el direccionamiento de los programas de prevención.
2. Identificar las características personales de la población en proceso de internamiento por consumo de sustancias psicoactivas, orientando la intervención profesional.
3. Exponer las experiencias adversas en la niñez y adolescencia vividas por las personas que se encuentran en proceso de tratamiento, brindando líneas de atención puntuales a los procesos de atención profesional.
4. Caracterizar los contextos geográficos en los cuales se desarrolló la población que se encuentra en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, reconociendo una posible relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

Metodología

Tipo de Investigación

El trabajo de investigación es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se utilizó un muestreo aleatorio proporcional, tomando como referencia la población que se encontraba en un proceso de internamiento en las Organizaciones no Gubernamentales autorizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Población en Estudio

Personas en internamiento en organizaciones no gubernamentales autorizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, del 9 de mayo al 9 de julio del año 2019.

Fuentes de Información

La fuente de información fueron las personas que conformaban la población de las 33 organizaciones no gubernamentales que contaban con autorización por parte del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en el período de tiempo señalado. La muestra se definió en mayo del 2019, la cual brindó información correspondiente al perfil socio-demográfico y personal de las personas que se encuentran en centros de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Adicionalmente, la revisión bibliográfica facilitó la determinación de los factores que históricamente han sido catalogados como factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

Técnicas de Recopilación de Información

Las principales técnicas para la recopilación de información que se utilizaron fueron la encuesta y la revisión bibliográfica. Estos dos elementos permitieron identificar el perfil personal y socio-demográfico de las personas que se encontraban en procesos de tratamiento, para la determinación de los elementos que de alguna manera pudieron incidir en un consumo de sustancias psicoactivas. Esto con el fin de identificar los grupos poblacionales que requieren una mayor contención, tanto en temas preventivos como de tratamiento.

Las encuestas fueron realizadas en cada uno de los centros de tratamiento ubicados a lo largo del territorio costarricense, facilitando la captación de la población.

Criterios de Inclusión

- ✓ Personas en internamiento en organizaciones no gubernamentales autorizadas por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, en el año 2019.

Criterios de Exclusión

- ✓ Personas que al momento de levantar la información se encontraban fuera del centro de internamiento por temas administrativos o de salud.
- ✓ Personas que al momento de levantar la información no podían comunicarse por sí mismas o que no hablaban español.

Propuesta de Recolección de Información

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de encuestas individuales, las cuales se desarrollaron entre mayo 2019 y julio 2019, dentro de las instalaciones de las organizaciones no gubernamentales autorizadas por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.

Variables o dimensiones del estudio

- ~ **Características personales:** Conjunto de elementos psicológicos del individuo poco cambiantes. Engloba la estructura psicológica total del individuo e incluye aspectos fisiológicos, intelectuales, afectivos e impulsivos.
Las características personales a identificar en el presente estudio son: autoestima, tolerancia a la frustración, percepción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, actividades de ocio, historial de depresión.
- ~ **Factores sociodemográficos:** Son los factores que describen las poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza, ocupación, entre otros.
Los factores sociodemográficos a identificar corresponden a: edad, sexo, nacionalidad, zona de procedencia, situación de callejización, tenencia de vivienda, estado civil, escolaridad, composición familiar, situación económica, acceso a servicios de salud, situación laboral, entorno que consume sustancias psicoactivas, situación académica, situaciones de vulnerabilidad y hacinamiento.
- ~ **Experiencias adversas en la infancia y adolescencia:** Las experiencias adversas de la niñez se definieron operativamente como sucesos de la niñez, que varían en gravedad y a menudo crónicos, que ocurren en el entorno familiar o social de un niño y tienen el potencial de causar daño o angustia, alterando la salud física o psicológica y el desarrollo de la persona, repercutiendo en su vida. (Kalmakis & Chandler, 2013). Para la identificación de las experiencias adversas en niñez y adolescencia se utilizó el instrumento ACE (Adverse Childhood Experience).

- ~ **Contexto geográfico:** refiere al conjunto de elementos naturales, sociales y culturales, es decir a la organización económica y social de los pueblos, así como sus valores y costumbres, que se desarrolla en un espacio territorial específico.

Entre las características referentes al contexto geográfico se mencionan: nutrición y asistencia médica, agua y saneamiento, vivienda, seguridad personal, acceso a conocimientos básicos, acceso a la información y las telecomunicaciones, salud y bienestar, sostenibilidad del ecosistema, derechos personales, libertad personal y de elección, tolerancia e inclusión, acceso a educación superior, incautaciones de drogas, demanda de tratamiento, consumo de sustancias psicoactivas.

Alcances y Limitaciones

El principal alcance de la investigación es la visibilización de las características personales y socio-demográficas de las personas que utilizan las organizaciones no gubernamentales como centro de tratamiento para la rehabilitación de alguna enfermedad mental o del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Además, lograr la inclusión de la población que se encuentra en los diversos centros que se encuentran a lo largo y ancho del territorio costarricense, en donde se encuentran personas de todos los grupos etarios, de diversas nacionalidades y diferentes estratos socio-económicos.

Entre las principales limitaciones se puede mencionar la baja representatividad de las mujeres, elemento que puede estar mediado por múltiples elementos, entre ellos la baja oferta de centros que acepten a este grupo poblacional. Igualmente, el hecho de no incluir a la población que se encuentra en centros de tratamiento no autorizados por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, elemento que de alguna manera invisibiliza a este grupo de la población.

Plan de Análisis de los Resultados

1. Primer Objetivo: Identificar el perfil sociodemográfico de la población en estudio, facilitando evidencia científica para el direccionamiento de los programas de prevención.			
Preguntas	Variables	Codificación	Cálculo estadístico
Número: 1 Edad	Edad	Re codificar edades simple en rangos a) 12 a 17 años b) 18 a 23 años c) 24 a 29 años d) 30 a 35 años e) 36 a 41 años f) 42 a 47 años g) 48 a 53 años h) 54 a 59 años i) 60 a 65 años j) 66 a 71 años k) 72 a 77 años l) 78 a 83 años m) 84 a 89 años	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 2 Sexo	Sexo	a) Hombre b) Mujer	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 3 Nacionalidad	Nacionalidad	a) Costarricense b) Nicaragüense c) Panameño(a) d) Colombiano (a) e) Mexicano(a) f) Salvadoreño (a) g) Hondureño (a)	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.

		h) Otra:_____	
Número: 4 Lugar de residencia (antes de estar en internamiento)	Lugar de residencia	Provincia, cantón y distrito	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 5 Antes de estar privado de libertad ¿Vivía en situación de calle?	Situación de callejización	a) Sí b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 6 Antes de estar privado de libertad ¿Su vivienda era?	Tenencia de vivienda	a) Propia b) Alquilada c) Prestada d) Precario	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 7 ¿La vivienda en la usted vivía estaba hecha de materiales de desecho?	Situación económica	a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número:18 Antes de estar en internamiento, usted considera que sus ingresos eran:		a) Muy abundantes b) Abundantes c) Suficientes d) Insuficientes	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 8 Antes de estar internado ¿Cuántas personas vivían en su vivienda	Hacinamiento	Cantidad nominal expresada por las personas sujetas de estudio.	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 9 Antes de estar en proceso de rehabilitación ¿Cuántas habitaciones (cuartos para dormir) tenía su vivienda?		Cantidad nominal expresada por las personas sujetas de estudio	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 10 Estado civil	Estado civil	a) Soltero(a) b) Casado(a) c) Unión libre	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio

		d) Separado(a) e) Divorciado(a) f) Viudo (a)	
Número: 11 Escolaridad	Situación académica	a) Primaria Incompleta b) Primaria Completa c) Secundaria Incompleta d) Secundaria Completa e) Diplomado/técnico incompleto f) Diplomado/ técnico completo g) Universidad Incompleta h) Universidad Completa i) Posgrado (maestría, doctorado, especialidad) j) No escolarizado	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 12 Antes de estar en rehabilitación ¿Se encontraba estudiando?		a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 13 ¿Usted abandonó la escuela y/o colegio en algún momento de su vida?		a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 14 Antes de estar en proceso de rehabilitación ¿Cuál era su situación laboral?	Situación laboral	a) Patrono(a) o socio(a)-activo(a) (negocio con empleados(as)) b) Trabajador(a) por cuenta propia o servicios profesionales c) Asalariado(a) d) Desocupado(a) (estaba sin trabajo en la última semana de referencia y estaba disponible	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.

		para trabajar inmediatamente) e) No buscaba trabajo	
Número: 15 ¿Cuál era su profesión, oficio o actividad económica antes de estar en internamiento?		Profesión, oficio o actividad económica	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 16 ¿A qué edad empezó a trabajar?		a) Antes de los 12 años b) Entre los 12 y los 15 años c) Entre los 16 y 18 años d) Entre los 19 y 25 años e) Después de los 26 años f) Nunca ha trabajado	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 17 ¿Cuántas veces ha estado desempleado(a)?		a) 0 veces b) De 1 a 3 veces c) De 4 a 7 veces d) Más de 8 veces e) Nunca ha buscado trabajo	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 19 Antes de estar en internamiento ¿Con quién vivía?	Composición familiar	a) Sola (a) b) Madre/madrastra c) Padre/padrastro d) Suegro/suegra e) Hermanos/hermanas/hermanastros/hermanastras f) Primos/primas g) Hijos/hijas/hijastros/hijastras h) Abuelo/ abuela i) Cuñada/cuñado j) Tíos/tías k) Sobrinos/sobrina	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.

		l) Amigos/amigas m) Pareja sentimental n) Otro:_____	
Número: 20 Antes de estar privada de libertad ¿Quién era el/la jefe de hogar (persona que toma las decisiones)?		a) Yo b) Mi esposo(a)/pareja c) Mi madre/madrastra d) Mi padre/padrastro e) Mi suegro/suegra f) Mi cuñada/cuñado g) Mi hermano/hermana/hermanastro /hermanastra h) Mi primo/prima i) Mi hijo/hija j) Mi abuelo/abuela k) Mi tío/tía l) Mi amigo/amiga m) Jefatura compartida n) Otro:_____	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 21 ¿Cuántos hijos(as) tiene?		a) Ninguno b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) 5 o más	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 22 ¿Cuántos hijos, hijas, hijastros, hijastras dependen económicamente de usted?		a) Ninguno b) 1 c) 2	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.

		d) 3 e) 4 f) 5 o más	
Número: 23 Antes en internamiento ¿Tenía seguro por parte de la CCSS u otra entidad?	Acceso a servicios de salud	a) Si b) No c) No sabe	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 24 ¿Tiene familiares con historial de consumo de alcohol y/o tabaco?	Entorno que consume sustancias psicoactivas	a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio
Número: 25 ¿Tiene familiares con historial de consumo de drogas ilegales?		a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 26 ¿Tiene amigos/amigas que consumen alcohol y/o tabaco?		a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 27 ¿Tiene amigos/amigas que consumen drogas ilegales?		a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 28 ¿Alguien de su familia cometió algún delito?	Situaciones de vulnerabilidad	a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 29 ¿Alguien de su familia estuvo privado(a) de libertad?		a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número:30 En su edad adulta ¿Ha sido víctima de violencia psicológica?		a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.

Número: 31 En su edad adulta ¿Ha sido víctima de violencia física?		a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 32 En su edad adulta ¿Ha sido víctima de abuso sexual o violación?		a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 33 ¿Ha estado privado(a) de libertad?		a) Si b) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.

2. Segundo Objetivo: Identificar las características personales de la población en proceso de internamiento por consumo de sustancias psicoactivas, orientando la intervención profesional.			
Preguntas	Variables	Codificación	Cálculo estadístico
Número: 34 ¿Logra mantenerse tranquilo(a) incluso en aquellas situaciones en las que se siente evaluado por los demás?	Tolerancia a la frustración	a) Siempre b) A veces c) Nunca	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 35 ¿Le resulta difícil controlar su enojo?		a) Siempre b) A veces c) Nunca	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 36 ¿Es capaz de reírse de sus fracasos?		a) Siempre b) A veces c) Nunca	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 37 ¿Supera con facilidad la sensación de haber fracasado en una tarea?		a) Siempre b) A veces c) Nunca	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 38 ¿Dirías que tienes una buena autoestima?	Autoestima	c) Sí d) No	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 39 ¿Usted considera que el consumo de alcohol trae consecuencias negativas?	Percepción del riesgo de consumo	a) Si b) No c) No sabe	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 40 ¿Usted considera que el consumo de tabaco trae consecuencias negativas?		a) Si b) No c) No sabe	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.

Número:41 ¿Usted considera que hay drogas más perjudiciales que otras?		a) Si b) No c) No sabe	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 42 ¿Usted considera que las drogas provocan consecuencias negativas		a) Si b) No c) No sabe	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 43 ¿Usted considera que algunas drogas tienen efectos positivos		a) Si b) No c) No sabe	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 44 ¿Ha presentado sentimientos de tristeza alguna vez en su vida?	Historial de depresión	a) Si b) No c) No sabe	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio
Número: 45 ¿Considera que ha tenido síntomas de depresión alguna vez en su vida		a) Si b) No c) No sabe	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 46 ¿Ha sido diagnosticado(a) con depresión?		c) Si d) No e) No sabe	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.
Número: 47 ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza en su tiempo libre	Actividades de ocio	a) Ver televisión b) Ir al cine c) Jugar videojuegos d) Escuchar música e) Leer f) Navegar por internet g) Hacer deporte y/o actividad física (gimnasio, futbol, basketball, nadar, etc)	Frecuencia Simple y relativa en total población de estudio.

		h) Salir de fiesta (bares, discotecas) i) Compartir con la familia j) Pasar tiempo con los amigos k) Actividades culturales (teatro, viajes, museos) l) Voluntariado (en asociaciones, organizaciones u otros)	
Número: 48. a) Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	Autoestima	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo	De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 .De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal. De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla. Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.
Número: 48. b) Estoy convencido(a) de que tengo cualidades buenas.		a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo	
Número: 48. c) Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.		a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo	
Número 48: d) Tengo actitud positiva hacia mí mismo(a).		a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo	
Número 48: e) En general, estoy satisfecho(a) de mí mismo(a)		a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo	
Número 48:		a) Muy de acuerdo	

f) Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso(a).		b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo	
Número 48: g) En general, me inclino a pensar que soy un(a) fracasado(a).		a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo	
Número 48: h) Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo(a).		a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo	
Número 48: i) Hay veces que realmente pienso que soy inútil.		a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo	
Número 48: j) A veces creo que no soy buena persona.		a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo	

3. Tercer Objetivo: Exponer las experiencias adversas en la niñez y adolescencia vividas por las personas que se encuentran en proceso de tratamiento, brindando líneas de atención puntuales a los procesos de atención profesional.

Preguntas	Variables	Codificación	Cálculo estadístico
Número: 49 ¿Sus padres estuvieron separados, divorciados o no viviendo juntos?	Experiencias adversas en la niñez y la adolescencia	a) Si b) No	Las preguntas para dar respuesta a este objetivo forman parte de la prueba ACE (Experiencias Adversas en niñez y adolescencia por sus siglas en inglés). Esta prueba no brinda una categorización, sino que cada respuesta positiva suma un punto. A mayor número de respuestas positivas mayor puntaje en el cada cuestionario ACE.
Número: 50 ¿Su padre, madre o alguien con quien hayas convivido fue a prisión?		a) Si b) No	
Número: 51 ¿Alguna vez has convivido con alguien que padeciese enfermedad mental, depresión o intentos de suicidio?		a) Si b) No	
Número: 52 ¿Alguno de sus padres u otro adulto te golpeo tan fuerte que tuviste marcas o resultaste lesionada/o?		a) Si b) No	Para cada cuestionario se calcula el valor del ACE respectivo para luego calcular la frecuencia simple y relativa, a nivel total población de estudio.
Número: 53 ¿Alguna vez ha convivido con alguien que actuara de manera tal que lo atemorizara?		a) Si b) No	
Número: 54 ¿Alguna vez fuiste tocada/o se te pidió que tocaras a otra persona con intenciones sexuales en contra de tu voluntad?		a) Si b) No	
Número: 55		a) Si	

¿Alguna vez no tuviste suficiente qué comer, utilizar ropa sucia y a nadie que te protegiera, cuidase o que te llevase al médico cuando era necesario?	b) No	
Número: 56 ¿Alguna vez fuiste testigo de situaciones en la que adultos de la casa se golpearan, abofetearan, patearan o amenazaran físicamente entre sí?	a) Si b) No	
Número: 57 ¿Conviviste o estuviste bajo el cuido de alguien con problemas de alcoholismo o drogadicción?	a) Si b) No	
Número: 58 ¿Sientes que nadie de tu familia te ama ni piensa que eres importante y especial?	a) Si b) No	

Análisis de la Información

El procesamiento y análisis de datos, se llevó a cabo con la herramienta estadística SPSS v.15 y Microsoft Excel para Windows, previa codificación de las variables incluidas en el estudio.

Presupuesto

Para el levantamiento de la información en los diversos centros del país, se requirieron los siguientes recursos. En el caso del rubro de viáticos, se consideraron a partir de los montos establecidos por la Contraloría General de la República, en los meses del levantado de la información (mayo-julio).

Rubro	Monto
Recurso humano (personal del ICD)	¢4.567.352
Materiales (fotocopias, etc)	¢50.000
Viáticos (alimentación y hospedaje)	¢328.200
Transporte	¢214.708
<i>Monto total:</i>	<i>¢5.160.260</i>

Cronograma del estudio

Actividad	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Planteamiento del Protocolo de Investigación																																																
Definición de acuerdos de participación con ONG'S																																																
Recolección de la información																																																
Procesamiento de información																																																
Análisis de información																																																
Publicación de informe de resultados																																																
Presentación de los resultados a actores involucrados																																																

Resultados de la Investigación

Para la definición de la muestra, se tomó en cuenta la cantidad de personas que había en cada uno de los centros el día 9 de mayo del año 2019, y se consideraron las 33 organizaciones que brindan un tratamiento del tipo residencial (anexo 3) que contaban a esa fecha con la aprobación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. En total, la población correspondía a 809 personas, y se estableció una muestra de 433 personas, utilizando un porcentaje de error del 3% y una confiabilidad del 95%. Por cuestiones de cantidad de personas que había en el centro al momento de levantar la información, fue posible encuestar a 429 personas; esto debido a que algunos centros son de corta estancia, elemento que genera que su población sea sumamente fluctuante.

Objetivo 1. Identificar el perfil sociodemográfico de la población en estudio, facilitando evidencia científica para el direccionamiento de los programas de prevención.

En el presente apartado se colocan las características sociodemográficas de las personas entrevistadas, las cuales permiten evidenciar un perfil de la población que se encuentra en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en los centros de atención dirigidos por organizaciones no gubernamentales, y que contaban con la autorización del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.

Tabla 1. Cantidad de personas participantes, según rango de edad, 2019

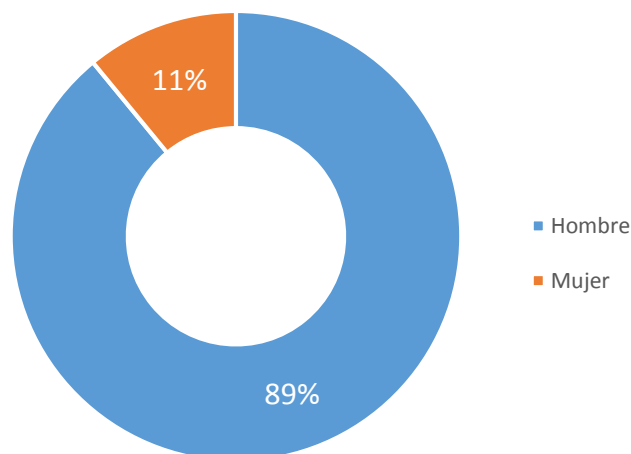
Rango de Edad	Número de personas	Porcentaje
12-17	65	15,2
18-23	62	14,5
24-29	63	14,7
30-35	73	17,0
36-41	53	12,4
42-47	26	6,1
48-53	13	3,0
54-59	22	5,1
60-65	23	5,4
66-71	6	1,4
72-77	15	3,5
78-83	5	1,2
84-89	3	0,7
Total general	429	100,0

Es posible apreciar en la Tabla 1, como el 73% de la población se ubica en edades entre los 12 años y los 41 años, edades que se identifican como parte de la población que es socialmente considerada como económicamente activa, debe leerse este aspecto como un elemento que no sólo puede incidir en la productividad del país, sino que afecta al entorno inmediato de la persona, principalmente si hay personas dependientes económicamente de ellas.

Además, un 15% de la población es menor de edad. Se debe considerar que únicamente hay dos centros (ONG´s que cuenta con autorización) que atienden población menor de edad, en el caso de Comunidad Encuentro se atienden únicamente varones y en el caso de Renacer, exclusivamente mujeres.

Según la (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018), los estudios sobre el consumo de drogas en población general, muestran que a excepción de algunas sustancias de consumo tradicional como el opio o el khat, el consumo de drogas sigue estando más extendido en las jóvenes. La mayoría de investigaciones expone que el riesgo de iniciación en el abuso de sustancias es mayor en el período de adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 17 años), y este abuso llega a su auge en personas de 18 a 25 años.

Gráfico 1. Porcentaje de personas participantes según sexo, año 2019



El 89% de la población eran hombres, este elemento debe de ser analizado desde varias perspectivas, una de ellas la baja oferta de servicios para mujeres (en comparativo con la población masculina). Únicamente hay 3 centros que atienden exclusivamente población femenina (Casa de Paz, Renacer, Génesis), 9 centros que son mixtos y 23 son exclusivamente para varones. Igualmente, es posible analizar este aspecto desde un enfoque de género; considerando que históricamente a la mujer se le ha asignado un papel de cuidadora, de “madre”, elemento que es contrario a una mujer con un consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Este aspecto puede permear de alguna u otra manera, el “deseo” o la “motivación” de una mujer de buscar “ayuda” por este consumo.

Como lo expone la (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2019), el uso de drogas históricamente es un tema dominado por hombres, sin embargo, datos recientes evidencian que las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción de los hombres. El uso no médico de medicamentos de prescripción controlada, drogas sintéticas y opioides, denota como los patrones de consumo se están modificando. La prevalencia de consumo de tranquilizantes es mayor entre las mujeres que entre los hombres, en casi todos los países que cuentan con datos, este patrón aplica no sólo para población general, sino también para grupos como estudiantes de enseñanza secundaria y universitaria. En cuanto a alcohol e inhalables, en estudiantes de enseñanza secundaria las prevalencias son similares en ambos sexos. En el caso de la cocaína y las cocaínas fumables, estas suelen ser usadas más por los hombres, sin embargo, en algunos países, las mujeres consumen más cocaína, PBC⁴ y crack que los hombres.

Aunado a lo anterior, la (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018) afirma que la prevalencia de opioides y tranquilizantes con fines no médicos en las mujeres sigue siendo comparable a la prevalencia en los hombres, si no mayor. En el caso de los hombres, estos tienen más probabilidades que las mujeres de consumir cannabis, cocaína y opiáceos. La proporción de mujeres que recibe tratamiento sigue siendo de una de cada cinco personas. La cantidad de mujeres que reciben tratamiento por consumo de sedantes y tranquilizantes tiende a ser mayor que por otras sustancias. En el caso de las mujeres, el consumo de drogas suele estar vinculado a su pareja, mientras que es más probable que los hombres consuman drogas con amigos varones.

(Ugarte, Delgado, & Altamirano, 2015) colocan que en el uso de sustancias psicoactivas el género media los procesos. En el caso de las mujeres, el rol maternal, el estigma de la mujer consumidora, la precarización de las redes de apoyo, las experiencias de violencia y abuso marcan las trayectorias de consumo. En el caso de los hombres, sus rituales de consumo, la conquista sexual y la exposición a situaciones de riesgo, inciden en el consumo.

Debe considerarse, como bien lo plantea (Arana, Markez, & Montañés, 2012), en consonancia con los roles de género, las mujeres reciben mayor penalización y estigmatización social, que los hombres. Este aspecto puede tener como consecuencia un subregistro de las estadísticas:

Las mujeres a menudo se ven afectadas en mayor medida por la penalización social (estigmatización) relacionada con las sustancias prohibidas y los usos compulsivos. Esta estigmatización y miedo a la sanción social hace que muchas mujeres no admitan consumos de sustancias prohibidas o que no accedan a los recursos disponibles para

⁴ Pasta base de cocaína

personas con consumos compulsivos, lo que conlleva su invisibilidad en las estadísticas y estudios. (Arana, Markez, & Montañés, 2012, pág. 4)

Además, la caracterización de las mujeres consumidoras es diferente. (Romo & Camarotti, 2015) mencionan que las mujeres consumidoras, en comparación con los hombres, son más pobres, viven en hogares con peores condiciones básicas de vida y tienen menos control sobre sus cuerpos y vidas, aspecto que a la vez las coloca en situaciones de mayor vulnerabilidad, y se relaciona con su historial de violencia, exclusión y daños en los vínculos sociales y familiares.

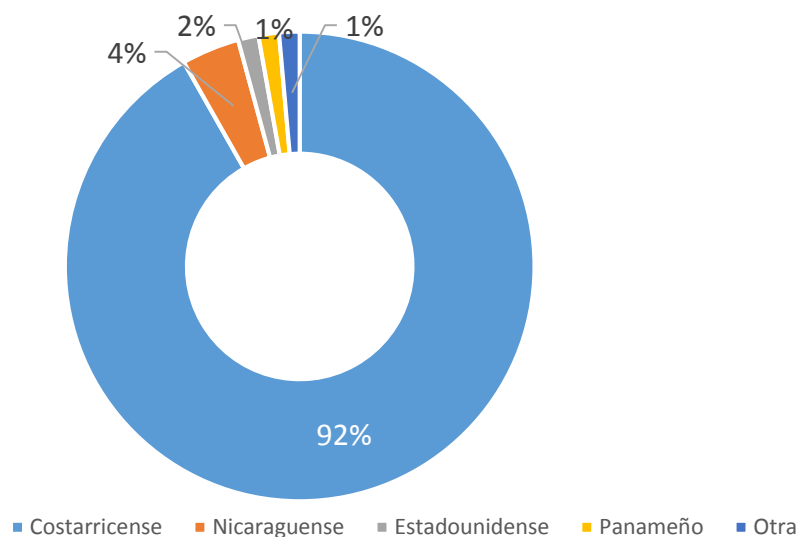
(United Nations Office on Drugs and Crime, 2018), plantea que al menos dos veces más hombres que mujeres sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, cuando las mujeres inician un consumo de sustancias, principalmente alcohol, cannabis, opioides y cocaína, tienden a aumentarlo más rápidamente que los hombres, razón por la cual pueden llegar también más rápidamente que ellos a sufrir trastornos. Según la organización (2018), las mujeres tienen menos acceso que los hombres a tratamiento por un consumo de sustancias psicoactivas y en el decenio pasado, las consecuencias sanitarias perjudiciales del consumo de drogas, aumentaron más rápido en las mujeres que en los hombres. En el 2015, el aumento del número de AVAD⁵ atribuido a los trastornos ocasionados por el consumo de drogas, especialmente por el de opioides y cocaína, fue mayor en las mujeres (25% y 40%, respectivamente), que en los hombres (17% y 26% respectivamente).

Además, cuando de drogas ilegales se trata, los estándares con los que la sociedad observa, evalúa y juzga a las mujeres son diferente. (Boyd, 1999) señala que las mujeres que usan drogas suelen verse como fuera de control y más patológicas que los varones. Se conciben como promiscuas, pasivas y débiles en sus relaciones afectivas.

Es necesario visibilizar el consumo de sustancias psicoactivas en la población femenina, como lo expone la (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018), las mujeres representan la tercera parte de las personas consumidoras de drogas y la quinta parte de las personas que se inyectan drogas en el mundo. Las mujeres son una población más vulnerable que los hombres a la infección al VIH, hepatitis y otras infecciones de transmisión sanguínea. El género femenino ha sido determinado en numerosos estudios como un predictor independiente del VIH o la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas, principalmente en las mujeres jóvenes y las que recientemente han iniciado este tipo de consumo.

⁵ Años de vida ajustados por discapacidad

Gráfico 2. Porcentaje de personas según nacionalidad, año 2019



Otra: incluye dominicano, salvadoreño, peruano, canadiense, colombiano y francés.

El 91% de la población era costarricense, y un 3,9% de las personas entrevistadas eran nicaragüenses, el restante porcentaje corresponde a nacionalidades como: estadounidense, panameño, dominicano, salvadoreño, peruano, canadiense, colombiano y francés. Es importante considerar, que las personas que corresponden a otras nacionales se ubican en dos condiciones: personas extranjeras que viven en el territorio costarricense y personas extranjeras que vienen a Costa Rica por un tratamiento por un consumo problemático de sustancias psicoactivas.⁶

⁶ Del 9% de la población extranjera que se encontraba en internamiento, el 34,2% no residía en el territorio costarricense.

Gráfico 3. Porcentaje de personas según provincia de residencia, año 2019

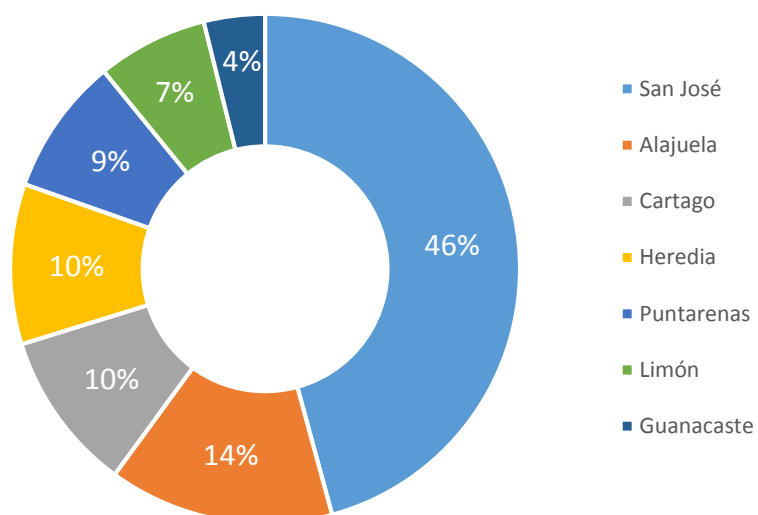


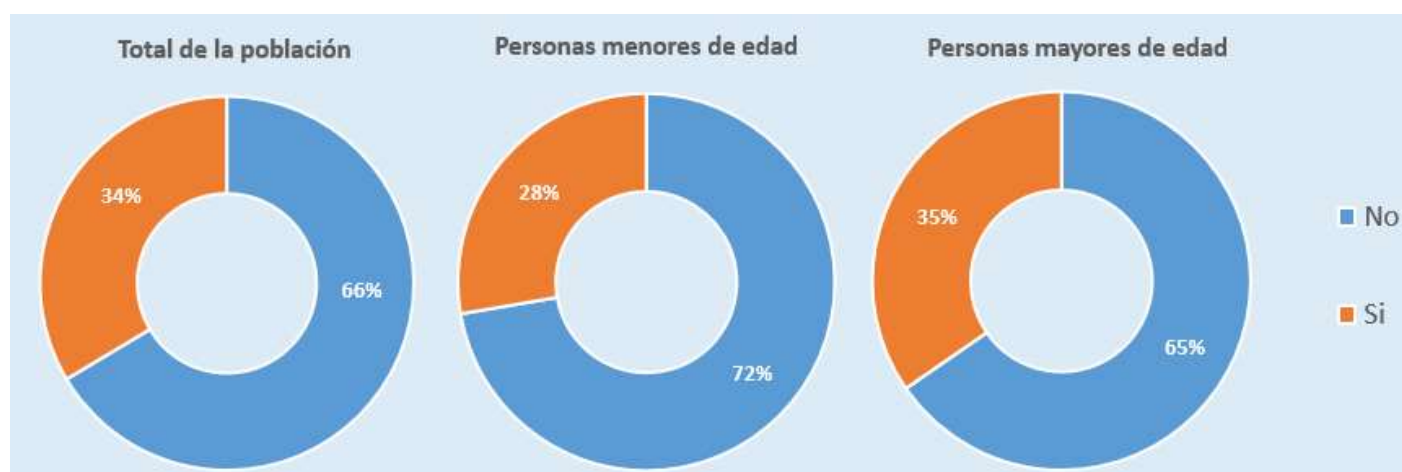
Tabla 2. Centros de tratamiento, según provincia, 2019

Cantón	Cantidad	Porcentaje
San José	19	54,2
Alajuela	9	25,7
Heredia	3	8,5
Cartago	2	5,5
Puntarenas	1	2,8
Limón	1	2,8
Guanacaste	0	0
Total	35	100

Nótese, en la Tabla 2, la cantidad de centros⁷ por provincia, donde se observa que Guanacaste, a pesar de tener una demanda de centros de tratamiento, no cuenta con ninguno, en el caso de Limón únicamente hay uno, mientras que en Puntarenas el único centro de tratamiento existente atiende a una población sumamente específica (varones de 24 años o menos).

Estos datos permiten evidenciar como la mayoría (94,2%) de centros de tratamiento se ubican dentro del Gran Área Metropolitana, aspecto que genera que las personas que viven fuera de esta zona deban trasladarse para recibir la atención que requieren. El traslado de estas personas puede implicar: desarraigo, pérdida de contacto físico con personas consideradas importantes para el o la usuaria, implicación de un gasto económico mayor, entre otros elementos que pueden permear tanto el proceso de tratamiento, como la toma de decisión con respecto a ingresar a un centro.

Gráfico 4. Porcentaje de personas que estaban en situación de callejización, 2019



Hay situaciones de vulnerabilidad que se consideran no sólo como causa o/y factor de riesgo, sino también como consecuencia de un consumo problemático de sustancias psicoactivas, una de esas situaciones es la situación de callejización. La población con un consumo activo de sustancias psicoactivas, suele ir perdiendo las redes de apoyo, elemento que puede traer como consecuencia la pérdida de un lugar estable para habitar. Como se identifica en el Gráfico 4, el 34% de la población se encontraba en situación de callejización, este porcentaje representa a 144 personas. Se debe tomar en cuenta que la condición de callejización, expone a la población a múltiples situaciones, que implican desde la mala y/e inadecuada alimentación, hasta el ingreso a actividades económicas que implican un riesgo para la salud física y emocional, por ejemplo las actividades delictivas y la prostitución.

⁷ Únicamente se consideran los centros de tratamiento que cuentan con autorización por parte del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

(Brugal, Barbaglia, Parés, & Bosque, 2018) exponen que las personas sin hogar, tienen considerablemente una peor condición de salud que la población en general, así como una tasa de mortalidad cuatro veces mayor. Entre esta población, los problemas de salud mental son frecuentes, y uno de los diagnósticos más comunes es la dependencia a sustancias psicoactivas. Se menciona que una revisión que incluyó varios países estimó que un 59% de las personas sin hogar eran dependientes al alcohol y un 54% eran dependientes a como mínimo una sustancia ilícita.

Los autores (2018) mencionan que la situación de sinhogarismo ⁸y el consumo de sustancias psicoactivas es un doble problema, esto debido a que la dependencia a sustancias psicoactivas incrementa el riesgo de sinhogarismo y el sinhogarismo aumenta el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Además, se considera que el consumo activo de sustancias psicoactivas funge como una barrera para encontrar un hogar, además de que el sinhogarismo se ha asociado a un mayor tiempo de consumo y a múltiples recaídas.

Además, debe comprenderse, como bien lo plantea la (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018), que en muchos de los niños que están expuestos a abusos físicos y sexuales, el consumo de sustancias se consolida como un mecanismo para sobrellevar el entorno al que están expuestos viviendo en la calle. Este grupo poblacional suele elegir sustancias de bajo precio, debido a su carácter legal y la facilidad con la que se pueden obtener y la rapidez de generar una sensación de euforia.

Con respecto a las personas que sí reportan tener un lugar estable donde vivir, se identifica en el Gráfico 5 que el 63,3% de población vivía en una casa propia (puede que estuviera a su nombre o a nombre de una persona que habitara en la casa), y el 2,1% de la población reportó vivir en un precario. Debe comprenderse que del 87% de la población que reporta que habitaba en una vivienda propia o alquilada, 30,2% reportó ser ellos/ellas los jefes de hogar y un 25,8% mencionó llevar una jefatura compartida, por lo que deben identificarse las consecuencias que puede tener el desplazar un miembro de la familia para ingresar a tratamiento, o lo que implica socioeconómicamente el consumo de sustancias psicoactivas en la familia. Por otro lado, en caso de que la persona no fuera jefatura de hogar o no se encontrara trabajando, esto también puede permear la realidad de la familia, principalmente si la persona no se encuentra trabajado y depende económicamente de otros miembros, tanto para la satisfacción de necesidades básicas, como para el consumo de sustancias psicoactivas.

Debe comprenderse que tanto el 8% de la población que habita en casas prestadas, como el 2% de los que viven en precarios están en mayores condiciones de vulnerabilidad, en tanto su situación habitacional es inestable, y está mediada por elementos externos, por ejemplo un desalojo.

⁸ Los autores utilizan la palabra sinhogarismo para referirse a las personas que se encuentran en una situación de callejización.

Gráfico 5. Porcentaje de personas por tipo de vivienda, 2019

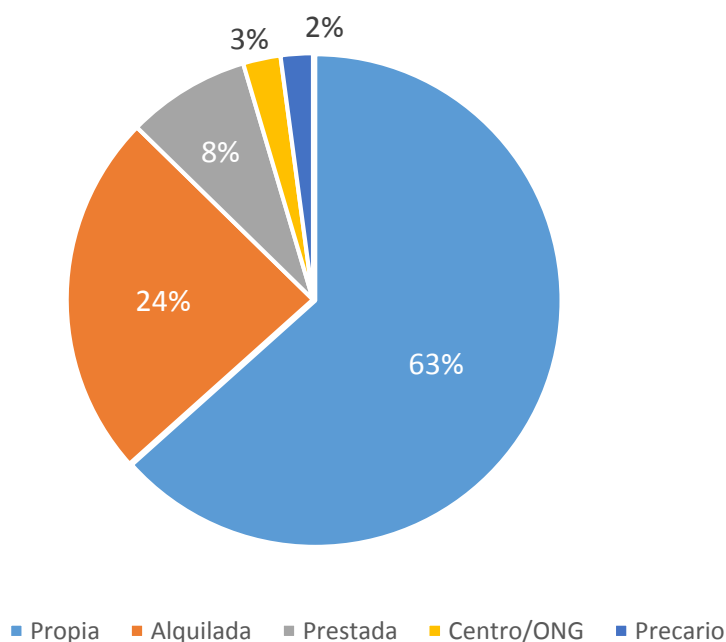
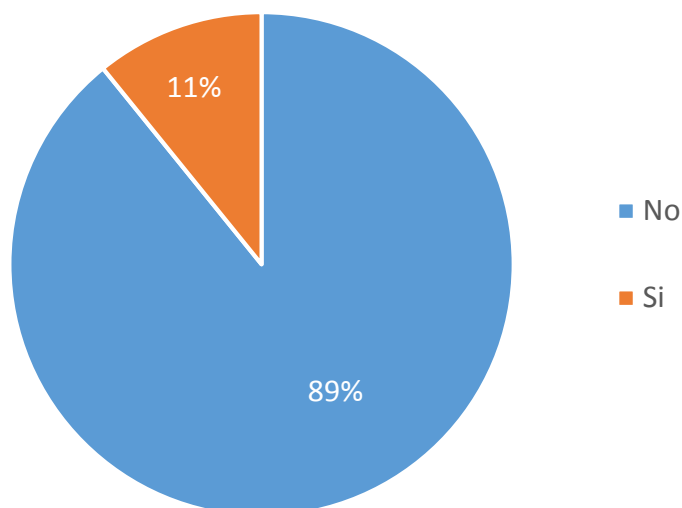
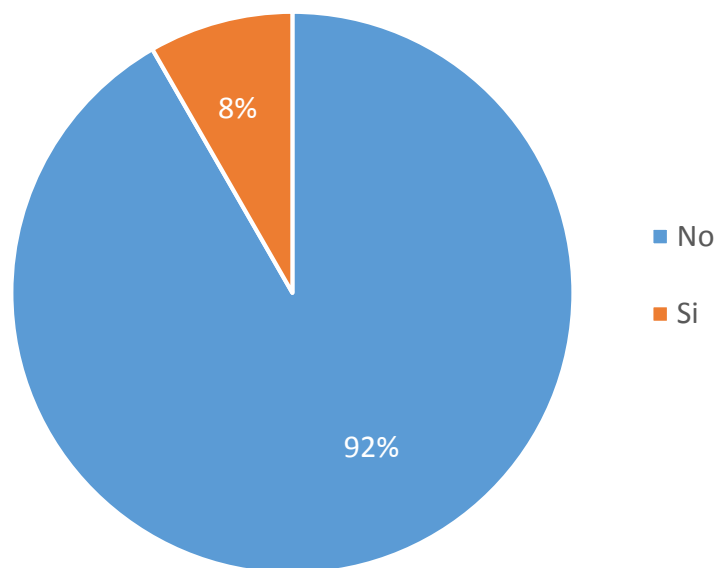


Gráfico 6. Porcentaje de personas que vivían en una casa de materiales de desecho, 2019



Del 66% de las personas que mencionó no encontrarse en situación de callejización, el 11% de las personas reportó habitar en lugar que estaba construido de materiales de desechos (latas, cartón, tablas, tela, etc). Si se considera la Encuesta Nacional de Hogares 2018 (Instituto Nacional de Estadística y Censos , 2019), es posible apreciar que del total de viviendas ocupadas, el 8,6% se encontraba en mal estado, por lo que la población entrevistada presenta un porcentaje mayor que el que se posee a nivel nacional.

Gráfico 7. Porcentaje de personas que habitaban en viviendas con hacinamiento, año 2019



En cuanto al hacinamiento de las viviendas de las personas que se encontraban en tratamiento, tomando en cuenta la cantidad de personas que habitaba en la vivienda y la cantidad de habitaciones (cuartos para dormir), se determina que el 8% de la población habitaba en viviendas con hacinamiento⁹.

Si se consideran los datos de la ENAHO 2018, a fin de evidenciar la situación país, el (Instituto Nacional de Estadística y Censos , 2019) plantea que el 2,5% de las viviendas tiene hacinamiento por dormitorio¹⁰. Si se parte del concepto de hacinamiento considerado en la ENAHO 2018, el 4% de la población reporta hacinamiento, lo que evidencia un mayor porcentaje, con respecto al hacinamiento a nivel nacional, lo que nos habla de una población con mayores condiciones de vulnerabilidad.

Varios autores han relacionado el hacinamiento con consecuencias sociales y personales. (Urria, 2018) menciona que ante un incremento en el hacinamiento, el índice de los síntomas depresivos es equivalente en magnitud al fallecimiento de un familiar, se menciona que el hacinamiento afecta directamente la salud física y mental. El autor (2018), establece la relación en vulnerabilidad, pobreza y hacinamiento:

Siguiendo esta línea y dado que el hacinamiento impacta de manera particular a los estratos de más bajos recursos, entender su relación con la salud mental permite comprender de mejor manera las dinámicas de pobreza y desigualdad en el país. Ya que

⁹ Esto según la definición de la Organización Mundial de la Salud, donde se considera que el hacinamiento corresponde a aquellas viviendas donde vivan 2,5 o más personas por habitación.

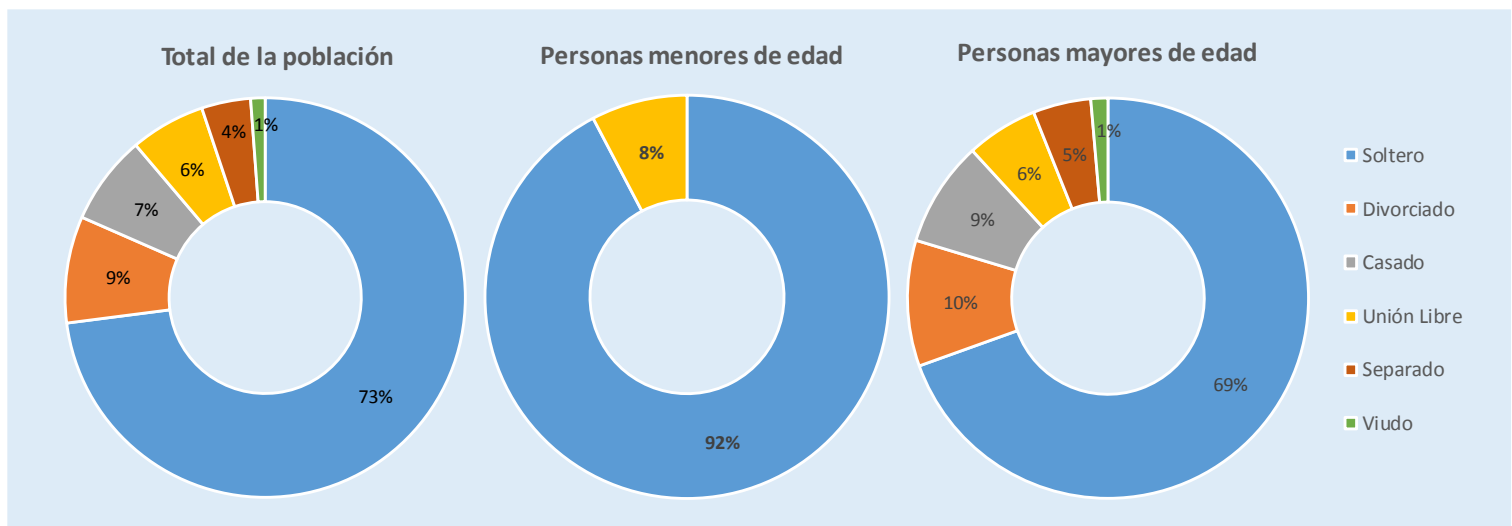
¹⁰ Hacinamiento por dormitorios: se considera que existe hacinamiento cuando la relación entre el total de personas que residen en una vivienda y el número de dormitorios exclusivos para dormir en ella es mayor o igual a tres, o cuando la vivienda no cuenta con dormitorios y está habitada por más de dos personas. (Instituto Nacional de Estadística y Censos , 2019)

sufrir trastornos mentales implica pérdidas de productividad y menores niveles de capital humano, esto contribuye a mantener las situaciones de pobreza. Al mismo tiempo, mayores niveles de pobreza generan mayores niveles de hacinamiento y por ende, la aparición y mantención de síntomas depresivos, creándose así un círculo vicioso. (Urria, 2018, pág. 2)

Aunado a lo anterior, (Cárdenas & Retamal, 2014) mencionan que el hacinamiento afecta la privacidad y la libre circulación, que a la vez generan consecuencias en la salud tanto física como mental, al generar situaciones de estrés psicológico, además de favorecer la propagación de enfermedades infecciosas e incrementar la ocurrencia de enfermedades en el hogar. Igualmente, en contextos de hacinamiento, se da una mayor existencia de límites para la realización y el desarrollo personal.

Tal y como lo menciona (Guelman & Ahumada, 2018), las desigualdades educativas y sociales, el desempleo y el subempleo, además de la informalidad laboral y el acceso a trabajos precarizados o inestables, la segregación espacial, la carencia de vivienda digna o la situación de calle, la discriminación, la estigmatización y la violencia institucionalidad o la que es ejercida por las fuerzas de seguridad, la falta de respuestas a nivel socio terapéutico que sean adecuadas para las personas consumidoras, son parte constitutiva de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Gráfico 8. Porcentaje de personas, según su estado civil, año 2019

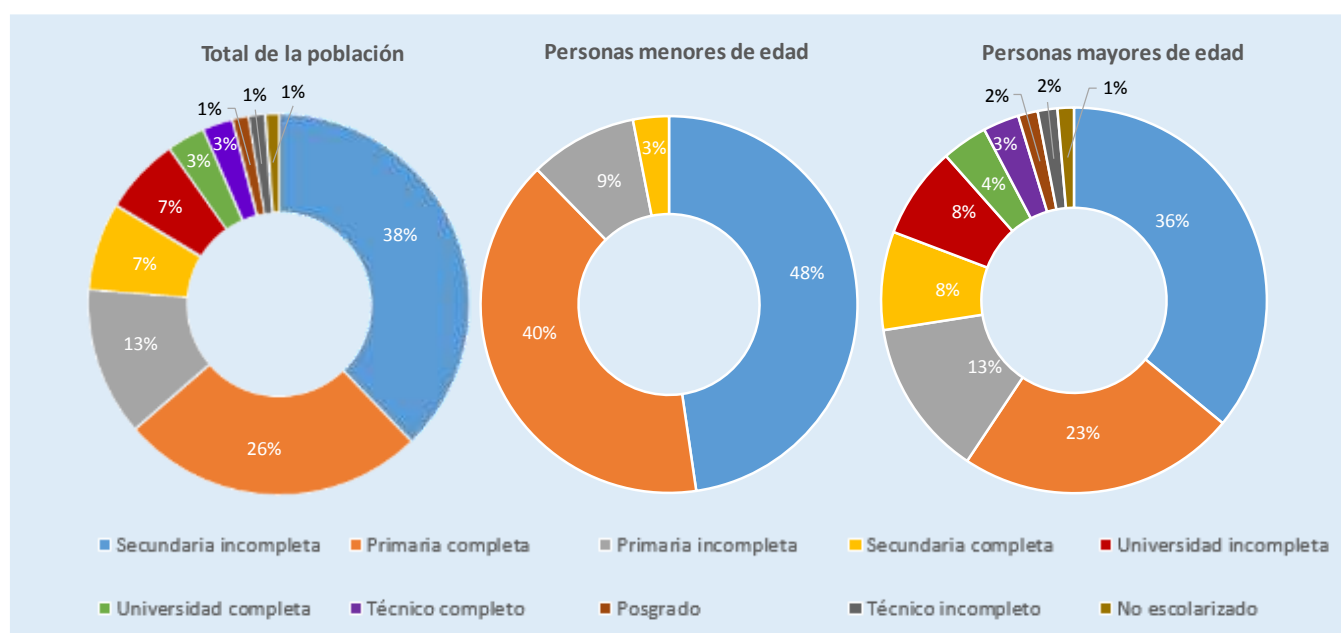


Al referirse al estado civil, el 73% de la población reportó estar soltera, seguido de 9% que reporta estar divorciada. En el caso de las mujeres el 76,5% de ellas estaba soltera, mientras que para los hombres correspondió a un 72,5%. (De León, Arrioja, Antonio, & Velasco, 2016) consideran que el género, el estado civil (soltería), el autoestima, el trabajo, la dependencia económica y la presión arterial, son predictores de la autoeficacia percibida y el consumo de

drogas. Por lo tanto, se considera la “soltería” como un factor de riesgo para un consumo de sustancias psicoactivas.

Es importante evidenciar que en población menor de edad, el 8% reporta encontrarse en unión libre, aspecto que debe ser un llamado de atención al Patronato Nacional de la Infancia, principalmente para la indagación de relaciones impropias en este contexto, y/o embarazos adolescentes. (Paniagua, 2019), citando a la Escuela Ecuménica de Ciencias de la Religión y el Instituto de Estudios Interdisciplinarios en Niñez y Adolescencia de la Universidad Nacional, menciona que el 88% de las madres adolescentes son producto de relaciones impropias. Hay datos en la población menor de edad que reporta estar en unión libre que deben ser un llamado de atención, el 60% eran mujeres y el 100% eran personas de 15 años o menos, además de este grupo poblacional, el 80% reportó actividades delictivas como su actividad económica y el 80% reportó abuso sexual en su niñez y/o adolescencia.

Gráfico 9. Porcentaje de personas participantes, según escolaridad, año 2019



El tema de la escolaridad, ha sido definido en múltiples estudios como un factor de riesgo para el consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto se comprende que a menor escolaridad, mayor posibilidad de un consumo problemático de sustancias psicoactivas; y en el presente estudio no es la excepción. El 77,3% de la población tenía una escolaridad de secundaria incompleta o menos y el 39,6% reportó tener una escolaridad de primaria completa o menos.

Se observa como la mayoría de población se ubica en la categoría de “secundaria incompleta” (37,7%), por lo que sería de importancia el estudio de las razones que mediaron para que la persona desertara y/o fuera expulsada del sistema educativo. Igualmente, es necesario que desde I y II Ciclo, se brinden a la persona herramientas para la consolidación de un proyecto de vida saludable, donde se empodere a la población para la toma de decisiones informadas,

incidiendo así no solo en la permanencia de las personas en la educación formal, sino reduciendo de alguna manera las posibilidad de insertarse en un consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Gráfico 10. Porcentaje de personas que se encontraban estudiando antes de estar en internamiento, año 2019.

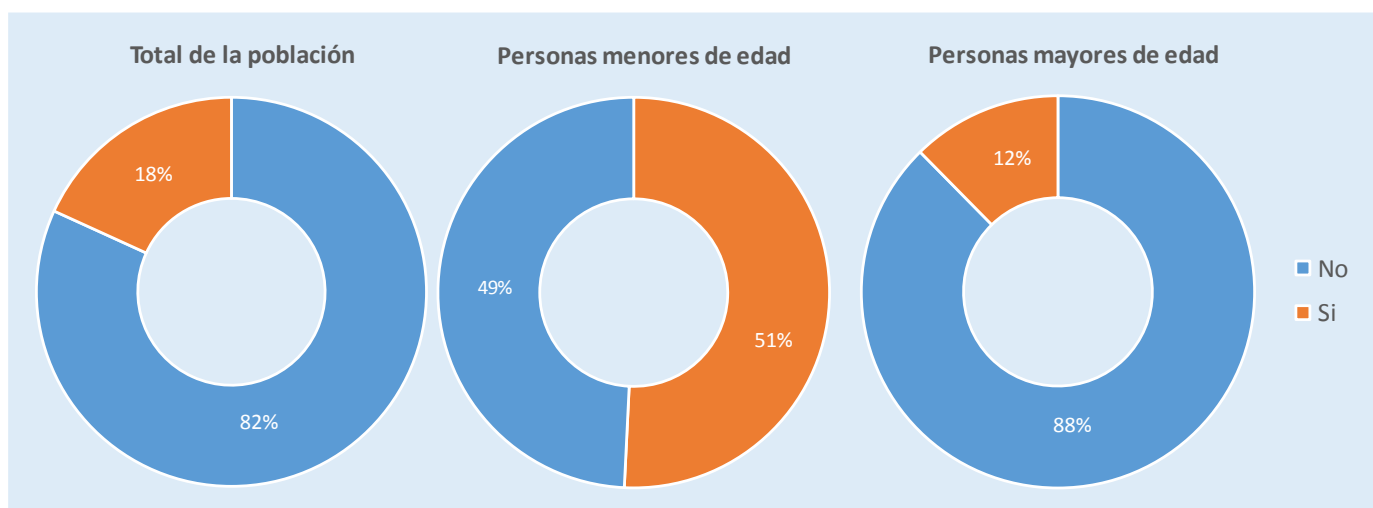
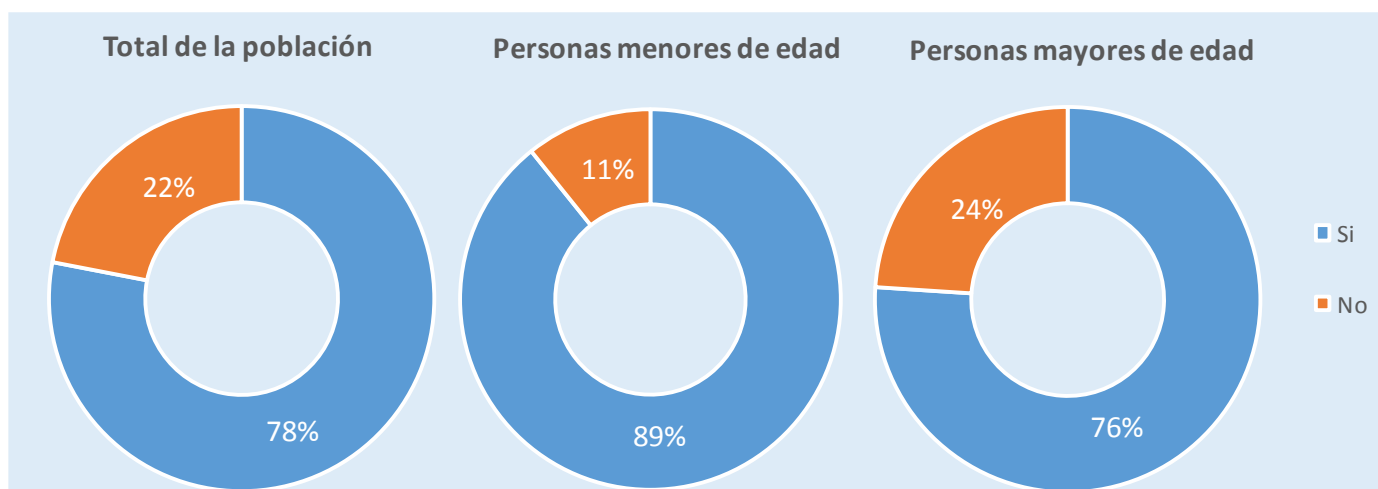


Gráfico 11. Porcentaje de personas que abandonaron en algún momento la educación formal, año 2019.

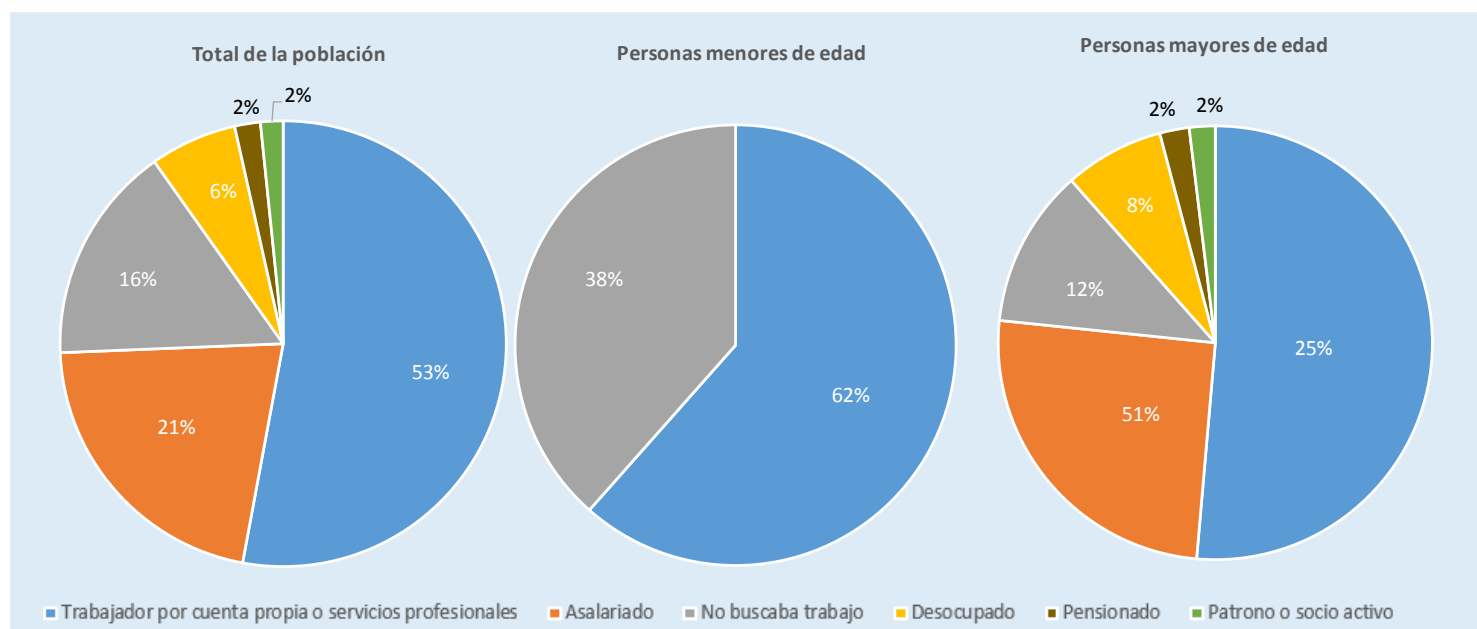


Continuando con el aspecto de educación formal, se ha considerado que esta funge como factor protector en el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que mantenerse en el sistema educativo no sólo media para que la persona no consuma, sino que favorece el proceso de rehabilitación y reinserción posterior a un consumo. Se aprecia que el 82% de la población no se encontraba estudiando, pese a que una importante cantidad de las personas se encuentra en

edades donde la formación académica puede formar parte de la cotidianidad. Igualmente, el 78% de la población reportó haber abandonado la escuela y/o el colegio en algún momento de su vida. Tanto la escolaridad, como la “no permanencia” de la población en el sistema educativo formal, pudieron mediar el inicio de consumo y el consumo problemático de sustancias psicoactivas en la población entrevistada.

Hay datos que deben ser un llamado a las instituciones que trabajan con personas menores de edad, y el Ministerio de Educación Pública, pues según los datos reportados por las personas menores de edad, el 49% no se encontraba estudiando antes de estar en internamiento, por lo que se torna indispensable, estudiar los factores que inciden en que la población menor de edad deserte y/o sea expulsada del sistema educativo. De la población menor de edad que reporta no encontrarse estudiando, el 34,3% estaba en situación de callejización, el 37,5% reportó actividades delictivas como actividad económica y el 68,7% menciona que sentía que nadie se su familia lo(a) amaba en su niñez y/o adolescencia.

Gráfico 12. Porcentaje de personas participantes según su situación laboral¹¹, año 2019.



La situación laboral (trabajo irregular y/o desempleo) de la población se considera un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, igualmente, las actividades económicas que están permeadas por una precarización de las condiciones laborales, por ejemplo, los empleos informales, donde no se cuenta con las garantías establecidas por ley. El (Centro de Documentación y Estudios- Fundación Egía- Carega, 2014) menciona que en personas adolescentes, el hecho de tener padres desempleados parece estar asociado a un mayor riesgo de consumo de tabaco y cannabis y en el caso de las personas adultas, el desempleo se

¹¹Desocupado: estaba sin trabajo en la última semana de referencia y estaba disponible para trabajar inmediatamente.

relaciona con mayor probabilidad de consumo de tabaco y con patrones de consumo de alcohol de mayor riesgo.

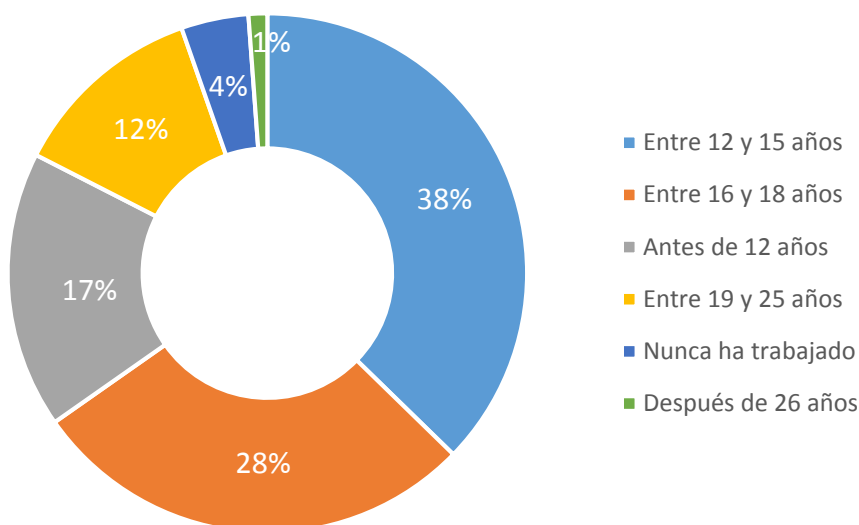
Debe considerarse que en la categoría de “trabajador por cuenta propia o servicios profesionales” se incorporan una multiplicidad de oficios y actividades económicas, entre estos los considerados empleos informales¹², donde se desarrollan actividades que no cuentan con las garantías laborales que de alguna forma pueden favorecer el desarrollo personal y económico, así como el desarrollo de sus familias y las personas dependientes económicamente y de cuidado. Igualmente, en algunas de las actividades económicas u oficios (principalmente en los “trabajos informales”), la persona trabajadora se expone a una multiplicidad de situaciones que pone en riesgo su salud mental o/y física, por ejemplo: actividades delictivas (17,1% de la población que reporta ser trabajador por cuenta propia) y prostitución (2,2% de la población que reporta trabajar por cuenta propia) (considerados por la población como un trabajo por cuenta propia).

Es importante visibilizar el 62% de las personas menores de edad que reporta trabajar por cuenta propia, comprendiendo que las personas menores de edad deberían encontrarse estudiando, y no trabajando. De este grupo poblacional que reporta trabajo por cuenta propia, el 52,5% reporta actividades delictivas como su actividad económica, y de estos, el 66,6% reporta actividades delictivas en su familia, por lo que se puede evidenciar un patrón que se reproduce.

(Guelman & Ahumada, 2018) colocan que la condición de ser un usuario con consumo problemático de sustancias psicoactivas, se convierte en un obstáculo para sostener una actividad laboral y productiva, así como para conseguir un empleo, debido a los problemas de salud y el sostenimiento de vínculos sociales que implica el consumo, esta situación se agrava si la persona es pobre y/o pertenece a sectores de alta vulnerabilidad social. Los autores (2018), recuperan datos de CICAD-OID (2016c), donde se expone que en Brasil, el 65% de estos usuarios tiene trabajos esporádicos o independientes y el 7,5% obtiene sus recursos monetarios del comercio sexual. Las actividades ilícitas (tráfico de drogas, robos, hurtos y atracos) representan el 15,4% de los casos. En Uruguay, el 26% tenía trabajos esporádicos (changas) y el 21% trabajos de baja calificación (recolección y clasificación de residuos, venta ambulante). Aquellos que no tienen ningún tipo de integración laboral conforman un significativo 34% éstos viven de la mendicidad, de la ayuda familiar o estatal, de la prostitución y de actividades ilegales como robos, hurtos y venta de drogas.

¹² Empleo informal, refiere a las actividades laborales de quienes trabajan y perciben ingresos al margen del control tributario del Estado y de las disposiciones legales en materia laboral.

Gráfico 13. Porcentaje de personas según la edad en que inició la vida laboral, año 2019.



13

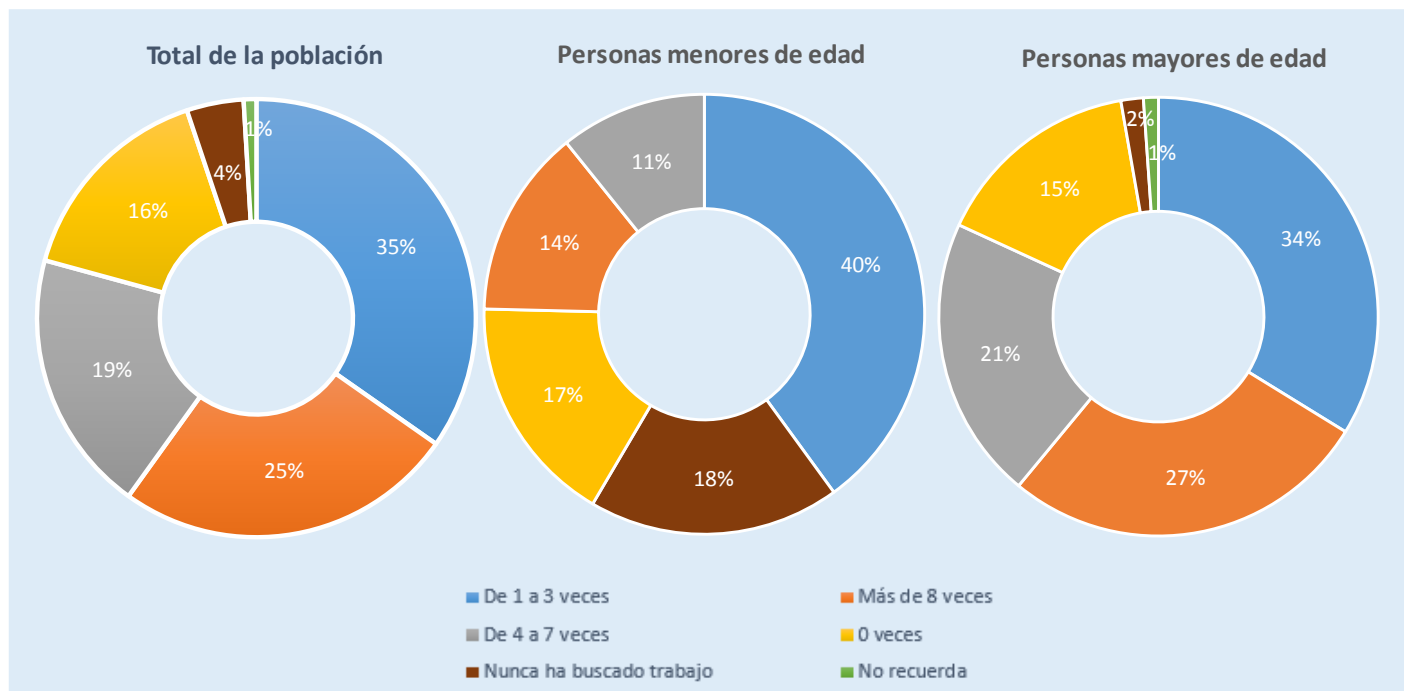
El Gráfico 13, debe analizarse a la luz del Gráfico 9, pues puede considerarse, que las personas desertan del sistema educativo formal, para incorporarse al mercado laboral, muchas veces (ver Gráfico 12), en situaciones precarias (sin garantías laborales). En el caso de la población entrevistada, del total de la población que reportó haber abandonado en algún momento la educación formal, el 87,4% de la población inicio su etapa laboral a los 18 años o antes. Este aspecto debe ser un llamado de atención para las instituciones públicas, principalmente para aquellas que laboran con personas menores de edad, por ejemplo el Patronato Nacional de la Infancia y el Ministerio de Educación Pública, en tanto no se está logrando contener a la población en las aulas, y estos se están insertando en el mercado laboral.

Debe comprenderse que la deserción y/o expulsión del sistema educativo, que tiene como resultado una baja escolaridad, a la vez permeará en las opciones laborales a las cuales pueda acceder la persona, en tanto la educación se ha considerado históricamente como un factor para la “movilidad social¹⁴”.

¹³ De las personas que reportan que nunca han trabajado, el 66,6% eran menores de 18 años.

¹⁴ La movilidad social se refiere a los cambios que experimentan los miembros de una sociedad en su posición en la estructura socioeconómica.

Gráfico 14. Porcentaje de personas, según cantidad de veces que ha estado desempleado, año 2019.



El 34,7% de la población, reporta que ha estado de 1 a 3 veces sin trabajo, seguido del 25,1% de las personas que reporta haber estado más de 8 veces sin trabajo. El gráfico 14 nos permite evidenciar que únicamente el 16% de la población no se ha encontrado en situación de desempleo. Debe considerarse que el desempleo es un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, en tanto para cualquier persona puede representar un momento de crisis, principalmente si tiene otras personas a su cargo. De ahí la importancia de que posterior a la salida de las personas del centro de tratamiento, se realice un continuo seguimiento, que permita contener a la población en caso de no encontrar un trabajo, a la vez que se realiza un trabajo en red, que permita la coordinación con empresas que estén dispuestas a ser contratantes de este grupo poblacional, facilitando la reinserción laboral.

A pesar de que en las encuestas no se preguntó las razones de desempleo, las personas comentaban que abandonaban los trabajos debido a su consumo problemático de sustancias psicoactivas (ausencias, llegadas tardías, trabajar bajo los efectos de alguna y/o varias sustancias psicoactivas), por lo tanto, sería enriquecedor el estudio de las razones específicas que generan que una persona con un consumo problemático de sustancias psicoactivas se encuentre en una situación de desempleo.

Tabla 3. Número y porcentaje de personas, según actividad económica reportada, año 2019.

Actividad	Cantidad de personas	Porcentaje
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	32	8,2
Explotación de minas y canteras	0	0,0
Industrias manufactureras	10	2,6
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	8	2,1
Suministro de agua; evacuación de aguas residuales, gestión de desechos y descontaminación	13	3,4
Construcción	61	15,7
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de los vehículos de motores y de las motocicletas	54	13,9
Transporte y almacenamiento	23	5,9
Actividades de alojamiento y de servicio de comidas	20	5,2
Información y comunicaciones	0	0,0
Actividades financieras y de seguros	0	0,0
Actividades inmobiliarias	0	0,0
Actividades profesionales, científicas y técnicas	12	3,1
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	80	20,6
Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	0	0,0
Enseñanza	5	1,3
Actividades de atención de la salud humana y asistencia social	4	1,0
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	3	0,8
Otras actividades de servicios	17	4,4
Actividades de los hogares como empleadores; actividades indiferenciadas de los hogares como producción	3	0,8
Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	0	0,0
*Actividades delictivas	43	11,1
Total general	388	100,0

Se toma como base la clasificación de actividades económica de Costa Rica del INEC CAECR 2011. *Se incluye como actividad para visibilizar la situación, a partir de los objetivos investigativos. Se excluye a la población que no responde y a las personas estudiantes.

A partir de las actividades económicas, profesiones u ocupaciones reportadas por las personas participantes (Anexo 2), se hace la clasificación que propone el INEC (2011); a partir de esto se construye la Tabla 3, en donde es posible visualizar que la mayoría 20,6% de la

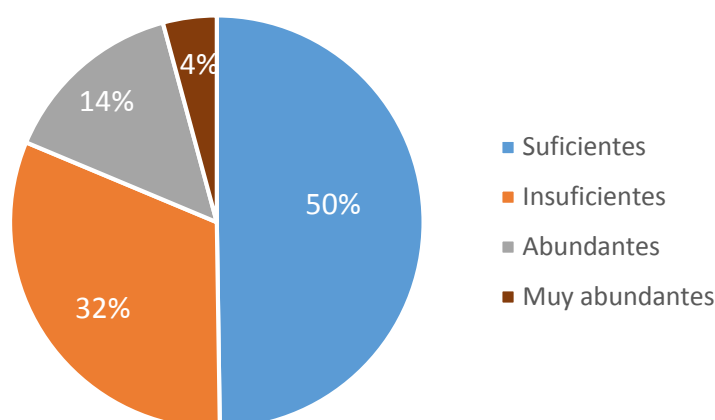
población se ubica en la categoría de actividades de servicios administrativos y de apoyo. Se considera de importancia incluir la categoría de actividades delictivas, en tanto el 11% de la población reporta este tipo de actividad como el medio de subsistencia, en donde se incluye delitos como robo, hurto y/o venta de drogas. Es necesario considerar, los elementos estructurales que pueden mediar en que las personas conciben como válidas las actividades delictivas como medio de subsistencia, en tanto esto las posiciona a ellas y a sus familias en mayores condiciones de vulnerabilidad, pues la privación de libertad se sitúa en la cotidianidad, y por ende la salida de una persona de la familia (por el cumplimiento de una condena), puede afectar los ingresos que la familia percibe

Por lo tanto, se expone en la Tabla 3, cómo la mayoría de la población se inserta en actividades económicas y ocupacionales que no requieren un alto nivel académico, y que van aparejadas de un menor salario o incluso la inserción en trabajos donde el reconocimiento económico no se ajusta a lo establecido por ley, principalmente si se habla de grupos específicos como personas menores de edad y personas extranjeras con una condición migratoria irregular.

El hecho de que el 11,1% de las personas refieren depender económicamente de actividades que son consideradas como delitos, evidencia la necesidad de exponer como tópico de investigación: la relación consumo de drogas y la comisión de un delito, con el objetivo de evidenciar si el involucramiento en actividades delictivas se da por el consumo o por otro tipo de aspectos, por ejemplo, la escolaridad de las personas, el desempleo o/y su zona de residencia.

Se debe evidenciar, que del total de personas que reporta actividades delictivas como actividad económica, el 69,7% son hombres, el 62,7% se encontraba en situación de callejización, el 27,9,% reporta que sus ingresos son insuficientes y el 48,8% que son suficientes. El 27,9% tenía 1 o más hijos(as), el 60,4% reportó que en su familia se desarrollaron actividades delictivas y el 48,8% reportó tener al menos un familiar que está o estuvo en privación de libertad, el 90,6% reportó que sus padres estuvieron separados en su niñez y/o adolescencia y el 72,0% mencionó que sentía en su niñez o adolescencia que nadie lo amaba. Por último, el 72,0% de la población tuvo un puntaje de 5 o más situaciones adversas en su niñez y/o adolescencia. Es importante mencionar, que el desarrollarse en un entorno que valida las actividades delictivas, puede configurar la forma en la cual se aprecian estas, y por tanto, considerarlas válidas en medio de su cotidianidad, partiendo del entendido que la familia es la primera institución socializadora y una de las principales a lo largo de la vida de la persona.

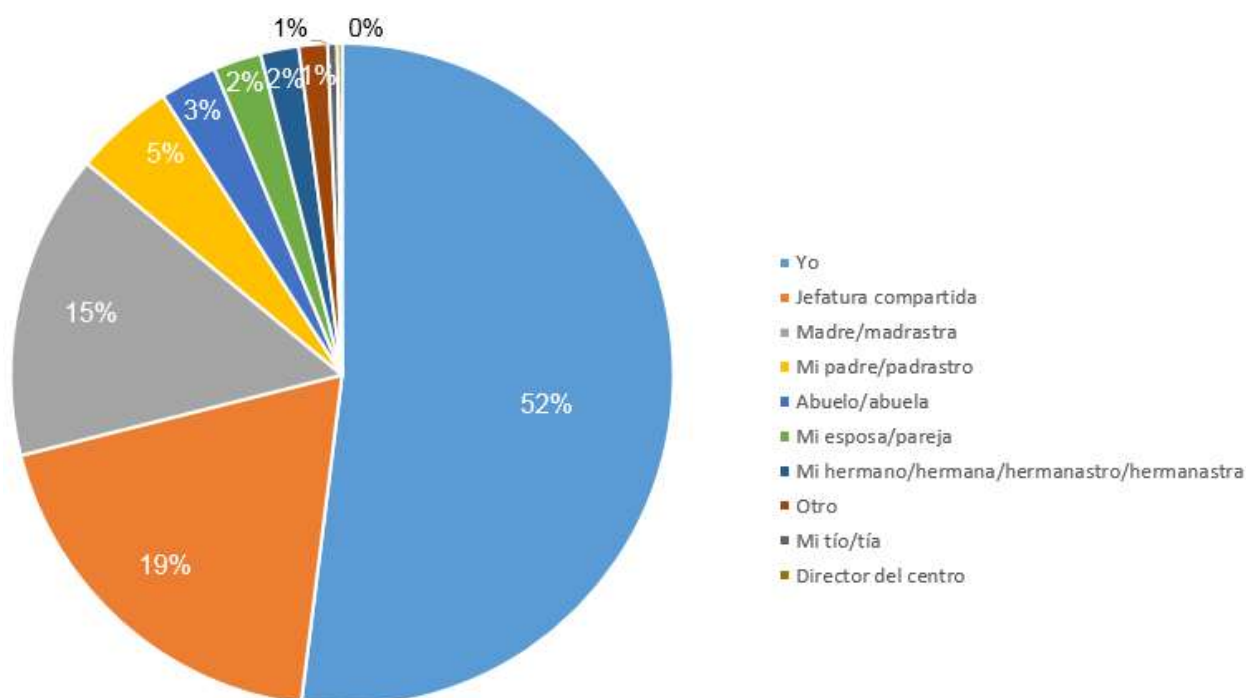
Gráfico 15. Porcentaje de personas según el ingreso reportado, año 2019.



En cuanto a los ingresos reportados antes de estar en proceso de tratamiento, se preguntó a la persona, que desde su percepción definiera si sus ingresos (o los de su familia-en caso de ser estudiante o no laborar-) eran: muy abundantes, abundantes, suficientes o insuficientes. La mayor cantidad de personas reportan ingresos suficientes. Se debe considerar que esta pregunta refiere a la percepción de la persona, no se establecieron rangos económicos, pues se priorizó lo que la persona vivenciaba con respecto a su situación económica. Por lo tanto, no es posible definir si la población entrevistada se encontraba en una situación de pobreza o no (línea de pobreza), pero si es posible evidenciar, que al menos un tercio de la población no contaba con los medios suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Es interesante posicionar, que cuando se realizaba esta pregunta, en varias ocasiones las personas mencionaron que para alguien que consume, el dinero nunca es suficiente, pues en efecto, la persona que presenta una dependencia a una sustancia, puede priorizar el consumo a la satisfacción de necesidades básicas.

Gráfico 16. Porcentaje de personas según jefatura reportada, por sexo, año 2019.



En cuanto a las jefaturas reportadas, el 51,9% de las personas participantes reportan que ellas tomaban las decisiones en el hogar. Debe tomarse en cuenta el papel que tienen las personas participantes con respecto a la jefatura, considerando que el desplazar (proceso de internamiento) a la persona que toma las decisiones en el hogar, implica cambios en la familia, que pueden ir desde afectaciones en los roles establecidos en el hogar, hasta insuficientes recursos económicos para la satisfacción de las necesidades básicas de la familia.

Igualmente, la cotidianidad de una persona con un consumo activo de sustancias psicoactivas, permea la estabilidad de la familia en diferentes ámbitos, uno de ellos el económico, en tanto la persona que consume, a partir de su condición, puede priorizar el consumo a la satisfacción de las necesidades básicas de sí mismo y de su familia.

De ahí la importancia de visibilizar las personas que dependen económicamente de la persona participante, en tanto son estas reciben principalmente una afectación por el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Igualmente, es necesario evidenciar la cantidad de personas que dependen en temas de cuidado y protección, aspecto que no fue considerado en este estudio.

Gráfico 17. Porcentaje de personas según número de hijos/hijas, año 2019.

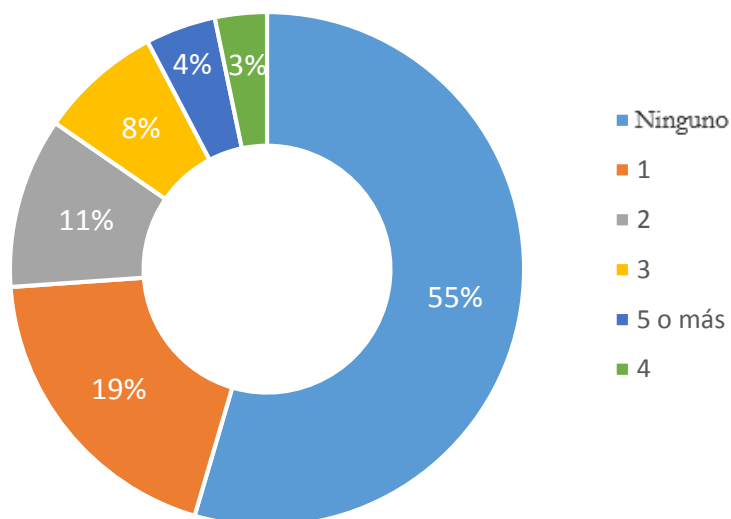
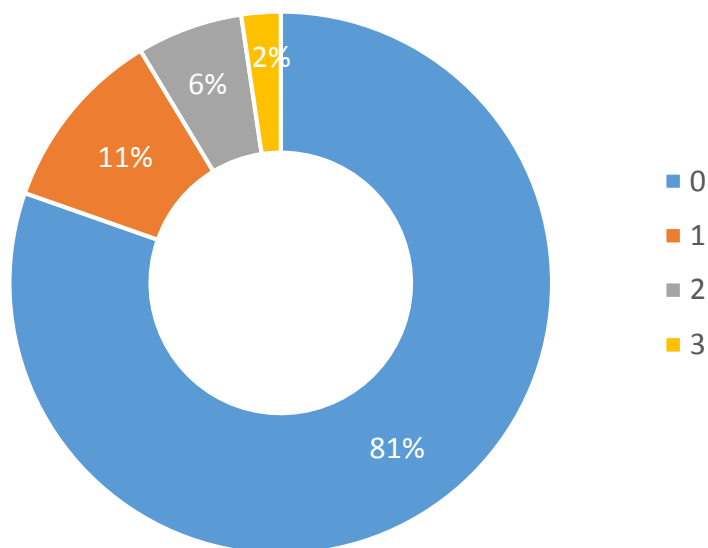


Gráfico 18. Porcentaje de personas según número de hijos/hijas/hijastros/hijastras que dependen económicamente de la persona participante, año 2019



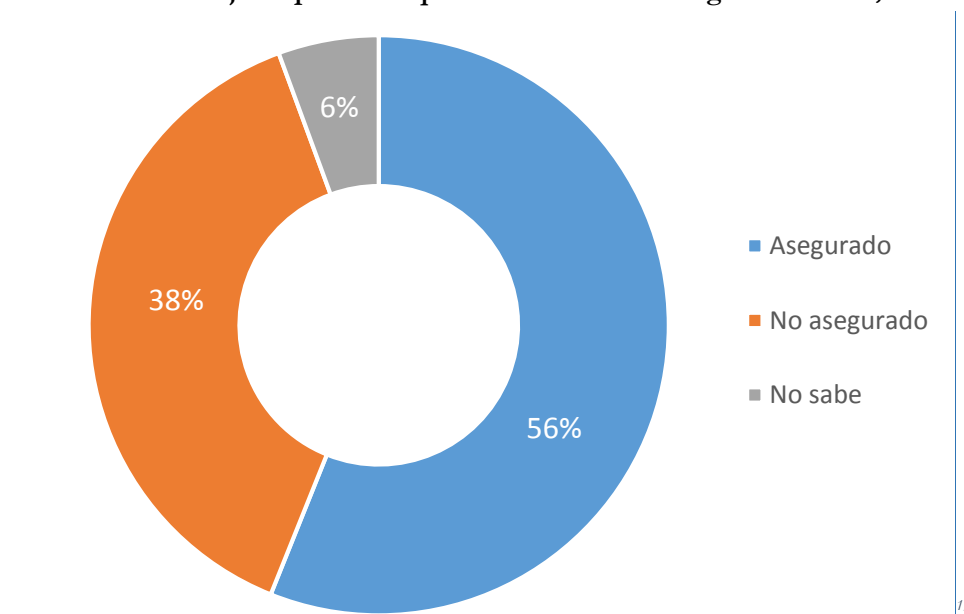
El 45% de la población reporta tener al menos un hijo(a). Es importante leer este resultado a la luz de lo planteado por (Quezada, Díaz, Guidorizzi, & Arena, 2012) quienes comentan que los factores de riesgo familiar para el uso de drogas se relacionan con los estilos parentales de manejo familiar, donde se incluye el tipo de comunicación construida, el establecimiento de normas y el manejo de sanciones, el clima emocional familiar y la cultura en

torno a las drogas. Por lo tanto, los hijos e hijas de ese 45% de la población estarán expuestos a determinada concepción con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, elemento que será determinante en cómo ellos y ellas lo percibe.

De la población que reporta tener al menos un hijo o hija, un 56,9% reporta no tener personas dependientes (hijos, hijas, hijastros, hijastras). Sería de interés analizar las razones por las cuales las hijas/hijos no son dependientes económicamente de su padre o madre, a fin de identificar si la causa es un tema ajeno al consumo de sustancias psicoactivas (por ejemplo: la edad de los hijos o/e hijas) o si refiere a un abandono físico y/o económico a partir del consumo problemático de este tipo de sustancias, u otra causa no relacionada a esta problemática.

Se debe rescatar el papel de las personas cuidadoras en la vida de los niños y niñas. Por ejemplo (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018), expone que las mujeres que usan drogas pueden tener responsabilidades como cuidadoras y su uso de drogas afecta negativamente a sus familias, en particular a los niños y niñas. Además las experiencias adversas vividas en la niñez por la madre, pueden ser transgeneracionales e implicar riesgos del uso de sustancias a los hijos de mujeres con trastornos por el uso de drogas. Los autores agregan que los niños que han experimentado la adversidad infantil, usan drogas como rebeldía social, mientras que las mujeres en la misma situación, es más probable presenten ansiedad, depresión y retraimiento social y es más probable que usen sustancias para automedicarse.

Gráfico 19. Porcentaje de personas que contaban con un seguro de salud, año 2019.



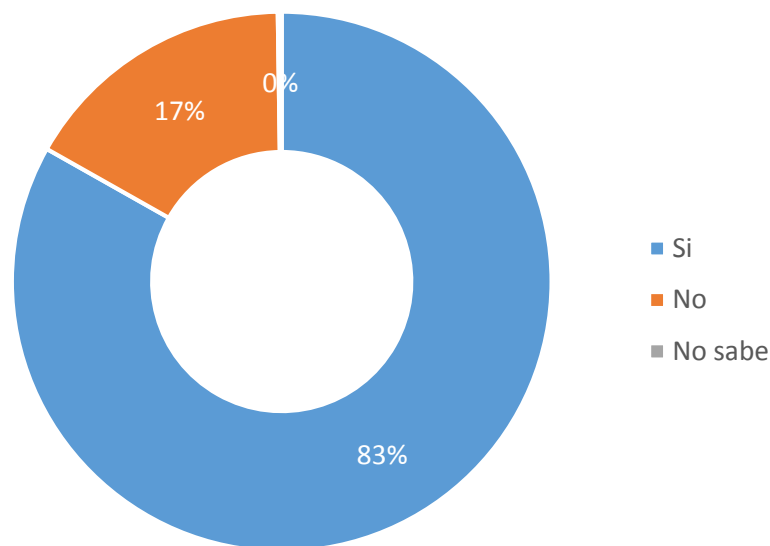
Con respecto a la condición de aseguramiento, el 38% comenta no encontrarse asegurado. Debe considerarse, que el no contar con seguro médico, afecta el acceso de la población a servicios de salud, principalmente los brindados por la Caja Costarricense de Seguro Social, considerando que el consumo de sustancias psicoactivas puede requerir una intervención

¹⁵ Del total de la población que reporta no saber si tiene seguro médico, el 50% eran personas menores de edad.

más allá del consumo, por ejemplo, en caso de patología dual¹⁶ u otra enfermedad que no corresponda a enfermedades mentales y/o del comportamiento, por ejemplo la diabetes o la hipertensión arterial.

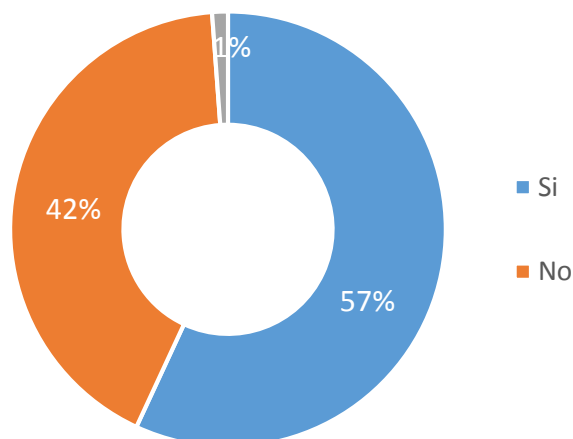
La literatura señala la prevalencia de patología dual, (World Association on Dual Disorders, Sociedad Española de Patología Dual, Fundación Patología Dual , 2017) menciona que las adicciones se presentan en su amplia mayoría, junto con otros trastornos mentales, en al menos el 70% de los casos, esto según estudios epidemiológicos tanto en España como en otros países. Los trastornos mentales de cualquier tipo cursan en más del 50% con usos problemáticos o adictivos a sustancias.

Gráfico 20. Porcentaje de personas que reporta historial de consumo de alcohol y/o tabaco en personas de la familia, año 2019.



¹⁶ Patología dual, se denomina así a las enfermedades mentales (depresión, ansiedad, entre otros) que son concomitantes con un uso problemático de sustancias.

Gráfico 21. Porcentaje de personas que reporta historial de consumo de drogas ilegales en personas de la familia, año 2019.



Como se identifica en los gráficos 20 y 21, la mayoría de la población reporta un historial de consumo de drogas ilegales, así como de alcohol y/o tabaco en personas de la familia. Como se observa, la mayoría de la población cuenta con un entorno familiar consumidor de sustancias psicoactivas, principalmente de las que son socialmente establecidas como legales, como lo es el alcohol y el tabaco. Como se ha explicado anteriormente, la familia juega un papel preponderante tanto como factor de riesgo, como de protección. Por lo tanto, se considera esencial que los programas preventivos no sólo trabajen con las personas, sino con sus familias, entendiendo que la familia es la primera institución socializadora, y una de las más importantes a lo largo de la vida del ser humano.

Se debe tomar en consideración, la necesidad de que las organizaciones que brinden tratamiento incorporen a las familias dentro de su labor, a fin de que estos funjan como un factor de protección, favoreciendo el proceso de rehabilitación de la persona consumidora.

Se debe partir del entendido que tanto el alcohol como el tabaco son sustancias socialmente consideradas parte de la cultura, al ser “sustancias legales”, permeado la percepción del riesgo respecto a las mismas, de ahí la necesidad y trascendencia de que los programas preventivos incluyan estas sustancias, y que se explique cómo la legalidad no implica que este tipo de sustancias no vaya a generar consecuencias negativas en la persona, su familia y en general, en la salud pública. Igualmente, la presencia de un consumo de sustancias consideradas ilegales corresponde a más de la mitad de la población, aspecto que refleja como las sustancias consideradas “ilegales” también van expandiéndose y forman parte de la cotidianidad de la población.

Gráfico 22. Porcentaje de personas que reporta historial de consumo de alcohol y/o tabaco en amigos, año 2019.

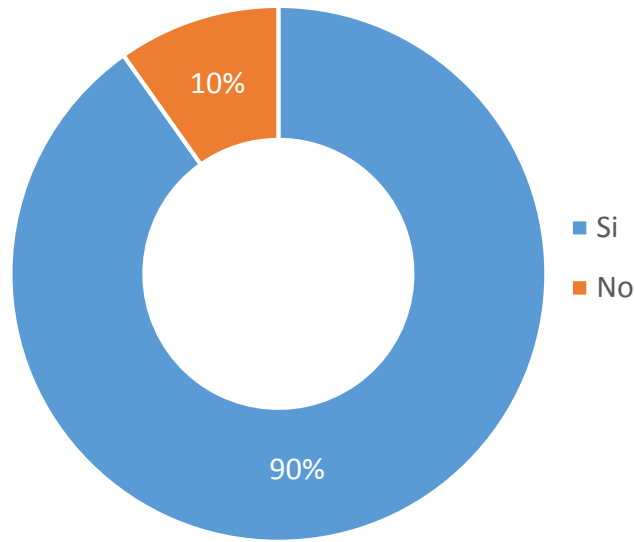
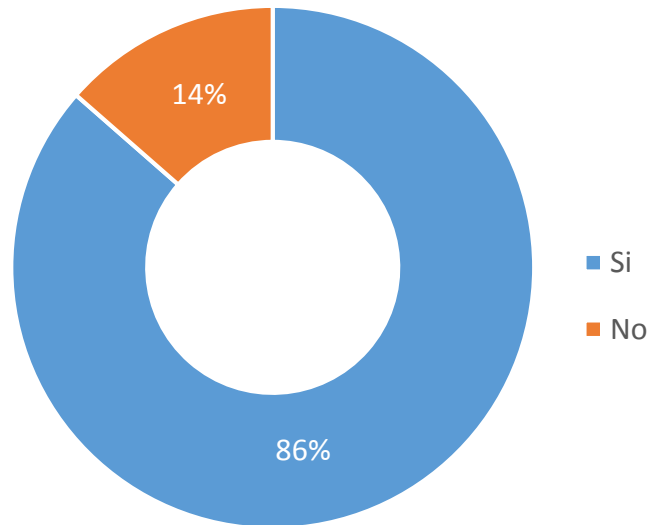


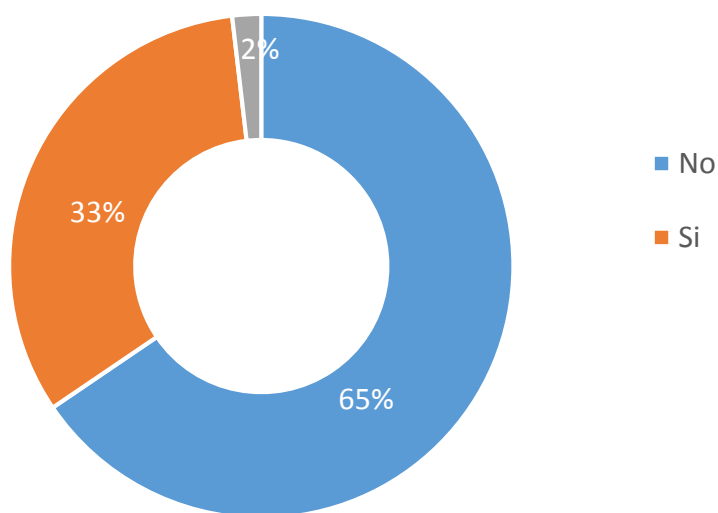
Gráfico 23. Porcentaje de personas que reporta historial de consumo de drogas ilegales en amigos, año 2019.



El 90% de la población reporta tener amigos/amigas que consumen alcohol y/o tabaco, y el 86% de la población reporta tener amigos/amigas consumidores de drogas ilegales, aspecto que propicia el contacto de la persona en proceso de rehabilitación con este tipo de sustancias. El contexto en el que se desenvuelve la persona, ya sea familiar, laboral o/y de amigos(as), es determinante tanto en el inicio del consumo, como en la permanencia y aumento de consumo, así como en el proceso de rehabilitación. Para la población en estudio, es de suma importancia la consideración, al menos, del contexto familiar, en tanto las redes de apoyo con las que cuente la persona favorecerán o no un proceso de rehabilitación exitoso.

Es necesario considerar, que existirán personas que no cuentan con una red de apoyo familiar, y por lo tanto, es indispensable la generación de redes comunales e institucionales, que faciliten la reinserción socioeconómica de la población.

Gráfico 24. Porcentaje de personas que reporta historial de actividades delictivas en personas de la familia, año 2019.



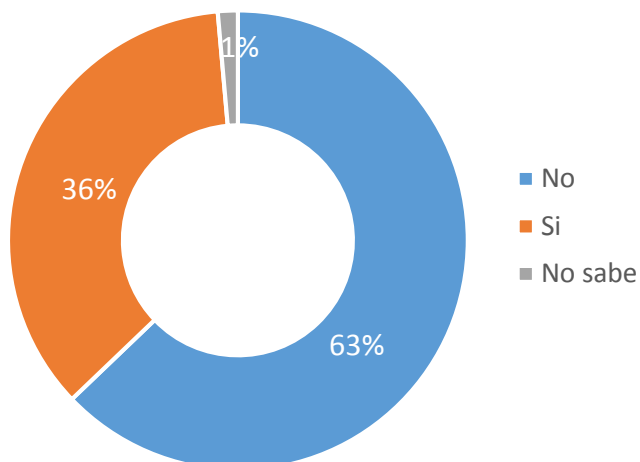
Diversas investigaciones realizan una asociación droga- delito, donde se pretende evidenciar no sólo la relación de ambos factores, sino la determinación de cual es primero, el consumo o el delito. “Se ha constatado que el consumo de sustancias legales e ilegales parece ser favorecido por factores de personalidad, familiares, escolares o contextuales; igualmente, se ha constatado que el momento de su inicio, así como la cantidad de uso va a depender de factores de riesgo como el control o supervisión de los padres, la existencia de maltrato de tipo físico o psicológico en el núcleo familiar, el propio consumo de los progenitores, el grado de escolaridad, la influencia del grupo de iguales o las propias conductas impulsivas” (Rodríguez, Bringas, Moral, Pérez, & Estrada, 2012, p. 59) En este caso, no sólo se explora la presencia de actividades delictivas en la persona participante, sino también un contexto familiar permeado por este tipo de actividades.

Se considera de importancia la visibilización de esta situación, en tanto de alguna manera puede permear la percepción de la persona con respecto al riesgo del involucramiento en este tipo de actividades, igualmente, un contexto familiar que delinque puede de alguna manera naturalizar esta situación en la persona, así como modificar la percepción del riesgo de estas situaciones.

Por tanto, se decide evidenciar dos diversas situaciones en el contexto familiar, por un lado el historial delictivo y por otro la privación de libertad en este mismo contexto, partiendo del entendido de que no todas las personas que delinquen tienen como consecuencia una sentencia que implique la institucionalización.

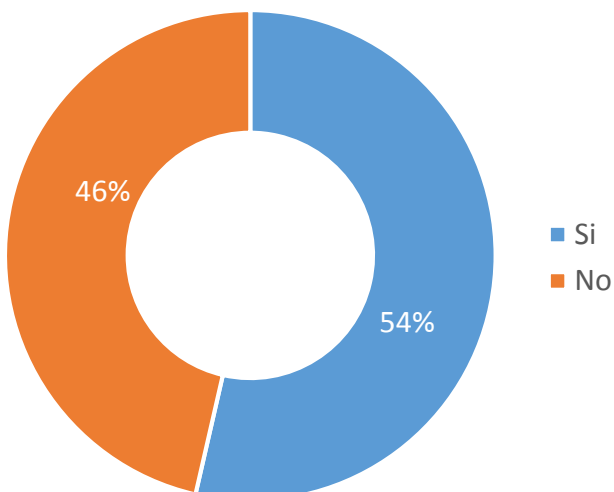
En el caso de presencia de personas que delinquieron en el contexto familiar, de las personas participantes el 65% reportó que alguna o algunas persona(s) de su familia (hasta tercer grado de consanguinidad) habían cometido algún delito. La encuesta no ahonda con respecto al tipo de delito cometido.

Gráfico 25. Porcentaje de personas que reporta privación de libertad en personas de la familia, año 2019.



En el caso de privación de libertad, el 63% de las personas reportan que alguna o algunas persona(s) de su familia (hasta tercer grado de consanguinidad) estuvo o está privada(s) de libertad. Al igual que en el apartado anterior, no se ahonda los delitos por los cuales las personas familiares cumplieron una condena.

Gráfico 26. Porcentaje de personas que reporta haber sido víctima de violencia psicológica en la edad adulta, año 2019.



Una de las principales situaciones que está relacionada con un consumo de drogas, es la violencia¹⁷. La violencia, es una situación sumamente frecuente en ciertos contextos y/o grupos en situación de vulnerabilidad y exclusión, entre ellos las personas que consumen sustancias psicoactivas. (Arribas, 2018), recupera a varios autores (Martin et al, 2008; Brecht & Herbeck, 2013; Boles, 2003, Collins, 1990), los cuales consideran que la violencia es una de las principales fuentes de daño asociado al consumo de sustancias psicoactivas que puede provocar una muerte temprana, así como mala salud durante toda la vida.

Del total de la población, el 45,2% afirman haber sido víctimas de violencia psicológica durante su edad adulta (18 años o más). En el caso de las mujeres mayores de edad entrevistadas correspondió a 66,6% de la población, y en caso de los hombres mayores de edad fue del 52,5%. Es importante que se considere la violencia psicológica como un factor de riesgo para el consumo de sustancias, principalmente si la persona no abordó adecuadamente esta situación (proceso terapéutico).

Es indispensable que el período de internamiento considere los distintos elementos que pueden ser detonadores en el consumo de sustancias psicoactivas, en tanto elementos de la historia de vida de la persona pueden ser claves para un abordaje adecuado, de ahí la necesidad de un trabajo interinstitucional, donde sea posible no sólo trabajar sobre el consumo de sustancias psicoactivas, sino sobre los diversos elementos que median esta actividad.

Arribas (2018), menciona que el daño que genera la violencia trasciende el daño físico, en tanto esta provoca depresión, ansiedad y otros trastornos de la salud mental. Igualmente, puede contribuir a la aparición de cánceres, enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, VIH/SIDA, debido a que las personas que han sido víctimas de violencia, tratan de enfrentar sus experiencias traumáticas adoptando comportamiento de riesgo, entre los que se mencionan el consumo de tabaco, el alcohol y las drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo.

(Nagelhout, y otros, 2017) plantean que aunado a los elementos anteriormente descritos, el descontento social, la desesperanza, la falta de empleo y de oportunidades de desarrollo, la pobreza, entre otros, son precursores que detonan el malestar social que se canaliza y se expresa en la diversidad de manifestaciones de violencia.

¹⁷ La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Gráfico 27. Porcentaje de personas que reporta haber sido víctima de violencia física en la edad adulta, por sexo, año 2019.

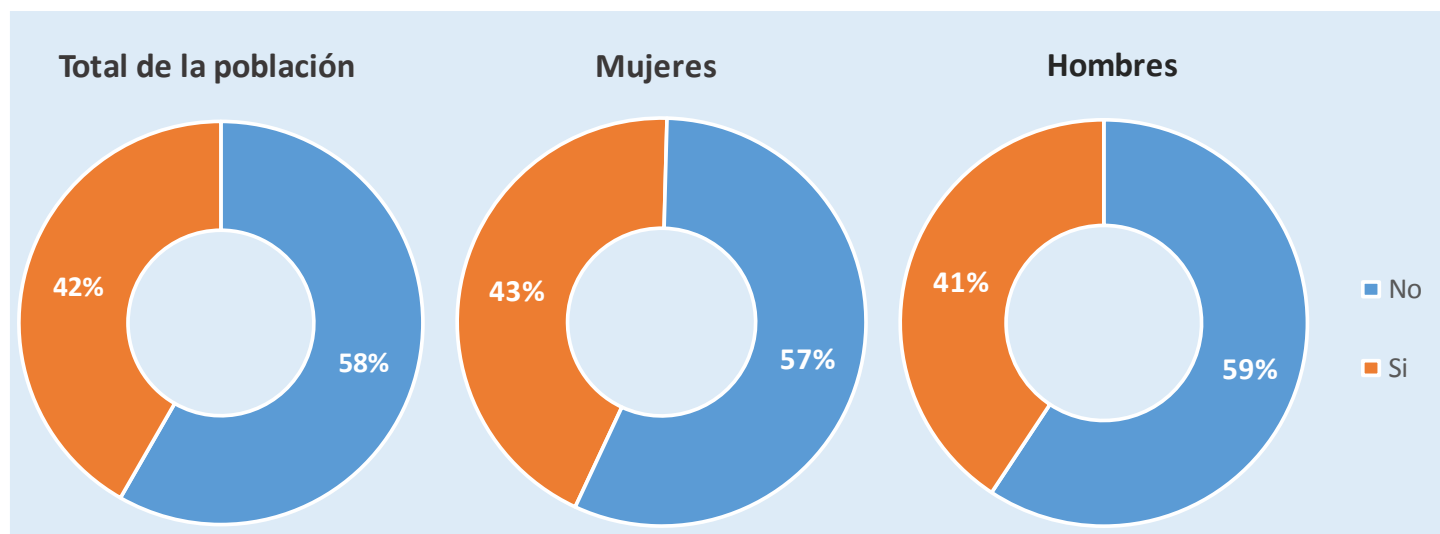
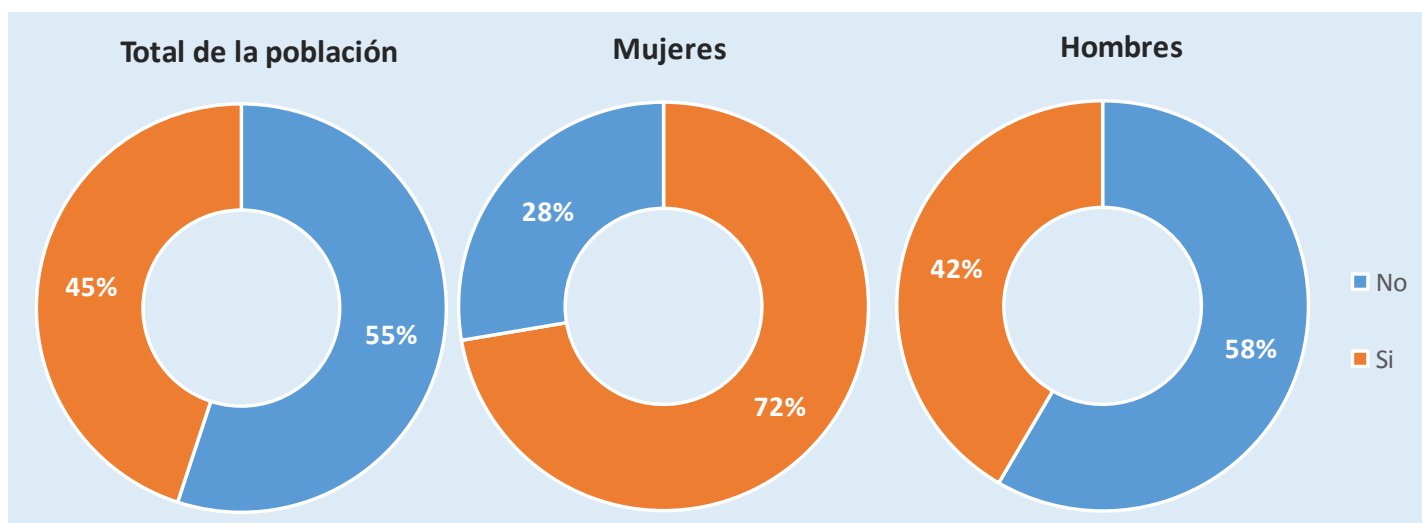


Gráfico 28. Porcentaje de personas que reporta abuso físico en la niñez y/o adolescencia, por sexo, año 2019.



En el caso de la violencia física en la edad adulta (18 años o más), el 41,7% respondieron afirmativamente, para los hombres fue del 40,7% y en las mujeres correspondió al 56,5%. En cuanto a la etapa de la niñez y la adolescencia, fue del 44,9% en el total de la población, para mujeres correspondió al 72,3% y en el caso de los hombres fue del 41,5%. En ambas etapas de la vida se evidencia como las mujeres estuvieron más expuestas a este tipo de violencia.

Es importante considerar, cómo la violencia física estuvo presente en una gran parte de la población, lo que nos refiere un contexto inmediato que valida la violencia física. (Cueva, 2012)

menciona que la violencia es una de las principales problemáticas que se presenta en la sociedad, donde: “Vemos a la violencia retratada en los niños abofeteados y abusados, en los cuerpos de mujeres asesinadas, en los adolescentes acosados dentro y fuera de la escuela, en las personas gravemente lesionadas en un asalto o en un secuestro, en las calles y plazas, en los levantamientos colectivos, en los enfrentamientos armados; pero, sobre todo, el rostro más triste es el que se dibuja por la violencia ejercida en el propio hogar, contra la propia familia” (p.102). (Cueva, 2012) menciona que la violencia tiene entre sus manifestaciones o secuelas las conductas autodestructivas que pueden terminar en suicidio, consumo de sustancias, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, entre otros.

Por lo tanto, es necesario que se considere, que esta situación afecta sobre la forma en la cual las personas se perciben y en cómo estas se relacionan con su entorno (establecimiento de relaciones interpersonales), de ahí la importancia de la identificación de estas situaciones para brindar un abordaje adecuado, que no se centre únicamente en la sustancia consumida.

Gráfico 29. Porcentaje de personas que reporta haber sido víctima de abuso sexual y/o violación en la edad adulta, por sexo, año 2019.

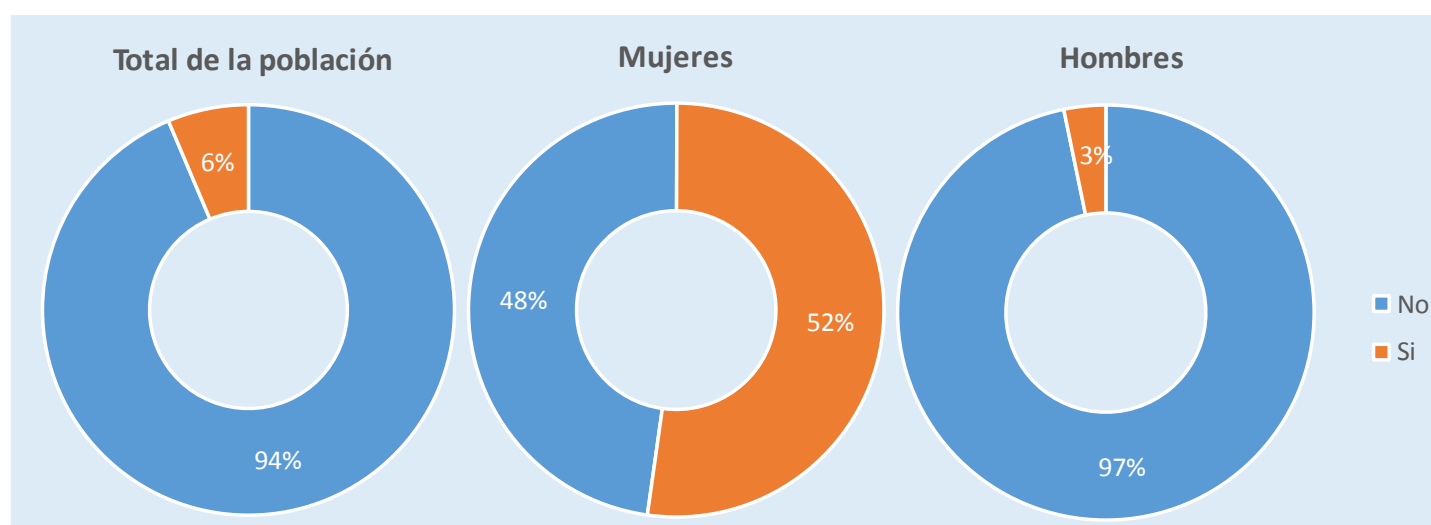
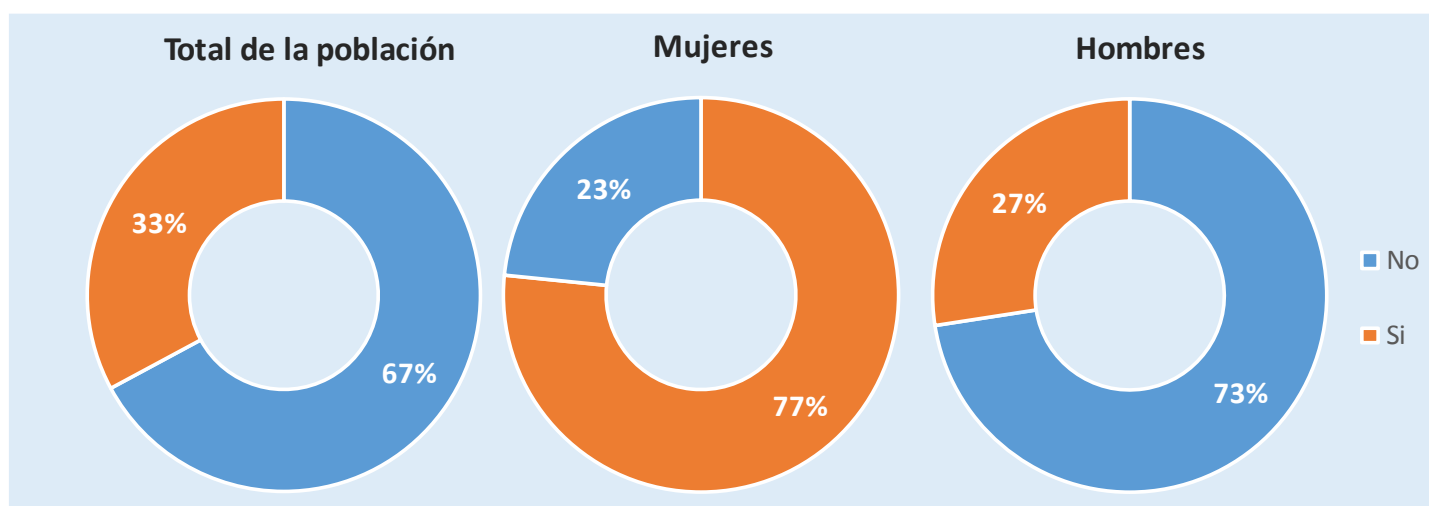


Gráfico 30. Porcentaje de personas que reporta haber sido víctima de abuso sexual durante la niñez y/o adolescencia, por sexo, año 2019.



El 52,1% de las mujeres entrevistadas comenta haber sido víctima de abuso sexual y/o violación durante su edad adulta (18 años o más), mientras que el 3,2% de los hombres reporta haber sido víctima de este tipo de abuso en esta etapa de la vida. Si se realiza una comparación con la etapa de niñez y adolescencia, se evidencia que el 35,9% de los varones fue víctima de este tipo de violencia durante su niñez y/o adolescencia, en el caso de las mujeres correspondió al 76,5%.

(Pérez & Mestre, 2013) recuperan una investigación realizada por Pérez, Lara y González (2010), quienes muestran que las mujeres que han estado en tratamiento por dependencia o sustancias psicoactivas, tienen una correlación significativa positiva entre el consumo de drogas y haber sufrido abuso sexual durante la infancia o la adolescencia. Igualmente, se rescata a Castilla y León, Redondo y Santos (2010), quienes mencionan que: el 30% de las mujeres en tratamiento tanto ambulatorio como residencial por problemas de adicción habían sufrido maltrato físico y maltrato psicológico el 44,9% y abusos sexuales el 18,4%. Los autores (2013) evidencian que hay una mayor incidencia de abusos sexuales durante la infancia entre las mujeres con problemas de adicción, que entre las mujeres que no presentan esta problemática. Aunado a lo anterior, (Meléndez, et al., 2015) mencionan que su estudio pone en evidencia la magnitud del abuso sexual durante la infancia y la relación de este a largo plazo sobre la salud, en especial en mujeres, en términos del uso de drogas ilícitas.

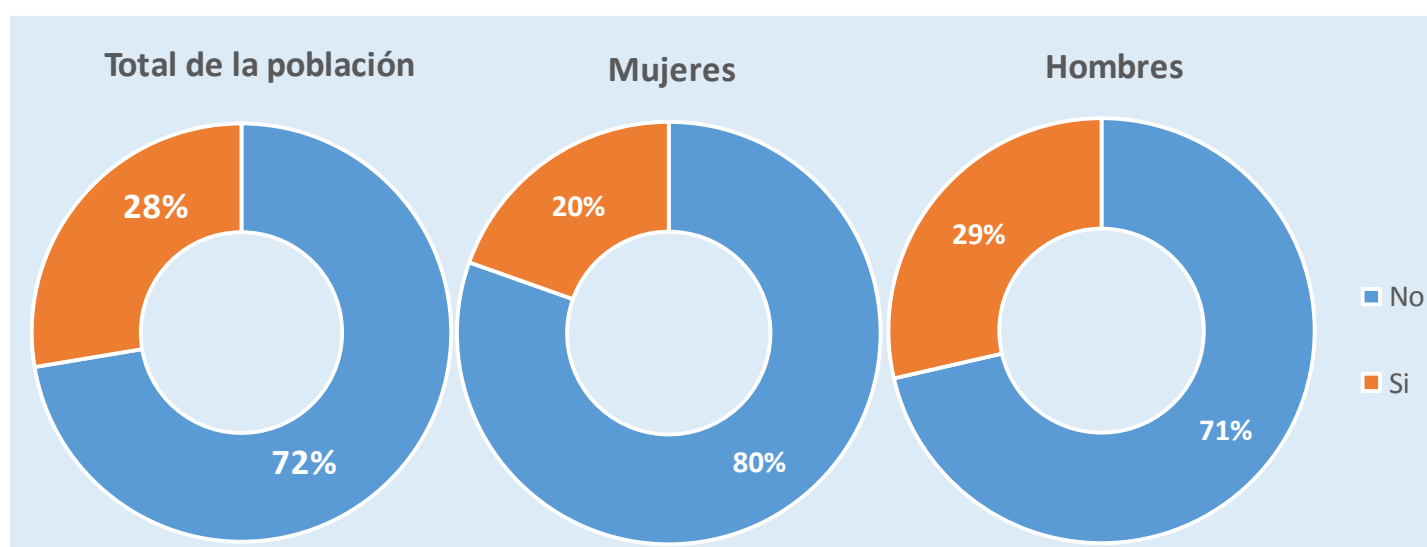
Además, de las personas que reportan como actividad económica la prostitución (trabajo sexual), el 83,3% había sido víctima de abuso sexual en su niñez y/o adolescencia y el 75% de las personas con este tipo de actividad económica son mujeres.

Es importante analizar este elemento a la luz de lo planteado por (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018), quien menciona que las mujeres pueden involucrarse en el

narcotráfico para el mantenimiento de su propio consumo, sin embargo otras mujeres se involucran debido a que son víctimas de la trata de personas, que incluye la explotación sexual. Además, se plantea que las mujeres que consumen drogas son más proclives a ser víctimas de violencia de género y la prevalencia de violencia en este grupo de mujeres, en entre dos y cinco veces más alta que la de las mujeres que no utilizan estupefacientes.

Los elementos mencionado anteriormente, tienen que ser un llamado de atención para las instituciones y/o organizaciones que laboran en el tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, en tanto es esencial que no sólo se trabaje sobre la sustancia consumida, sino sobre las diversas situaciones que permean la historia de vida de la población, que pueden ser determinantes en un adecuado proceso de rehabilitación.

Gráfico 31. Porcentaje de personas que reporta privación de libertad, por sexo, año 2019.



Del total de la población participante, el 27,6% reportó haber estado en privación de libertad, para los hombres correspondió al 28,6% y el para las mujeres 19,5%. Se consideró privación de libertad cuando la persona había estado más de 24 horas en una celda. Sería importante explorar, qué porcentaje de la población en tratamiento que estuvo privada de libertad, fue condenada por delitos asociaciones a la obtención de sustancias psicoactivas.

Diversos autores han ahondado en esta relación, (Esbec & Echeburúa, 2016) mencionan que hay una estrecha relación entre el uso de alcohol/drogas. El consumo de drogas no conduce inexorablemente a conductas delictivas, sin embargo, en algunas personas el exceso de alcohol/drogas está relacionado directamente con delincuencia. Los autores (2016) recuperan a Goldstein (1995) quien menciona los delitos más frecuentes cometidos por la población drogodependiente:

- a. Delitos debidos a los efectos farmacológicos directos o indirectos de la sustancia. Así, la cocaína es un activador del Sistema Límbico que está relacionado con la impulsividad

o agresividad y el alcohol inhibe las áreas cerebrales de autocontrol. Aquí se dan la mayoría de delitos violentos e imprudentes, pero también hay casos de delitos por omisión, como ocurre con los opiáceos o con el cannabis (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2010).

b. Delincuencia funcional o instrumental, generalmente contra la propiedad, cuya finalidad es obtener el dinero suficiente para sufragarse el consumo.

c. Delitos de narcotráfico a pequeña escala, cuyo objetivo es autoabastecerse de droga, pagar deudas y hacer frente a estados de penuria económica o de clara necesidad.

d. Delitos de narcotráfico a gran escala, que incluyen además casos de blanqueo de capitales, delitos fiscales, tráfico y posesión ilegal de armas, coacciones, homicidios, estafas, etc. De esta forma, la violencia puede ser una condición para resolver los conflictos jerárquicos entre quienes distribuyen las drogas, para dirimir las disputas de territorio entre bandas rivales o para llevar a cabo actos de venganza. (p.49)

Por lo tanto, es importante analizar las razones por las cuales la persona delinquirió, comprendiendo que son diversas las causas, y por ende su abordaje debe ser diferenciado. La relación droga-delito, debe ser un elemento a tomar en cuenta en tanto el historial de privación de libertad igualmente coloca a las persona en situación de exclusión, principalmente para la reinserción laboral.

Identificar las características personales de la población en proceso de internamiento por consumo de sustancias psicoactivas, orientando la intervención profesional.

Gráfico 32. Porcentaje de personas que considera que el consumo de alcohol tiene consecuencias negativas, año 2019.

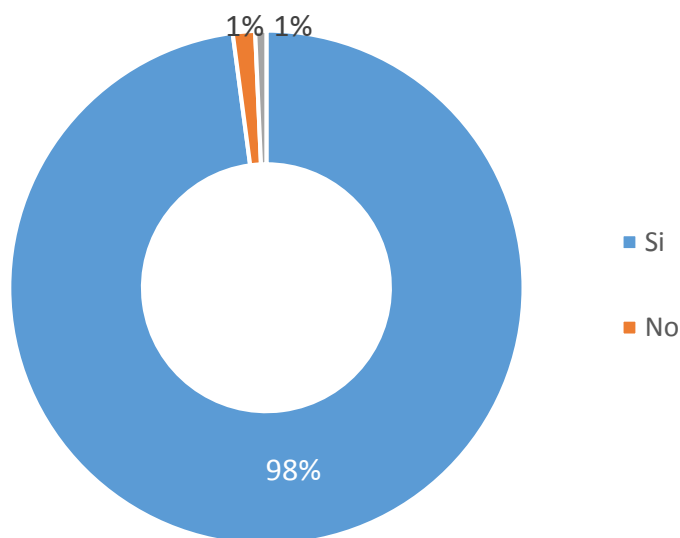
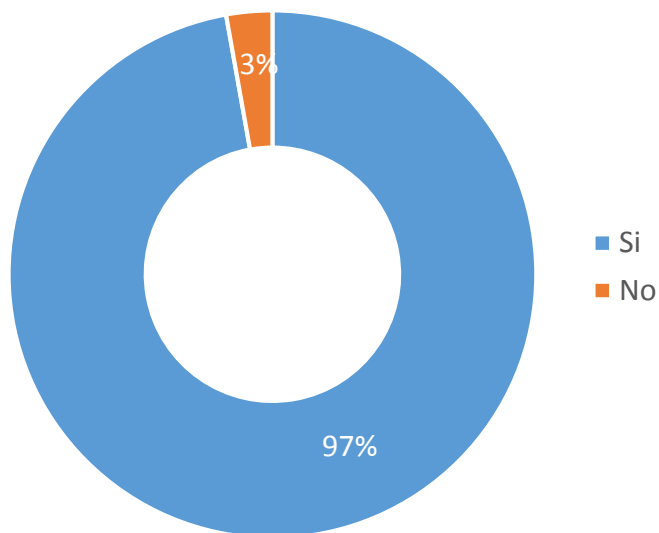


Gráfico 33. Porcentaje de personas que considera que el consumo de tabaco tiene consecuencias negativas, año 2019.



Se realizó la indagación con respecto a la percepción de riesgo que tenía la persona al momento de realizar el levantamiento de información referente tanto a sustancias legales como ilegales. Sin embargo, no se identifica si hubo un cambio en la percepción de riesgo que se tenía antes de su internamiento, partiendo del entendido, de que los centro de tratamiento trabajan

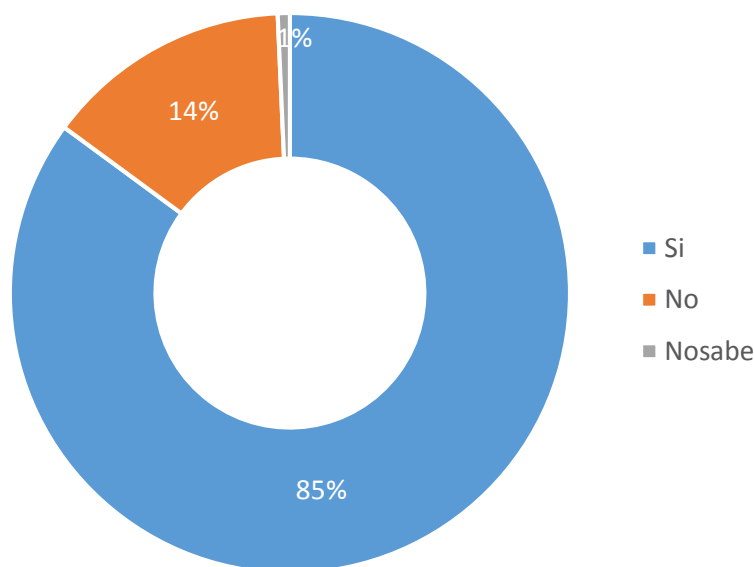
sobre la percepción del riesgo del consumo de las sustancias, a fin de que las personas comprendan no sólo el daño que generan las mismas en el cuerpo (salud mental y física), sino la forma en la cual estas afectan su entorno inmediato.

Con respecto a la percepción del riesgo de sustancias psicoactivas legales, un 98% de la población considera que el consumo de alcohol tiene consecuencias negativas y un 97% de las personas cree que el consumo de tabaco trae consecuencias negativas. Por lo tanto, aunque estas sustancias son consideradas como “legales”, en la población que estaba en tratamiento sí se identifica el riesgo del consumo de las mismas.

Es necesario comprender las enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, en tanto las mismas determinan la forma en la cual las personas actúan, a pesar de comprender las implicaciones que este consumo tiene. De ahí la importancia de que se realice un seguimiento continuo posterior a la salida de la persona, que permita una mayor contención y por ende, una facilitación del proceso de reinserción social.

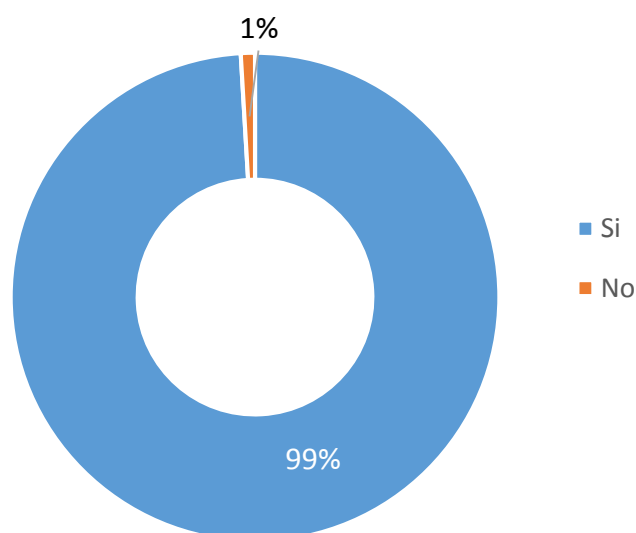
Se ha mencionado que la legalidad no conoce inocuidad, por lo tanto es necesario posicionar cómo el alcohol es no sólo una de las sustancias más consumidas, sino que más genera daños alrededor del mundo. La (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2019), refiere a la situación en América; donde el consumo per cápita es superior al promedio mundial. Además, en los últimos cinco años se ha incrementado la tasa de episodios de consumo excesivo, tanto en hombres como en mujeres. En las Américas, más de 300.000 muertes estuvieron relacionadas con el alcohol, en 80.000 de ellas el consumo de alcohol fue determinante. Por otra parte, se concibe que el consumo nocivo de alcohol es la causa principal de más de 200 tipos de enfermedades y lesiones y el responsable por la muerte de millones de personas al año en todo el mundo.

Gráfico 34. Porcentaje de personas que considera que hay drogas más perjudiciales que otras, año 2019.



Se preguntó a la población con respecto a si hay drogas más perjudiciales que otras, siendo que el 85% de la población tuvo una respuesta afirmativa, este aspecto evidencia que la población reproduce el discurso de las drogas blandas y duras¹⁸. A pesar de que no estaba en la entrevista, las personas afirmaban que había drogas más perjudiciales, por ejemplo el “crack”.

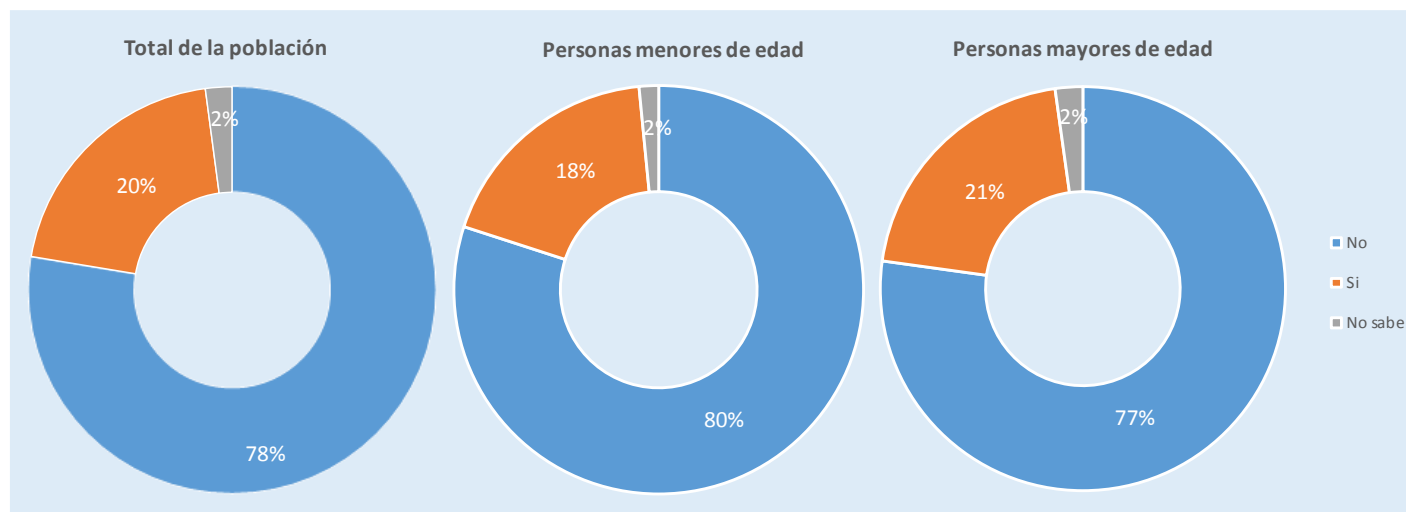
Gráfico 35. Porcentaje de personas que considera que el consumo de drogas tiene consecuencias negativas, año 2019.



El 99% de la población afirmó que las drogas tenían consecuencias negativas. Se debe considerar el contexto en el cual se encuentra la población entrevistada, comprendiendo que los centros de tratamiento trabajan por medio de charlas, capacitaciones, talleres, procesos terapéuticos, sobre la percepción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, elemento que puede permear esta respuesta, además, la mayoría de los centros (exceptuando los de personas menores de edad) tienen como requisito que la persona desee el proceso de tratamiento, y por tanto, presentan un deseo de rehabilitación.

¹⁸ Se consideran drogas duras aquellas que presentan mayores potenciales de adicción y que generan un efecto mayor en el cuerpo, por ejemplo la cocaína y los opioides (morfina, heroína). Las drogas percibidas como blandas, son aquellas que socialmente son consideradas como menos adictivas y con menores potenciales de adicción, por ejemplo los derivados del cannabis.

Gráfico 36. Porcentaje de personas que considera que el consumo de drogas tiene efectos positivos, año 2019.



Cuando se pregunta a la población sobre si hay drogas que tengan efectos positivos para la persona, un 20% de la población responde que sí. A pesar de que en la entrevista no se preguntaba cuáles drogas tenían efectos positivos, algunas de las personas que responden afirmativamente mencionan la marihuana como una sustancia que tiene efectos positivos.

Es importante considerar, tal y como lo menciona la (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2019), que la percepción de riesgo, se considera un factor importante en la decisión del consumo de drogas. Los datos denotan que a medida que disminuye la percepción del riesgo, el uso de drogas tiende a aumentar. Por ejemplo, la mayoría de los países donde el 20% o menos de los estudiantes de enseñanza secundaria percibieron el uso ocasional de cannabis como riesgoso, la prevalencia de consumo en el último año superó al 15%.

En el Gráfico 36, es necesario evidenciar, cómo el 18% de la población menor de edad considera que las drogas tienen efectos positivos, aspecto que debe ser abordado tanto por el Ministerio de Educación Pública, como por otras entidades que trabajan con personas menores de edad y con prevención del consumo de drogas, en tanto el trabajo preventivo no está siendo suficiente, y las personas menores de edad están iniciando su consumo, y considerando que hay drogas con efectos positivos.

Gráfico 37. Porcentaje de personas que reporta tener un diagnóstico de depresión, año 2019.

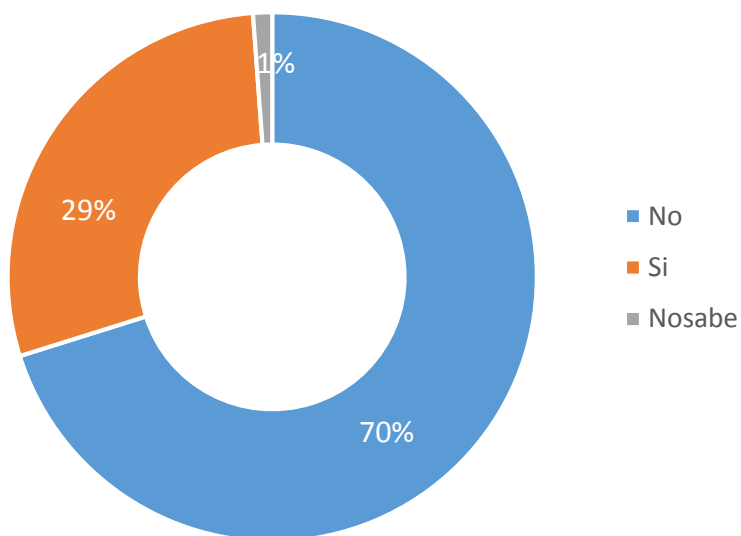
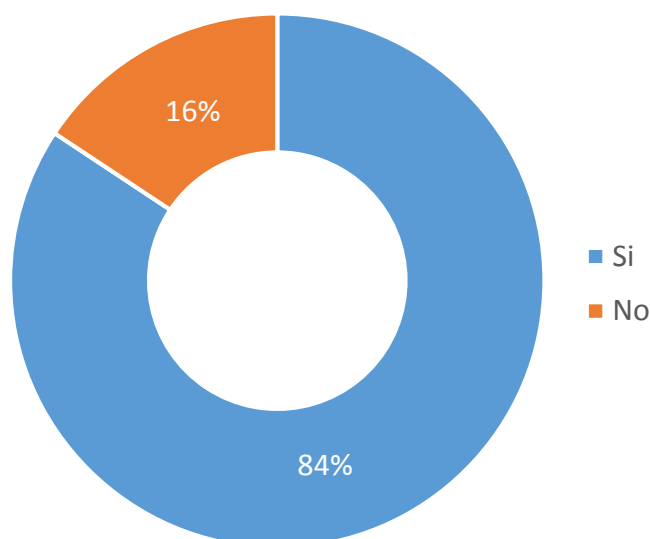


Gráfico 38. Porcentaje de personas que considera haber tenido síntomas de depresión, año 2019.



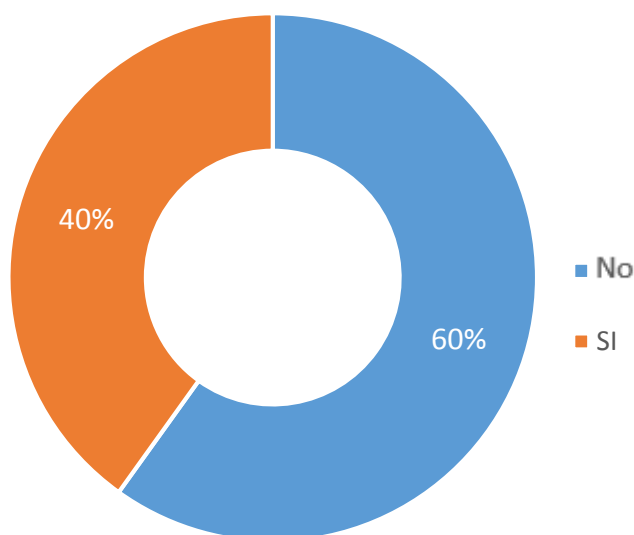
Al preguntar a la población si habían tenido síntomas de depresión, el 84% de la población responde afirmativamente, sin embargo, cuando se pregunta con respecto a un diagnóstico de depresión, únicamente el 29% de la población responde afirmativamente. Del porcentaje de personas que reportan tener un diagnóstico de depresión, el 68,2% de la población mencionó tener un seguro médico. Para el aspecto de diagnóstico de depresión, deben considerarse varios elementos, entre ellos el acceso a servicios de salud de la población participante, por ejemplo, el considerar que el 34% de la población estaba en situación de

callejización¹⁹, además de que socialmente la salud mental no se considera una prioridad, por lo que normalizan y/o naturalizan elementos como la sintomatología de la depresión.

Debe analizarse este elemento de la mano con la patología dual (Arribas, 2018) recupera a la Organización Mundial de la Salud, (2010) quien define la patología dual o comorbilidad psiquiátrica como la concurrencia, coexistencia o concomitancia de un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y otro trastorno psiquiátrico, en el mismo individuo. La autora (2018) señala que la evidencia científica ha demostrado que la patología dual es la regla y no la excepción.

Este aspecto denota la importancia de que las personas con una enfermedad mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, tengan acceso a los diversos servicios de salud que ofrece el país, a fin de que se brinde un tratamiento integral, el cual responda a las necesidades y características de la persona; dejando de lado el enfoque centrado únicamente en el consumo o/y en la sustancia consumida.

Gráfico 39. Porcentaje de personas que reporta "salir de fiesta" entre sus actividades en el tiempo libre, año 2019.



A las personas participantes se les dio una lista con 12 actividades, y se les preguntó en los últimos 6 meses cuáles realizaban en el tiempo libre. Entre esas actividades se incluyeron: ver televisión, ir al cine, jugar videojuegos, escuchar música, leer, navegar por internet, hacer deporte y/o actividad física, salir de fiesta, compartir con la familia, pasar tiempo con los amigos, actividades culturales y voluntariado.

Para el caso de la opción “salir de fiesta²⁰”, el 40% de la población afirmó que esta actividad formaba parte de su cotidianidad. Es importante mencionar, que algunos centros de tratamiento son de larga estancia (6 meses, 1 año, 2 años, etc), por lo que puede que esta actividad

¹⁹ De la población en situación de callejización, el 27,0% reportó tener un diagnóstico de depresión.

²⁰ En la encuesta se consideró como la asistencia a bares y discotecas.

sí formara parte de las actividades cotidianas de la persona antes de estar en internamiento, pero por considerarse únicamente los últimos 6 meses, este aspecto se invisibilizara.

La actividad “salir de fiesta” se comprende como un factor de riesgo no sólo para un consumo problemático de sustancias psicoactivas, sino para un proceso exitoso de rehabilitación, en tanto algunos espacios físicos se consolidan como un espacio de consumo, exponiendo así a la persona a la disponibilidad de la sustancia. De ahí la importancia del cambio de hábitos en el individuo que se encuentra en proceso de rehabilitación, orientando sus actividades a elementos que las alejen del consumo y se centren en una reinserción educativa y laboral, que favorezca el desarrollo integral de la persona.

Gráfico 40. Porcentaje de personas según tipo de autoestima de acuerdo a la Escala de Autoestima de Rosenberg, por sexo, año 2019.

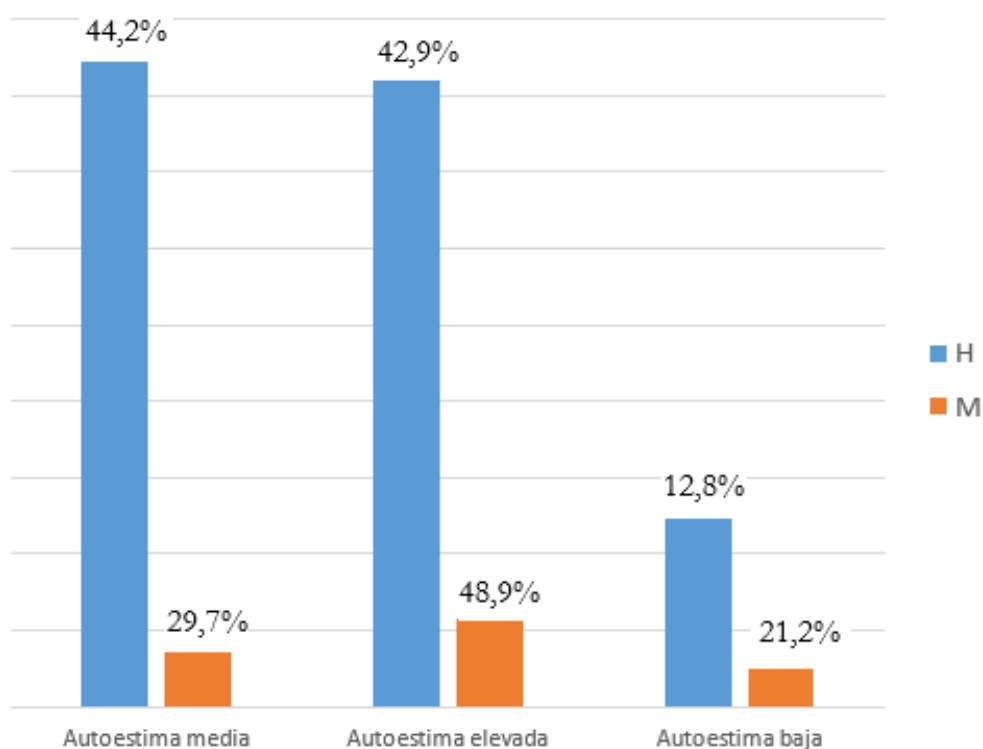
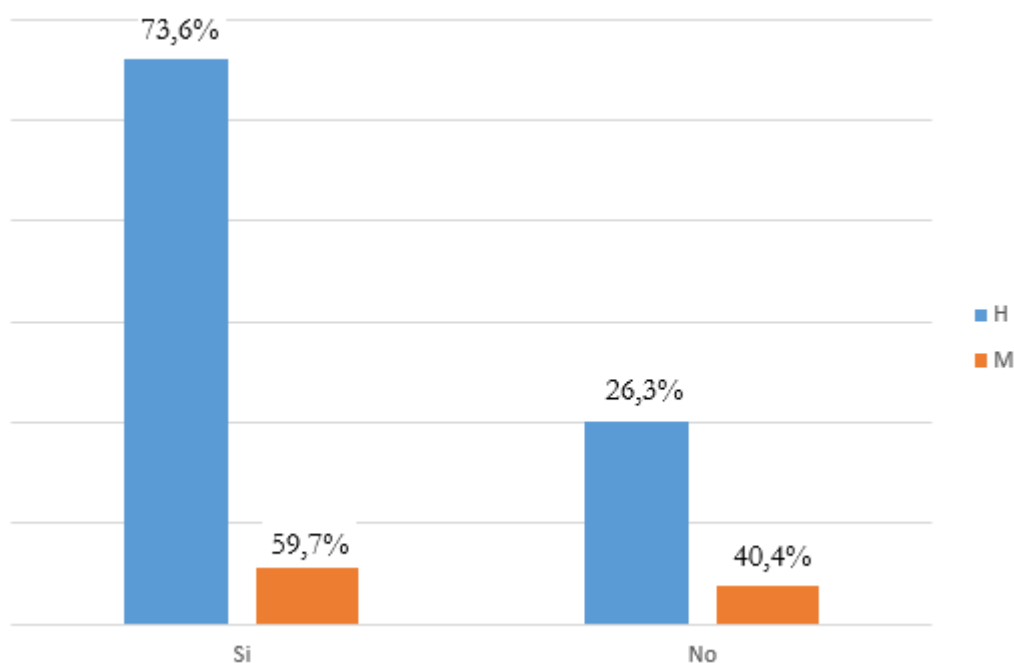


Gráfico 41. Porcentaje de personas que reporta tener una buena autoestima, por sexo, año 2019.



Para identificar la autoestima de la población participante se utilizó la Escala de Rosenberg, la cual consta de 10 preguntas, donde las posibles respuestas son: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo. El 44,2% de los hombres tiene una autoestima media, únicamente el 12,8% de los hombres tiene una autoestima baja. En el caso de las mujeres el 48,9% tiene una autoestima alta, y el 21,2% de las mujeres tienen una autoestima baja.

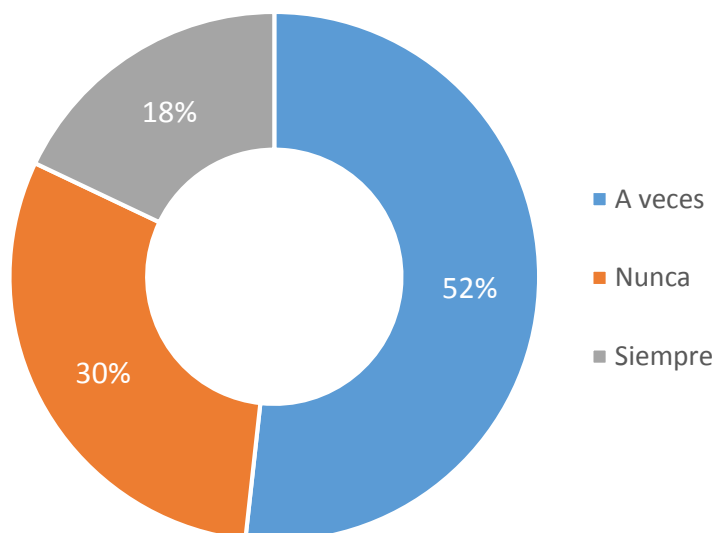
Cuando se le pregunta a las personas participantes sobre si consideran que tienen una buena autoestima, el 73,6% de los hombres responde afirmativamente, mientras que en el caso de las mujeres corresponde al 59,5%.

Se ha asociado una baja autoestima con el consumo de sustancias psicoactivas. (Armendáriz, Rodríguez, & Guzmán, 2008) mencionan que los adolescentes que no consumen alcohol y tabaco muestran niveles de autoestima más altos que los que han consumido estas sustancias. (Álvarez, Alonso, & Guidorizzi, 2010) colocan que a mayor nivel de autoestima, mayores mecanismos de defensa ante el consumo de alcohol.

Es necesario considerar, que los centros de tratamiento suelen trabajar el empoderamiento personal como un insumo para el desarrollo de un proceso de rehabilitación exitoso, por lo tanto, existe la posibilidad de que los datos estén mediados por este aspecto. En efecto, el trabajo sobre la percepción que tienen las personas sobre sí mismas, es básico para una toma de decisiones orientada al desarrollo de un proyecto de vida saludable, de ahí la necesidad

de trabajar sobre los factores personales no sólo en los centros de tratamiento, sino continuar los procesos terapéuticos posterior a la salida de las personas.

Gráfico 42. Porcentaje de personas que reporta tener dificultad para controlar el enojo, año 2019.



Cuando se pregunta elementos referentes a las características personales de las personas participantes, específicamente correspondiente a tolerancia a la frustración, es posible evidenciar que el 17,9% de la población refiere “siempre” tener dificultad para controlar el enojo, la mayoría de la población (51,7%) se ubica en “a veces”. (Contreras, Molina, & Cano, 2012) mencionan que en el consumo de tabaco, cocaína y cannabis, se identifican déficits tanto en la tolerancia a la frustración como en el autocontrol. Se posiciona que la baja tolerancia a la frustración funge como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

Por lo tanto, es necesario el abordaje de estos elementos no sólo en los centros de tratamiento, sino posterior al egreso de la población, considerando que un inadecuado manejo de las emociones por parte de la población, puede tener implicaciones negativas en la reinserción social, laboral y educativa de las personas.

Gráfico 43. Porcentaje de personas que reporta que es capaz de reírse de sus fracasos, año 2019.

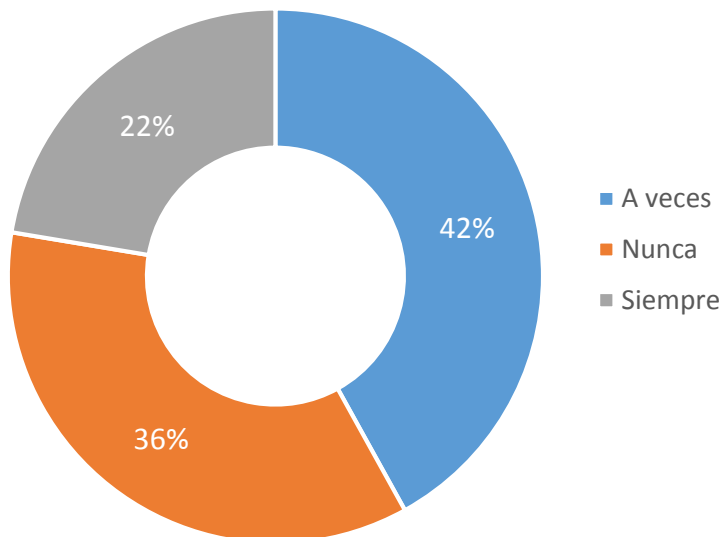
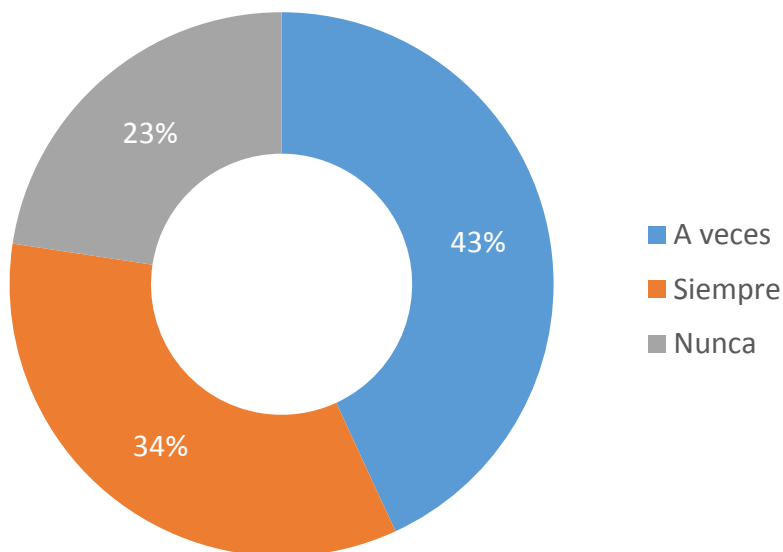


Gráfico 44. Porcentaje de personas que reporta que es capaz de superar los fracasos, por sexo, año 2019.



En cuanto a la pregunta de si es capaz de reírse de los fracasos, el 35,6% de la población responde “nunca”. La mayoría de la población (41,9%) se ubica en la categoría de “a veces”. Nuevamente, se evidencia la necesidad de abordar factores relacionados a la personalidad de las personas que se encuentran en tratamiento por consumo de drogas, a fin de facilitar la reinsección social de este grupo poblacional, y permitir que las personas conciban sus fracasos no exclusivamente como “errores” o elementos negativos, sino como aprendizajes a tomar en

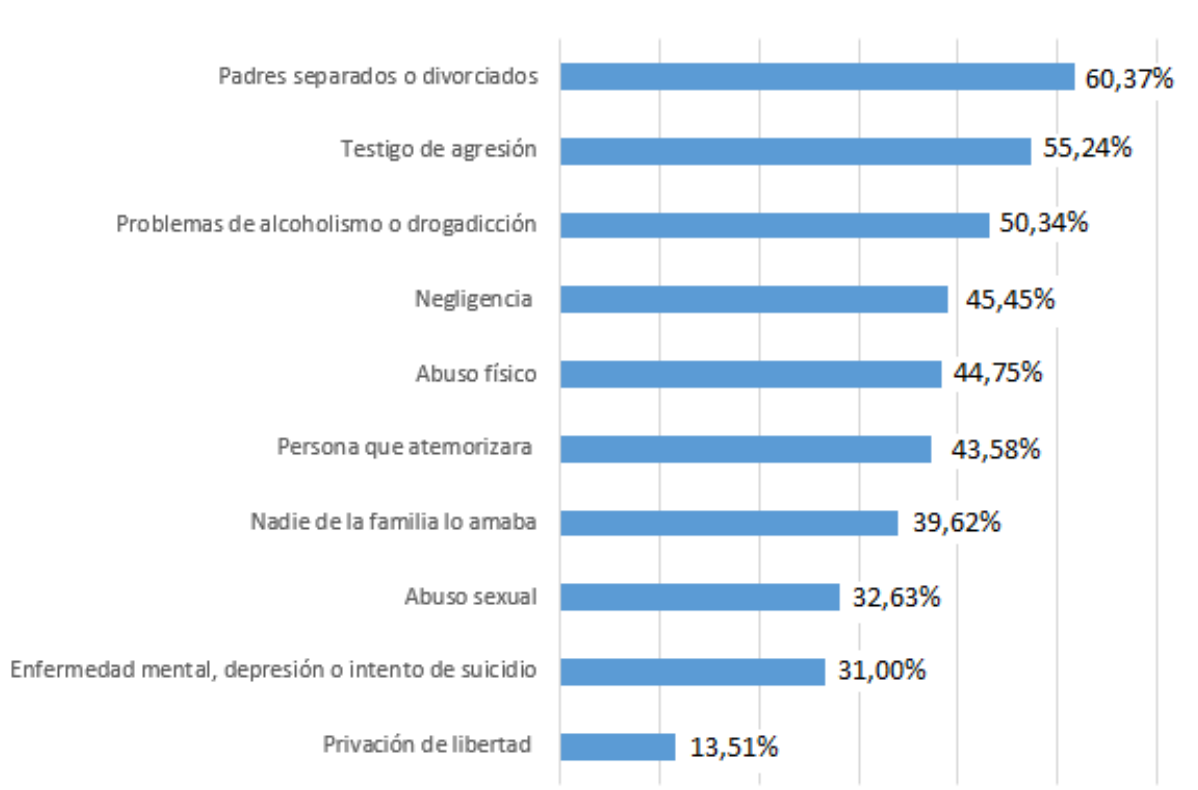
consideración para la construcción de un proyecto de vida que facilite el desarrollo social, económico y laboral de la persona.

En lo referente a la capacidad de reírse de sus fracasos, la mayoría de las personas (43,1%) reporta la opción “a veces” y el 22,6% de la población considera que “nunca” puede reírse de los fracasos.

Ambas variables evidencian que las personas requieren de un trabajo constante con respecto a la forma en la cual se perciben, aspecto que debe ser un elemento que se trabaje continuamente, donde no se culpabilice a la persona de su situación, pero sí se le responsabilice de la misma, favoreciendo que las personas asuman las consecuencias de sus acciones, pero generando nuevas estrategias para que estas situaciones no sean repetidas.

Exponer las experiencias adversas en la niñez y adolescencia vividas por las personas que se encuentran en proceso de tratamiento, brindando líneas de atención puntuales a los procesos de atención profesional.

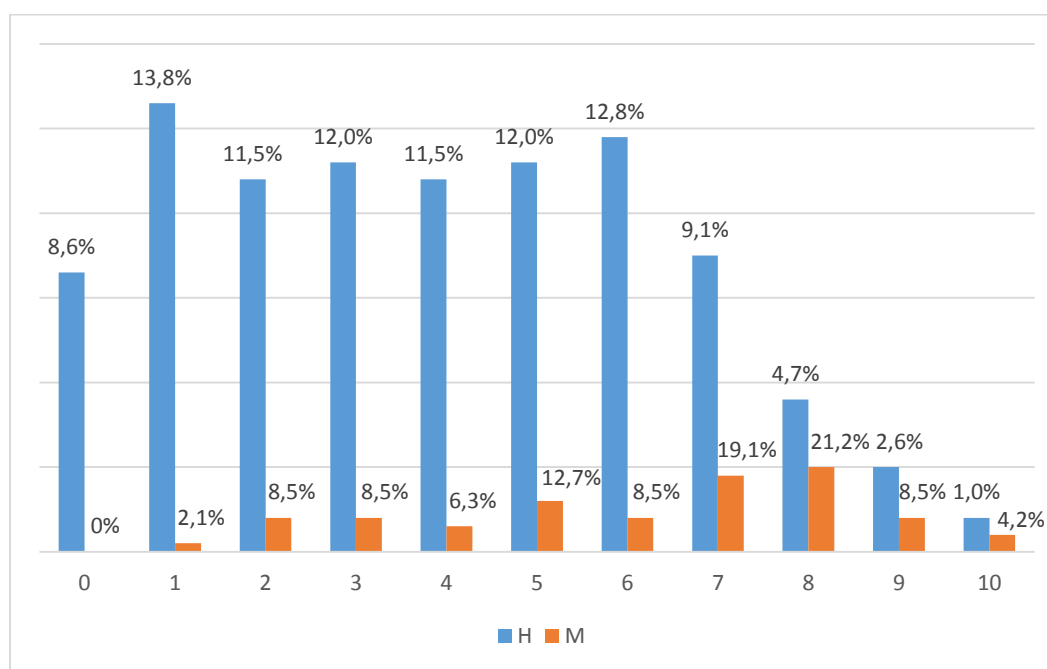
Gráfico 45. Porcentaje de personas que responde afirmativamente, en el Test de Experiencias Adversas en la Niñez y Adolescencia, según variable, año 2019.



El Test de Experiencias Adversas en la Niñez y Adolescencia, consta de 10 preguntas, donde las opciones de respuesta son sí y no; para efecto de la presente investigación se agrega la

opción no sabe/no responde. Las preguntas donde hubo mayor población que respondiera afirmativamente corresponde a: padres separados o divorciados (60,3%), haber sido testigo de agresión en el hogar (55,2%) y vivir y/o convivir con una persona con problemas de alcoholismo y/o drogadicción (50,3%). Se evidencian contextos familiares con ciertas problemáticas sociales, que pueden configurar la forma en la cual la persona se construye y consolida, partiendo del entendido que la familia es la primera institución socializadora, y que por ende, lo que se vivencie en esta etapa es clave en la definición del individuo.

Gráfico 46. Porcentaje de personas según respuestas afirmativas del Test de Experiencias Adversas en la Niñez y Adolescencia, según sexo, año 2019.



En cuanto a la cantidad de respuestas afirmativas en el Test de Experiencias Adversas en la Niñez y la Adolescencia, la mayoría de los hombres se sitúa en 1 experiencia adversa, en el caso de las mujeres, este número se eleva y la mayoría de ellas reporta 8 experiencias adversas. Básicamente, el Test plantea que a mayor cantidad de situaciones adversas (independientemente de cuál sea) mayor condición de vulnerabilidad. Por tanto, con la población participante, es el grupo de las mujeres quien se encuentra en mayores condiciones de vulnerabilidad para la edad adulta.

Según (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018), posterior a situaciones adversas en la niñez y adolescencia; las mujeres están más propensas a sufrir depresión y ansiedad, mientras que los hombres reportan más problemas del comportamiento de externalización, como el trastorno de conducta, hiperactividad por déficit de atención y trastorno de personalidad antisocial. Además, las mujeres con trastornos por usos de sustancias tienen

altas tasas de trastorno de estrés postraumático y pueden también haber experimentado situaciones adversas en la niñez, como la negligencia, abuso o abuso sexual.

(United Nations Office on Drugs and Crime, 2018) menciona que las experiencias adversas en la niñez están asociadas con una mayor probabilidad de inicio del uso de sustancias a una edad temprana, y pueden generar emociones negativas como la culpa, vergüenza y autodevaluación. De ahí la importancia de que se genere no sólo un abordaje con las personas que ya se encuentran consumiendo sustancias psicoactivas, sino que desde primera infancia se trabaje con las familias, a fin de generar entornos que desarrollen la seguridad y una percepción positiva en los niños y niñas.

Caracterizar los contextos geográficos en los cuales se desarrolló la población que se encuentra en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, reconociendo una posible relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 4. Cantidad de personas según cantón donde habitaban antes de estar en internamiento, año 2019.

Cantón	Número de personas	Cantón	Número de personas
San José	65	Garabito	3
Desamparados	26	Flores	3
Alajuela	20	Turrialba	3
Heredia	18	Santo Domingo	3
Alajuelita	16	Aserri	3
San Carlos	16	Coto Brus	3
Goicoechea	14	San Pablo	3
Pérez Zeledón	13	Osa	2
Puntarenas	12	Guácimo	2
Cartago	10	Atenas	2
Limón	9	Carrillo	2
Escazú	9	Belén	2
La Unión	9	Moravia	2
Siquirres	8	Tilarán	2
Tibás	8	Corredores	2
Liberia	8	Naranjo	2
Paraíso	8	Abangares	2
Curridabat	7	Nicoya	1
Santa Ana	7	Talamanca	1
Coronado	6	Sarchí	1
San Ramón	6	Orotina	1
Oreamuno	6	Alfaro Ruiz	1
Montes de Oca	5	Barva	1
San Isidro	5	Acosta	1
Grecia	5	Palmares	1
Buenos Aires	5	Mora	1
Matina	5	Turrucares	1
El Guarco	5	Tarrazú	1
San Rafael	4	Santa Bárbara	1
Aguirre	4	León Cortez Castro	1
Pococí	4	Santa Cruz	1
Esparza	4	Golfito	1
Poás	4	Dota	1
Sarapiquí	3	Los Chiles	1

El consumo de sustancias psicoactivas no se expresa de la misma manera en todos los espacios geográficos, pues está determinado por múltiples elementos, que van desde aspectos economicos, hasta culturales. Como lo mencionan (Guelman & Ahumada, 2018), las practicas de consumo de drogas no son iguales en todos los lugares o contextos, sino que presentan diferencias según la región, barrio, ciudad, donde se llevan a cabo. En diversos espacios, pueden consumirse drogas distintas y el consumo puede presentar patrones heterogéneos en lo que respecta a la intensidad, la frecuencia, las vías de administración y las formas en las que se usan las sustancias psicoactivas. Además, este consumo puede darse en diversos contextos, escenas de uso o situaciones, en espacios organizados por los propios usuarios para para llevar las prácticas de consumo, de manera individual o en grupo, en una casa, bar o discoteca, o diversos espacios de sociabilidad nocturna. Cada uno de estos contextos y situaciones expone a la persona a riesgos de distinta índole o a niveles diversos de vulnerabilidad.

La población participante se encuentra ubicada a lo largo del país (se preguntó donde vivía antes de estar en proceso de internamiento). A pesar de esto, los cantones donde se reporta mayor cantidad de población corresponden a: San José (15,7%), Desamparados (6,3%) y Alajuela (4,8%). Es importante analizar a estos 3 cantones, a la luz de lo que propone el Índice de Progreso Social (2018) y otras variables, las cuales posicionan determinadas características se exclusión y vulnerabilidad.

San José, se encuentra en el Ranking Cantonal 60, donde se presentan problemáticas en los siguientes temas: muerte por enfermedades infecciosas ²¹(2,847), alta tasa mortalidad materna²² (5,6), baja matriculación en educación secundaria ²³(75,28), bajo derecho a la propiedad privada ²⁴(59,04), mala calidad de la vivienda ²⁵(1,40), alta tasa de muerte por infecciones respiratorias agudas ²⁶(20,8), alta tasa de mortalidad por enfemedades no contagiosas ²⁷(257,14), alta criminalidad percibida ²⁸(717.66), alta tasa de homicidios ²⁹(16,13), importante número de desastres naturales ³⁰(4) y baja cobertura forestal ³¹(1). Estos aspectos nos definen ciertas características que fueron identificadas en los facotres sociodemográficos, detonando en la población en estudio, características que corresponden al contexto en el cual se desarrollan.

²¹ Tasa de defunciones por infecciones por cada 10000 habitantes. (Ministerio de Salud).

²² Muertes por maternidad por cada 100 000 habitantes. (INEC).

²³ Porcentaje de asistencia en edades de 13 a 17 años a centros de estudio. (Ministerio de Educación Pública).

²⁴ Porcentaje de viviendas propias pagadas o por pagar. (Cálculo realizado para el IPS, con datos del Censo 2011, INEC)

²⁵ Porcentaje de viviendas tipo tugurio. (Censo 2011, INEC).

²⁶ Tasa de mortalidad por IRA por cada 100000 habitantes. (Ministerio de Salud)

²⁷ Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, alcoholismo por cada 100 000 habitantes (Ministerio de Salud).

²⁸ Tasa de robos y asaltos cometidos a personas por cada 100 000 habitantes. (Cálculo realizado para el IPS, con información del SISVI).

²⁹ Tasa de mortalidad por homicidios por cada 100 000 habitantes. (Ministerio de Salud).

³⁰ Número de desastres naturales por año en zonas habitadas (Estado de la Nación y CNE)

³¹ Porcentaje de cobertura forestal por kilómetro cuadrado. (Cálculo realizado para el IPS, con datos del SINAC, CENIGA).

El IAFA (2015) plantea que para el año 2015, en San José, las personas necesitadas de tratamiento por consumo problemático³² de alcohol entre residentes de 12 a 70 años en hogares, era del 10% y para drogas ilegales correspondió al 5,3%. Además, las personas que consumieron en el último año con qué frecuencia toma 5 o más tragos por ocasión, en el 2015 fue del 15,6%. En San José, las prevalencias de consumo por vida, año y mes de cocaína en el año 2015 correspondió respectivamente a 8%, 1,7%, 1,7%. Para crack, respectivamente fue de 3,0%, 0,4% y 0,0%.

Según el ICD, en el 2018, en San José se dieron 264 eventos³³ de cocaína en donde se se decomisó 2,1kg de dicha sustancia, 376 eventos de crack, para un total de 4768 piedras y 1833 eventos de marihuana para un total de 3,5kg de esta planta. Además, el ICD (2018) menciona que en San José, en el año 2017, se incautaron 349 plantas de cannabis, para un total de 4 plantaciones.

Es importante mencionar, que a pesar de que en ocasiones el lugar de producción y/o comercialización no siempre es el lugar de consumo, refleja una problemática en la zona, en tanto hay personas en este cantón involucradas en la producción y tráfico. Por lo tanto, la información anterior nos evidencia la problemática relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, y ubica en un contexto específico de riesgo a la población que reportó este cantón como lugar de habitación.

En el caso de Desamparados, se ubica en el Ranking Cantonal 46, donde se identifican las siguientes problemáticas: alta intensidad en el déficit alimentario ³⁴(36,97), baja libertad de ³⁵asociación (46,54), baja rendición de cuentas ³⁶(33,3), baja calidad de la vivienda(0,54), alta tasa de suicidio ³⁷(22), baja inclusión de hogares con jefatura femenina ³⁸(31,06), alta criminalidad percibida (189,40), una alta cantidad de desastres naturales (4) y baja cobertura forestal (2).

El IAFA (2015) plantea que para el año 2015, en Desamparados, las personas necesitadas de tratamiento por consumo problemático de alcohol entre residentes de 12 a 70 años en hogares, era del 14,9% y para drogas ilegales corresponde a 3,5%. Además, las personas que consumieron en el último año con qué frecuencia toma 5 o más tragos por ocasión, en el 2015 fue del 18,3%. En Desamparados, las prevalencias de consumo por vida, año y mes de cocaína en el año 2015 correspondieron respectivamente a 9,1%, 2,7%, 0,9%. Para crack, respectivamente fue de 1,6%, 0,0% y 0,0%.

³² No incluye personas en situación de callejización

³³ Decomisos de drogas

³⁴ Tasa de incidencia de desnutrición por cada 100 000 habitantes. (Ministerio de Salud).

³⁵ Número de grupos o asociaciones comunitarios por cada 100 000 habitantes. (Cálculos propios con información de DINADECO).

³⁶ Existencia de mecanismos de rendición de cuentas en el gobierno municipal. (Contraloría General de la República).

³⁷ Tasa de suicidio por cada 100 000 habitantes. (Ministerio de Salud).

³⁸ Porcentaje de hogares con jefatura femenina que residen en tugurios. (Cálculo propios con información del Censo 2011, INEC).

Según el ICD, en el 2018, en Desamparados se dieron 40 eventos de cocaína, para un total de 0,038 kg de cocaína, 56 eventos de crack, en total 972 piedras, 174 eventos de marihuana, lo que representa 0,5771 kg de marihuana, evidenciando la oferta de este tipo de sustancias en la zona. Nuevamente, se posiciona, que el contexto es un espacio que influye en la vivencia y en la cotidianidad de la persona usuaria, y por tanto puede fungir como factor de riesgo o factor de protección.

Por último, Alajuela se encuentra en el Ranking Cantonal 45, donde se presenta una alta tasa de mortalidad infantil ³⁹(6,87), una baja matriculación en educación secundaria (75,34), una alta tasa de mortalidad por enfermedades no contagiosas (189,69), una alta cantidad de desastres naturales (5) y una baja cobertura forestal (2).

El IAFA (2015) plantea que para el año 2015, en Alajuela, las personas necesitadas de tratamiento por consumo problemático de alcohol entre residentes de 12 a 70 años en hogares, era del 8% y para drogas ilegales fue de 1,1%. Además, las personas que consumieron en el último año con qué frecuencia toma 5 o más tragos por ocasión, en el 2015 fue del 12,5%. En Alajuela, las prevalencias de consumo por vida, año y mes de cocaína en el año 2015 correspondieron respectivamente a 5,1%, 0,4%, 0,0%. Para crack, respectivamente fue de 2,7%, 0,0% y 0,0%.

Según el ICD, en el 2018, en Alajuela se dieron 34 eventos de cocaína, para un total de 1,776 kg de cocaína, 73 eventos de crack, 2593 piedras en total y 242 eventos de marihuana, lo que representa 6,0249 kg de marihuana, nuevamente se expresa la oferta de este tipo de sustancias en el cantón.

Debe comprenderse, que el cantón de San José presenta una importante heterogeneidad, en tanto, para algunos grupos poblacionales representa únicamente un lugar de paso, pues este cantón comunica otros cantones de la provincia de San José, considerando que si se viaja en transporte público del oeste al este, o viceversa, es necesario(en la mayoría de las ocasiones) atravesar este cantón.

En San José se ubican hospitales nacionales, entidades bancarias, una importante cantidad de instituciones públicas y entidades privadas, generando que a nivel económico sea productivo, pero que en otros ámbitos, genere problemáticas sociales, como la inseguridad, en tanto se encuentran focos geográficos⁴⁰ donde se presentan múltiples problemáticas sociales, por ejemplo el consumo de sustancias psicoactivas, la venta y tráfico de drogas, prostitución y personas en situación de callejización.

Debe considerarse que del total de la población que vivía en condición de callejización (144 personas), 40 personas reportan el cantón de San José, lo que representa el 27,7% de la población en situación de callejización y si se considera únicamente a la población que reporta como cantón de residencia San José, el 61,5% de la población vivía en situación de callejización; este es el cantón donde según los resultados, se ubican mayores personas que viven en la calle,

³⁹ Tasa de mortalidad infantil por cada 1000 habitantes. (Caja Costarricense de Seguro Social)

⁴⁰ Por ejemplo, el espacio geográfico denominado “La Coca Cola”.

seguido por Alajuelita con el 6,9%, en tercer lugar Desamparados y Heredia, ambos con un 5,5%. Por lo tanto, se observa que la problemática social que refiere a población en situación de callejización, se ubica en dos de los tres cantones que fueron reportados por la mayoría de las personas. Esto a la vez genera un contexto específico, donde las condiciones de vulnerabilidad suelen ser más evidentes y concretas.

Conclusiones

A partir de la información recopilada en las 429 personas entrevistadas en organizaciones no gubernamentales que cuentan con autorización por parte del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, es posible identificar ciertos elementos con respecto a la población que se encontraba recibiendo tratamiento al momento del levantado de la información.

La población entrevistada, según la moda, tiene 17 años. Quienes se encuentran en los centros de tratamiento, son mayoritariamente hombres, solteros, costarricenses y que habitan en la provincia de San José. La mayoría de personas entrevistadas habitan en viviendas propias.

Es necesario evidenciar que el 11% de la población reportó que sus hogares estaban hechos de materiales de desecho, mientras que el 8% de las personas reportó que vivían en condiciones de hacinamiento. Estos aspectos reflejan que una parte de la población se encuentra en mayores condiciones de vulnerabilidad, en tanto las condiciones de vivienda posicionan a las personas en distintas situaciones de riesgo, una de las principales el desalojo. Igualmente, las condiciones de vivienda pueden ser aspectos que interfieran en la salud mental y física de las personas, partiendo de un enfoque de salud integral.

Los empleos informales, los cuales se encuentran contemplados en el 53% de la población que reporta trabajar por cuenta propia o servicios profesionales, colocan a las personas en mayores condiciones de vulnerabilidad, partiendo del entendido de que el subempleo y la informalidad ubican a las personas en espacios donde no se cuenta con los derechos laborales, y la pérdida del trabajo se coloca como una posibilidad que forma parte del día a día; aunado al hecho de que en esta categoría se ubican las personas que reportaron actividades delictivas (11,1% de la población total) y las personas que ejercían la prostitución, quienes se exponen a otro tipo de condiciones de vulnerabilidad, por ejemplo la privación de libertad, el abuso físico y sexual, e incluso la muerte.

Se debe hacer referencia al 34% de la población que se encuentra en situación de callejización, en tanto refleja importantes condiciones de vulnerabilidad para este grupo poblacional. Igualmente, las personas con esta situación habitacional, suelen tener las redes de apoyo familiar agotadas, y en ocasiones con un desligue completo, por lo que, para este grupo poblacional en específico, es indispensable la generación y articulación de redes de apoyo de carácter comunal e institucionales. De ahí la trascendencia de la coordinación interinstitucional, a fin de que cuando la población egrese, no regrese a la situación de callejización, y por el contrario, logre una reinserción social, que favorezca su proceso de rehabilitación.

La mayoría de la población cuenta con una baja escolaridad, además de no encontrarse insertos en el sistema educativo formal, y reportan abandono del mismo, esto los ubica en una categoría específica al momento de insertarse laboralmente, en tanto al no contar con un perfil

académico específico, suelen insertarse en espacios laborales donde no siempre se cumplen con las garantías laborales, además de que la movilidad social se vuelve más dificultosa.

La mayor parte de estas personas iniciaron su vida laboral antes de cumplir los 18 años. Asimismo, han estado desempleadas de 1 a 3 veces y la mayor parte labora en actividades consideradas de servicios administrativos y de apoyo. En su mayoría asumían la jefatura de sus hogares, y eran personas sin hijos y que no tenían hijas, hijastros, hijastras que dependieran económicamente de ellos y ellas; además contaban con seguro médico.

Es importante evidenciar, que el 45% de la población sí tenía al menos 1 hijo/hija, en tanto la salida de la persona proveedora del hogar, ya sea por encontrarse en tratamiento o por estar en un consumo, puede colocar a estas personas dependientes en una situación de mayor pobreza y por ende, en mayores condiciones de vulnerabilidad. De la misma manera, la función modeladora de este progenitor, puede determinar ciertas percepciones de riesgo en las personas dependientes, así como naturalizar o/y validar situaciones de consumo, generando la posibilidad de que los niños, niñas y adolescentes asuman esta conducta en su etapa de adolescencia y adultez.

La mayor parte de personas entrevistadas tiene un entorno familiar y social que consume sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales y en su mayoría han sido víctimas de violencia psicológica. Además, gran parte de las mujeres entrevistadas ha sido víctima de violencia sexual principalmente en la niñez. El contexto en el cual se desenvuelve la persona es clave en la construcción de la forma en la cual se perciben las sustancias psicoactivas, por tanto, el desenvolverse en un contexto donde se consumen tanto sustancias de carácter legal como ilegal, será determinante en cómo se percibe el riesgo, y como se naturaliza o/y valida el mismo, además de la facilidad de acceso que pueda tener la persona de este tipo de sustancias. Igualmente, los elementos que se vivencien en la etapa de niñez, son clave en la forma en la cual la persona se construye y desarrollo, la forma en que se percibe y se relaciona con otras personas, de ahí la necesidad de generar entornos seguros que permitan que los niños y niñas construyan un proyecto de vida saludable y se desarrollen integralmente.

Con respecto a la percepción del riesgo, la mayoría de la población considera que tanto el consumo de alcohol, tabaco y drogas tiene consecuencias negativas y perciben que hay drogas más perjudiciales que otras, lo que evidencia que hay una adecuada apreciación del riesgo con respecto a las sustancias psicoactivas, aspecto que puede estar mediado por encontrarse en proceso de rehabilitación. Se debe recalcar, que el 20% de la población general considera que algunas drogas tienen consecuencias positivas, aspecto que debe ser un llamado de atención tanto para las organizaciones que trabajan en la parte de tratamiento, como para las instancias que se dedican a la prevención, pues no sólo se está disminuyendo la percepción del riesgo, sino que se considera que hay drogas capaces de generar elementos positivos en las personas.

Es indispensable evidenciar, que, en el caso de las personas menores de edad, el porcentaje de personas que considera que el consumo de sustancias psicoactivas tiene efectos positivos es el 18%, este porcentaje debe ser de relevante para las entidades encargadas de

trabajar con personas menores de edad, en tanto los programas preventivos se han tornado insuficientes. Se debe colocar, que a pesar de que no se pregunta por drogas con efectos positivos, las personas que respondían afirmativamente colocaban la marihuana. Este dato debe ser analizado a luz de prevalencias de consumo en el último año de marihuana en educación secundaria, donde según el IAFA (2019) para el 2015 correspondió al 9,5% mientras que en el 2018, fue del 5,1%.

La población participante considera haber tenido síntomas de depresión alguna vez en la vida, sin embargo, no cuenta con un diagnóstico médico, elemento que puede estar mediado por múltiples situaciones, una de ellas la condición de aseguramiento, esto partiendo del entendido, de que de las personas que reportan haber tenido síntomas de depresión, el 38,8% no contaba con seguro médico. Igualmente, debe contextualizarse esta situación a la realidad del país, donde culturalmente, la salud mental no se prioriza, y donde más bien en Costa Rica se han evidenciado y aumentado, las situaciones relacionadas con un deterioro de la salud mental, por ejemplo, el suicidio. En Costa Rica, según (Molina L. , 2019), la tasa de suicidio en el 2017 fue de 6,4, mientras que en el 2018, correspondió a 7,2. Además, en ciertos cantones las tasas de suicidio ascienden, por ejemplo en El Guarco, donde en el 2018 correspondió al 24,2, Coto Bus, en el 2017, correspondió a 15,9, Dota, en el 2010 alcanzó 40,9, Montes de Oro, con un 21,4 en el 2018, Talamanca que en el 2014 tuvo 31,4; por mencionar algunos.

La tasa de suicidio, en efecto, debe ser un reflejo de la forma en la cual se está abordando la salud mental, considerando que esta debe ser un eje transversal cuando se habla de salud. Se debe superar la concepción de salud como ausencia de enfermedad, y más bien considerar la salud como un aspecto integral, donde si la persona no se siente bien, su cuerpo no estará bien. Por lo tanto, elementos como las emociones, sentimientos, percepciones, deben ser aspectos que se trabajen desde primera infancia, con familias, con adolescentes, personas con discapacidad, y en general, con toda la población, no sólo para prevenir y/o evitar el suicidio, sino las situaciones de riesgo que están relacionadas con una baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, dificultad en el control de emociones, etc.

Las personas entrevistadas presentan una multiplicidad de actividades dentro de sus “hobbies”, y al preguntar sobre la categoría “salir de fiesta”, el 40% reporta esta actividad dentro de su tiempo libre, colocando a la población en mayores condiciones de vulnerabilidad tanto para el consumo, como para la recaída posterior a la rehabilitación, en tanto los lugares con presencia de sustancias psicoactivas son un espacio de riesgo para esta población. Se identifica que las personas se ubican en niveles de autoestima media y elevada, aspecto que puede estar mediado por los procesos terapéuticos en los que se encuentran, y que debe ser un elemento que se fortalezca, pues es determinante en la toma de decisiones y por ende, en la construcción de un proyecto de vida saludable. De ahí la necesidad de que la persona reciba seguimiento no sólo de parte del centro de tratamiento, sino de otras instancias, que permitan que la persona desarrolle un proceso terapéutico paralelo a su proceso de rehabilitación, facilitando así el éxito de este último y la reinserción social y laboral de la persona.

En el Test de Experiencias Adversas en la Niñez y Adolescencia la mayoría de los hombres reporta una experiencia adversa en su niñez y adolescencia, número que se eleva a ocho en el caso de las mujeres. Es importante evidenciar la diferencia de 7 experiencias entre hombres y mujeres, que posiciona a este grupo en mayores condiciones de exclusión y vulnerabilidad, partiendo del entendido, de que se ha evidenciado que a mayor número de experiencias adversas en la niñez y la adolescencia, mayor probabilidad de vivenciar situaciones en la adultez como violencia, enfermedades y consumo de sustancias psicoactivas. La presencia de 8 experiencias adversas (en total son 10 experiencias adversas) en la mayoría de mujeres entrevistadas, debe ser un llamado de atención para las instancias que laboran con primera y segunda infancia, así como con personas adolescentes, en tanto las situaciones que se desarrollen en estas etapas, serán claves en la construcción y consolidación del proyecto de vida de las personas. Igualmente, se ve una diferencia importante entre hombre y mujeres, aspecto que debe ser un llamado de atención a todas las instituciones que están comprometidas con la equidad de género, partiendo del entendido de que el sexo biológico no debería ser un factor que incremente las situaciones de vulnerabilidad que una persona puede tener.

En conclusión, se aprecia un grupo poblacional con múltiples condiciones de vulnerabilidad y exclusión, que pudieron no sólo ser factores que mediaron o/y que incidieron en el consumo, sino que también se posicionan como factores de riesgo para un adecuado proceso de rehabilitación, de ahí la importancia del desarrollo no sólo de programas de tratamiento por un consumo de sustancias psicoactivas, sino de un trabajo interinstitucional, donde se consideren temas de prevención y promoción, en diversos grupos poblacionales, incluidos niños y niñas en etapa escolar y sus familias. Igualmente, es indispensable un proceso de seguimiento en la población egresada, donde se brinde un acompañamiento a las personas en su proceso de reinserción social, laboral, educativa, etc.

La etapa de niñez y adolescencia debe ser concebida como un período determinante en el desarrollo de las personas, en tanto las situaciones que se vivan en esta etapa son determinantes en la generación de herramientas para la toma de decisiones en los diversos procesos que vivencian las personas en su etapa de adultez. Igualmente, aspectos que median el proceso de toma de decisiones como la autoestima y la tolerancia a la frustración, son desarrollados a partir de las situaciones que vivencian las personas principalmente en su adolescencia.

Por último, es necesario posicionar aspectos como la violencia que se desarrolla tanto es las familias, como en la sociedad, donde se naturalizan y/o validan elementos como la violencia física (“nalgadas”, castigo físico), y una violencia más de índole estructural, donde se perpetúan y reproducen las condiciones de vulnerabilidad. Ambos aspectos tienen un importante peso cultural, de ahí la trascendencia y necesidad de trabajar no sólo con los y las estudiantes, o las personas que solicitan tratamiento, sino de desarrollar un trabajo en los diversos actores que se ven implicados en los procesos de las personas, entre ellos la familia.

Recomendaciones

A partir de los elementos evidenciados en la presente investigación, se expresan diversas problemáticas que deben ser abordadas por las entidades encargadas del trabajo con la población que presenta una enfermedad mental o del comportamiento como consecuencia de un consumo de sustancias psicoactivas.

Se concibe la necesidad de que los entes que trabajan el tema de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, tanto públicos como organizaciones no gubernamentales trasciendan la visión únicamente del tipo de sustancia que la persona consume, y partan de un enfoque integral, donde se visualice a la persona como un sujeto de derechos. Deben considerarse los principales elementos que pudieron mediar en la historia de vida de la persona, para que esta tomara la decisión de consumir, incluyendo las situaciones adversas en la niñez y adolescencia. Debe comprenderse el consumo de sustancias psicoactivas, como una manifestación de posibles problemáticas que ha vivenciado la persona, de ahí la necesidad de trascender la(s) sustancia(s) que se consume.

La multiplicidad de situaciones que atraviesa una persona puede definir situaciones de riesgo, en tanto permean las condiciones de vulnerabilidad. Por ejemplo, las situaciones adversas en la niñez y la adolescencia pueden ser detonantes de un consumo de sustancias psicoactivas; principalmente si el niño y/o la niña no tuvo las herramientas suficientes para la superación de estas situaciones. De ahí la trascendencia de incorporar no sólo a la persona, sino a su familia, a fin de que estos construyan las herramientas adecuadas que les permitan brindar un adecuado proceso de educación y contención, el Patronato Nacional de la Infancia debe liderar estas actividades,

Se recomienda la incorporación del test de Experiencias Adversas en la Niñez y la Adolescencia en las instituciones que trabajan con niñez y adolescencia, entre ellas el Ministerio de Educación Pública, el Patronato Nacional de la Infancia, los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) de la CCSS, el Ministerio de Salud, entre otras, a fin de que sea posible la identificación de situaciones de riesgo desde esta etapa de la vida, con el objetivo de que sean abordadas y trabajadas con la mayor prontitud posible. Este aspecto requiere un trabajo interinstitucional, donde sea posible brindar un abordaje efectivo a la población.

Se considera de relevancia que las instituciones y organizaciones involucradas en el tratamiento de las personas que presentan una enfermedad mental y del comportamiento aborden las diversas situaciones que pudieron predisponer a la persona para un consumo de este tipo de sustancias, que tuvo como consecuencia una enfermedad mental y/o del comportamiento; considerando que, si no se trabajan los factores detonantes del consumo, el proceso de rehabilitación podrá no ser exitoso.

Es indispensable que se inicien procesos de prevención desde primera infancia, que no sólo aborden la problemática de consumo, sino que se centren en el empoderamiento y la salud mental de los niños y niñas, en tanto se considera como un factor protector un proyecto de vida

saludable y una adecuada tolerancia a la frustración el Ministerio de Educación Pública, debe ser un ente que promueva estas iniciativas, considerando que la salud mental es un tema que se ha dejado de lado, y que en la actualidad requiere un abordaje exhaustivo, pues se están vislumbrando las consecuencias de un insuficiente o/e inexistente abordaje, por ejemplo en temas como la ideación suicida y el suicidio.

El trabajo interinstitucional debe ser un elemento que permee los diversos procesos en los cuales se involucran las personas con una enfermedad mental o/y del comportamiento, pues el establecimiento de redes permitirá brindar insumos adecuados para un proceso de atención y contención, partiendo del entendido que el objetivo es lograr la inserción social, económica, educativa, laboral, de las personas que se atienden.

Hay elementos a nivel estructural que deben ser modificados, a fin de lograr esa inserción económica, laboral y educativa. Se identificó que la población entrevistada presenta bajos niveles de escolaridad, por lo que son necesarios procesos de capacitación técnica (correspondientes al mercado laboral) por parte de diversas entidades, principalmente del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) que permitan insertar a esta población en espacios donde se cuente con las condiciones laborales adecuadas (derechos laborales), facilitando el desarrollo de la persona y su familia. De la mano con esta acción, es necesaria la implementación de actividades de concientización y sensibilización de las personas contratantes de distintas empresas privadas e instituciones públicas, a fin de que este grupo poblacional no sea excluido por su condición.

Lamentablemente, a nivel cultural y social, este grupo sigue siendo excluido y vulnerabilizado, en tanto no se ha comprendido esta situación como una enfermedad, sino que se concibe como algo que “la persona decide”; de ahí la importancia de que instituciones involucradas en la problemática, como lo es el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) desarrollen talleres que permitan concientizar y sensibilizar a los diversos actores que se encuentran involucrados en el proceso de tratamiento, así como en otros actores que pueden mediar el proceso de inclusión de las personas.

Como se mencionó anteriormente, las actividades preventivas son claves para evitar, impedir o/y disminuir el involucramiento de las personas en un consumo problemático o/y una dependencia a alguna o varias sustancias psicoactivas. Esta prevención no sólo debe incluir la población adolescente o/y adulta, sino incorporar a los niños y niñas en I y II ciclo. Es importante que esta prevención no sólo se enfoque en que las personas no consuman sustancias psicoactivas, sino que se involucre el trabajo en la salud mental y el empoderamiento de los grupos poblacionales con los que se trabaja.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana* .
- Álvarez, A., Alonso, M., & Guidorizzi, A. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana Enfermagem*.
- Arana, X., Markez, I., & Montañés, V. (2012). Introducción al enfoque de género en las políticas europeas de drogas . *Oñati Socio-legal Series*, 1-5.
- Armendáriz, N., Rodríguez, L., & Guzmán, F. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *Salud Mental, Alcohol y Drogas* .
- Arribas, E. (2018). *COPOLAD*. Obtenido de http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Descripcion_de_los_cursos_online_COPOLOAD_ESP_-_2018.pdf
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2009). *Ley Contra la Delincuencia Organizada* .
- Barra, A., & Diazconti, R. (2013). *Guías para el debate. Las diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia a las drogas*. . México: Espolea A.C.
- Bergman, M. (2016). *Drogas, narcotráfico y poder en América Latina* . Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Boyd, S. (1999). *Mothers and Illicit drugs*. Toronto : University of Toronto Press.
- Brugal, T., Barbaglia, M., Parés, O., & Bosque, M. (2018). *COPOLAD*. Obtenido de <http://copolad.eu/es/actividades/ficha/26>
- Claver, E. (2016). Rasgos de personalidad implicados en el consumo de drogas en adolescentes. *Adicciones y Juventud*.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*. Washington : Organización de los Estados Americanos.
- Contreras, L., Molina, V., & Cano, C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Revista Adicciones*, 31-38.
- Contreras, Ó. (2010). *Latin American Network Information Center* . Obtenido de <http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/ilassa/2010/velasco.pdf>
- Cubero, C., Meza, M., & Granados, M. (2016). Adicciones, rehabilitación e inserción social, un reto para la sociedad costarricense. *Comunicaciones Breves* , 87-98.
- El Abrojo. (2007). *El equilibrista*. Montevideo: Frontera.

- Fernández, X., & Robles, A. (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. San José.
- Ferreira, J. (2011). *El narcotráfico un nuevo actor territorial en las poblaciones, percepción de los dirigentes tradicionales*. Santiago.
- Gantiva, C., Rodríguez, M., González, M., & Vera, A. (2011). Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas. *Psicología desde el Caribe* .
- García, V., Solveig, R., Córdova, A., & Fernández, M. (2016). Diagnóstico macrosocial de riesgo del consumo de drogas en México. *Acta de Investigación Psicológica* , 2516-2526.
- Giménez, A., Requena, L., & De la Corte, L. (2011). ¿Existe un perfil de delincuente organizado? . *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* .
- Grau, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez, L., . . . Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones* , 115-122.
- Guelman, M., & Ahumada, G. (2018). *COPOLAD*. Obtenido de http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Descripcion_de_los_cursos_online_Abordaje_integral_poblaciones_vulnerables_COPOLAD.pdf
- Instituto Castela. (2018). *Instituto Castela*. Obtenido de <https://www.institutocastela.com/fases-del-tratamiento-de-adicciones/>
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2017). *Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas*.
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2018). *Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas* . San José.
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. (2013). *Estimación de la Demanda de Tratamiento de personas menores de edad consumidoras problemáticas de sustancia psicoactivas en Costa Rica, 2011*. San José.
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. (2016). *IV Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población de Educación Secundaria*. San José.
- Instituto Hipócrates. (s.f.). *Instituto Hipócrates*. Obtenido de <http://www.institutohipocrates.com/tratamiento/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos* . (2019). Obtenido de <http://inec.cr/>
- Instituto Nacional de las Mujeres, México. (2017). *Violencia sexual contra las mujeres y consumo de drogas*. México.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción* . NIH Publicación .

- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia . (2018). *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia* . Obtenido de <http://datosabiertos.iafa.go.cr/home>
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2019). *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*. Obtenido de <https://www.iafa.go.cr/blog/que-es-la-adiccion>
- Jiménez, J. (2015). Crimen organizado: una aproximación al fenómeno . *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses* , 23-30.
- Kalmakis, K., & Chandler, G. (Diciembre de 2013). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12329>. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12329>
- Marín, R., & Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 395-396.
- Martínez, G. (2015). Perfil de los jóvenes consumidores de sustancias que inician un programa de intervención. *Sciences Pi Journal*.
- Meléndez, M., Mann, R., Hamilton, H., Erickson, P., Brands, B., Giesbrech, N., . . . Kenti, A. (2015). Relación entre el abuso sexual en la infancia y el uso de drogas ilícitas en estudiantes de una universidad pública en Nicaragua. *Contexto Enferm, Florianópolis*.
- Mockus, A., Murraín, H., & Villa, M. (2012). *Antípodas de la violencia: Desafíos de cultura ciudadana para la crisis de (in)seguridad en América Latina*. Washington : Banco Interamericano de Desarrollo .
- Molero, M., Pérez, M., Gásquez, J., & Barragán, A. (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Aten Fam*, 56-61.
- Molina, T. (2006). La incidencia del narcotráfico en la sociedad actual . *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, 275-296.
- Murillo, L., & Inocenti, A. (2011). Visión de jóvenes costarricenses, de zonas rurales, en un programa de rehabilitación, sobre el consumo de drogas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 796-803.
- Nagelhout, G., Hummel, K., de Goeil, M., De Vries, H., Kaner, E., & Lemmens, P. (2017). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Int J Drug Policy*, 69-83.
- National Institute on Drug Abuse. (2010). *National Institute on Drug Abuse*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/en-que-consiste-el-tratamiento-para-la-dro>
- National Institute on Drug Abuse. (01 de 2018). *National Institute on Drug Abuse*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion>

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima: Industria Gráfica MACOLE S.R.L.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*. Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Droga y el Delito. (2019). *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. World Drug Report*. Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*. Viena: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/violence/es/>
- Organización Mundial de la Salud Ginebra. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud.
- Pérez, F., & Mestre, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, 144-149.
- Quezada, G., Díaz, T., Guidorizzi, A., & Arena, C. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Revista Cuidarte*, 260-269.
- Raffo, L., & Segura, J. (2015). Las redes del narcotráfico y sus interacciones: un modelo teórico. *Revista de Economía Institucional*, 183-212.
- Rascón, T. (2017). La importancia de las redes de apoyo en el proceso resiliente del colectivo inmigrante. *DEDiCA. REVISTA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES*, 61-82.
- Reyes, H., Larrañaga, M., & Valencia, J. (2015). La representación social del narcotraficante en jóvenes sinaloenses. *Región y sociedad*, 69-88.
- Ríos, V. (2014). ¿Quién se vuelve narco y por qué? El Perfil del narcotraficante Mexicano. *EstePaís*, págs. http://www.viridianarios.com/wp-content/uploads/2014/05/Rios_EstePais_DealersS.pdf.
- Rodríguez, F., Bringas, C., Moral, M., Pérez, B., & Estrada, C. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas y delito: Análisis de la relación entre edad de inicio y reincidencia. *International Journal of Psychological Research*.
- Romero, M. (2018). *COPOLAD*. Obtenido de http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Descripcion_de_los_cursos_online_COPOLAD_ESP_-_2018.pdf
- Romo, N., & Camarotti, A. (2015). Haciendo género en un mundo de varones: el consumo de pasta base de cocaína entre las mujeres de la ciudad de Buenos Aires. *La Aljaba*, 229-235.

- Sánchez, A., Andueza, M., Santana, A., Hoil, J., & CuFarfán, J. (2017). Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Revista biomédica*, 11-27.
- Sánchez, J., Villareal, M., Ávila, M., Vera, A., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*.
- Sánchez, J., Villareal, M., Ávila, M., Vera, A., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 69-78.
- Sánchez, R., & Fernández, M. (2014). El perfil de los consumidores de drogas. *Ciencia*, 18-25.
- Schiray, M., Geffray, C., & Fabre, G. (2001). Narcotráfico: dimensiones económicas y sociales. *Revista internacional de ciencias sociales*.
- Scoppetta, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias*. Bogotá: Editora Guadalupe S.A.
- Sepulveda, M., & Ugarte, F. (2018). *COPOLAD*. Obtenido de http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Descripcion_de_los_cursos_online_Abordaje_integral_poblaciones_vulnerables_COPOLAD.pdf
- Torado, A. (2018). *COPOLAD*. Obtenido de http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Descripcion_de_los_cursos_online_COPOLAD_ESP_-_2018.pdf
- Torres, L. (2007). El adicto y la familia en recuperación. *Familia y adicciones*, 18-20.
- Ugarte, F., Delgado, C., & Altamirano, C. (2015). *Prevención selectiva e indica del consumo de drogas y alcohol con enfoque de redes*. Santiago: Ministerio de Interior y Seguridad Pública: Gobierno de Chile.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *Women and drugs. Drug use, drug supply and their consequences*. Viena.
- Valverde, E., & Arce, A. (2013). *Caracterización demográfica de los pacientes con trastorno por uso de sustancias egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2011*. San José.
- Villatoro, C. (2012). Aspectos socioculturales e imágenes del narcotráfico. *Imagonautas*, 56-75.
- World Health Organization. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.

Anexo 1. Instrumento de recolección de la información.

Perfiles personales y sociodemográficos de las personas que son referidas a tratamiento en Organizaciones no Gubernamentales, en Costa Rica en el año 2019

Características Sociodemográficas

1. Edad:_____ (*esperar respuesta*)
2. Sexo (*esperar respuesta*)
 - a) Hombre
 - b) Mujer
3. Nacionalidad: (*esperar respuesta*)
 - a) Costarricense
 - b) Nicaragüense
 - c) Panameño(a)
 - d) Colombiano(a)
 - e) Mexicano(a)
 - f) Salvadoreño (a)
 - g) Hondureño(a)
 - h) Otro:_____
4. Lugar de residencia (antes de estar en internamiento):_____ (Provincia, cantón, distrito) (*preguntar provincia, cantón y distrito*)
5. Antes de estar internado (a) ¿Vivía en la calle? (*esperar respuesta*)
 - a) Si
 - b) No
6. Antes de estar privado de libertad ¿Su vivienda era? (*leer las opciones e indagar, sólo puede marcar una opción*)
 - a) Propia
 - b) Alquilada
 - c) Prestada
 - d) Precario (invasión de territorio o sin título de la propiedad)
7. ¿La vivienda en la usted vivía estaba hecha de materiales de desecho? (*esperar respuesta*)
 - a) Si
 - b) No
8. Antes de estar internado ¿Cuántas personas vivían en su vivienda? (*esperar respuesta*)

9. Antes de estar en proceso de rehabilitación ¿Cuántas habitaciones (cuartos para dormir) tenía su vivienda? (*esperar respuesta*)

10. Estado civil (*esperar respuesta*)
- a) Soltero(a)
 - b) Casado(a)
 - c) Unión libre
 - d) Separado(a)
 - e) Divorciado(a)
 - f) Viudo(a)
11. Escolaridad (*esperar respuesta*)
- a) Primaria Incompleta
 - b) Primaria Completa
 - c) Secundaria Incompleta
 - d) Secundaria Completa
 - e) Diplomado/técnico incompleto
 - f) Diplomado/ técnico completo
 - g) Universidad Incompleta
 - h) Universidad Completa
 - i) Posgrado (maestría, doctorado, especialidad)
 - j) No escolarizado
12. Antes de estar en rehabilitación ¿Se encontraba estudiando? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
13. ¿Usted abandonó la escuela y/o colegio en algún momento de su vida? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
14. Antes de estar en proceso de rehabilitación ¿Cuál era su situación laboral? (*leer todas las opciones y marcar la más atinente*)
- a) Patrono(a) o socio(a)-activo(a) (negocio con empleados(as))
 - b) Trabajador(a) por cuenta propia o servicios profesionales
 - c) Asalariado(a)
 - d) Desocupado(a) (estaba sin trabajo en la última semana de referencia y estaba disponible para trabajar inmediatamente)
 - e) No buscaba trabajo
15. ¿Cuál era su profesión, oficio o actividad económica antes de estar en internamiento? (*esperar respuesta*)
-
16. ¿A qué edad empezó a trabajar? (*esperar respuesta*)
- a) Antes de los 12 años
 - b) Entre los 12 y los 15 años
 - c) Entre los 16 y 18 años
 - d) Entre los 19 y 25 años
 - e) Después de los 26 años
 - f) Nunca ha trabajado

17. ¿Cuántas veces ha estado desempleado(a)? *(esperar respuesta)*
- a) 0 veces
 - b) De 1 a 3 veces
 - c) De 4 a 7 veces
 - d) Más de 8 veces
 - e) Nunca ha buscado trabajo
18. Antes de estar en internamiento, usted considera que sus ingresos eran: *(leer todas las opciones)*
- a) Muy abundantes
 - b) Abundantes
 - c) Suficientes
 - d) Insuficientes
19. Antes de estar en internamiento ¿Con quién vivía? *(puede seleccionar varios) (esperar respuesta e indagar, hasta que no refiere más)*
- a) Sola (a)
 - b) Madre/madrastra
 - c) Padre/padrastro
 - d) Suegro/suegra
 - e) Hermanos/hermanas/hermanastros/hermanastras
 - f) Primos/primas
 - g) Hijos/hijas/hijastros/hijastras
 - h) Abuelo/ abuela
 - i) Cuñada/cuñado
 - j) Tíos/tías
 - k) Sobrinos/sobrina
 - l) Amigos/amigas
 - m) Pareja sentimental
 - n) Otro: _____
20. Antes de estar privada de libertad ¿Quién era el/la jefe de hogar (persona que toma las decisiones)? *(esperar respuesta)*
- a) Yo
 - b) Mi esposo(a)/pareja
 - c) Mi madre/madrastra
 - d) Mi padre/padrastro
 - e) Mi suegro/suegra
 - f) Mi cuñada/cuñado
 - g) Mi hermano/hermana/hermanastro/hermanastra
 - h) Mi primo/prima
 - i) Mi hijo/hija
 - j) Mi abuelo/abuela
 - k) Mi tío/tía
 - l) Mi amigo/amiga
 - m) Jefatura compartida
 - n) Otro: _____

21. ¿Cuántos hijos(as) tiene? *(esperar respuesta)*
- a) Ninguno
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3
 - e) 4
 - f) 5 o más
22. ¿Cuántos hijos, hijas, hijastros, hijastras dependen económicamente de usted? *(esperar respuesta)*
- a) Ninguno
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3
 - e) 4
 - f) 5 o más
23. Antes en internamiento ¿Tenía seguro por parte de la CCSS u otra entidad? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
24. ¿Tiene familiares con historial de consumo de alcohol y/o tabaco? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
25. ¿Tiene familiares con historial de consumo de drogas ilegales? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
26. ¿Tiene amigos/amigas que consumen alcohol y/o tabaco? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
27. ¿Tiene amigos/amigas que consumen drogas ilegales? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
28. ¿Alguien de su familia cometió algún delito? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
29. ¿Alguien de su familia estuvo privado(a) de libertad? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
30. En su edad adulta ¿Ha sido víctima de violencia psicológica? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No

31. En su edad adulta ¿Ha sido víctima de violencia física? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
32. En su edad adulta ¿Ha sido víctima de abuso sexual o violación? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
33. ¿Ha estado privado(a) de libertad? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No

Características de personales

34. ¿Logra mantenerse tranquilo(a) incluso en aquellas situaciones en las que se siente evaluado por los demás? (*leer opciones*)
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
35. ¿Le resulta difícil controlar su enojo? (*leer opciones*)
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
36. ¿Es capaz de reírse de sus fracasos? (*leer opciones*)
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
37. ¿Supera con facilidad la sensación de haber fracasado en una tarea? (*leer opciones*)
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
38. ¿Dirías que tienes una buena autoestima? (*leer opciones*)
- a) Si
 - b) No
39. ¿Usted considera que el consumo de alcohol trae consecuencias negativas? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
40. ¿Usted considera que el consumo de tabaco trae consecuencias negativas? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe

41. ¿Usted considera que hay drogas más perjudiciales que otras? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
42. ¿Usted considera que las drogas provocan consecuencias negativas? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
43. ¿Usted considera que algunas drogas tienen efectos positivos? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
44. ¿Ha presentado sentimientos de tristeza alguna vez en su vida? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
45. ¿Considera que ha tenido síntomas de depresión alguna vez en su vida? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
46. ¿Ha sido diagnosticado(a) con depresión? *(esperar respuesta)*
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
47. ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza en su tiempo libre? *(puede seleccionar varias)*
(esperar respuesta, indagar hasta que no responda más)
- a) Ver televisión
 - b) Ir al cine
 - c) Jugar videojuegos
 - d) Escuchar música
 - e) Leer
 - f) Navegar por internet
 - g) Hacer deporte y/o actividad física (gimnasio, futbol, basketball, nadar, etc)
 - h) Salir de fiesta (bares, discotecas)
 - i) Compartir con la familia
 - j) Pasar tiempo con los amigos
 - k) Actividades culturales (teatro, viajes, museos)
 - l) Voluntariado (en asociaciones, organizaciones u otros)

48. Marque con x, la opción que considere más adecuada en cada pregunta. *(entregar cartón con respuestas)*

Criterio	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
a) Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
b) Estoy convencido(a) de que tengo cualidades buenas.				
c) Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
d) Tengo actitud positiva hacia mí mismo(a).				
e) En general, estoy satisfecho(a) de mí mismo(a)				
f) Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso(a).				
g) En general, me inclino a pensar que soy un(a) fracasado(a).				
h) Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo(a).				
i) Hay veces que realmente pienso que soy inútil.				
j) A veces creo que no soy buena persona.				

Experiencias Adversas en la Niñez y Adolescencia

49. ¿Sus padres estuvieron separados, divorciados o no viviendo juntos? *(esperar respuesta)*

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

50. ¿Su padre, madre o alguien con quien hayas convivido fue a prisión? *(esperar respuesta)*

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

51. ¿Alguna vez has convivido con alguien que padeciese enfermedad mental, depresión o intentos de suicidio? *(esperar respuesta)*

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

52. ¿Alguno de sus padres u otro adulto lo golpeó tan fuerte que tuviste marcas o resultaste lesionada/o? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
53. ¿Alguna vez ha convivido con alguien que actuara de manera tal que lo atemorizara? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
54. ¿Alguna vez fuiste tocada/o se te pidió que tocaras a otra persona con intenciones sexuales, en contra de tu voluntad? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
55. ¿Alguna vez no tuviste suficiente qué comer, utilizar ropa sucia y a nadie que te protegiera, cuidase o que te llevase al médico cuando era necesario? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
56. ¿Alguna vez fuiste testigo de situaciones en la que adultos de la casa se golpearan, abofetearan, patearan o amenazaran físicamente entre sí? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
57. ¿Conviviste o estuviste bajo el cuidado de alguien con problemas de alcoholismo o drogadicción? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
58. ¿Sientes que nadie de tu familia te ama ni piensa que eres importante y especial? (*esperar respuesta*)
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe

Anexo 2. Cantidad de personas según oficio, profesión o actividad económica

Tabla 4. Cantidad de personas según oficio, profesión o actividad económica, año 2019.

Oficio, profesión o actividad económica	Cantidad de personas
Abogado	2
Actividades delictivas	37
Actividades delictivas/ construcción	2
Administrador	6
Administradora/ empleada doméstica	1
Aduanero/ Oficial de seguridad	1
Agente de ventas	2
Agricultor	6
Agricultor/constructor	1
Albañil	3
Ama de casa	1
Artesano	1
Artista	1
Asistente administrativo	1
Auditor	2
Auscultación	1
Auxiliar de nutrición	1
Auxiliar veterinario	1
Ayudante de cocina	2
Barbero	2
Barrendero	1
Bartender	1
Bodeguero	3
Cajero	3
Calibrador	1
Carpintero	1
Chef	1
Chofer	20
Chofer / Constructor	1
Chofer/dependiente	1
Cocinero	10
Comerciante	15
Computación	1
Consejero de viajes	1
Constructor	43

Constructor/ reciclador	1
Constructor/peón agrícola	1
Contador	1
Contador público	1
Contratista	1
Cuidador de carros	6
Cuidador de carros/ lavaba carros	1
Cuidador de carros/reciclador	1
Cuidador de carros/salonero	1
Dependiente	16
Dependiente/ albañil	1
Director de cine/constructor	1
Docente	4
Ebanistería	6
Electromecánico	1
Electricista	4
Electricista/vendedor	1
Electromecánico	1
Empacador	3
Entrenador	1
Estilista	1
Estilista/barbero	1
Estudiante	17
Finanzas	1
Gerente	2
Guía turístico	1
Ingeniero	1
Instructor	1
Jardinero	5
Jardinero/ cuidador de carros	1
Jefe de proveeduría	1
Jornalero	8
Lavaba carros	2
Manicurista	1
Mantenimiento	5
Masajista	1
Mecánico	12
Mendigar	8
Misceláneo	3
Músico	1

Ninguno	1
Niñera	2
No responde	10
Odontólogo	1
Oficial de Seguridad	11
Oficial de seguridad/ Constructor	1
Oficial de seguridad/animador de eventos	1
Oficial de Seguridad/construcción/panadero	1
Oficinista	3
Operario	1
Orientador	1
Peón agrícola	15
Peón agrícola/ constructor	1
Perforador	1
Pescador	1
Pintor	4
Planificador	1
Promotor de la salud	1
Prostitución	5
Radio operador	1
Reciclador	8
Salonero	5
Secretaria	1
Servicio al cliente	6
Servicio al cliente/ Técnico en sonido	1
Soldador	6
Soldador/Panadero	1
Supervisor de Seguridad	1
Tarimero	1
Técnico en informática	1
Técnico en refrigeración	1
Telefonista	1
Vendedor	16
Vendedor ambulante	8
Vendedor ambulante/prostitución	1
Zapatero	1
Actividades delictivas/prostitución	3
Actividades delictivas/prostitución/estilismo	1
Total general	429

Anexo 3. Organizaciones de tratamiento residencial autorizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Tabla 5. Organizaciones de tratamiento residencial autorizadas por Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, febrero 2019.

Organización	Ubicación
Asociación de Desarrollo Específico Clínica para el Enfermo Alcohólico	Agua Caliente, Cartago
Asociación Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente	Tirrases, Curridabat, San José
Asociación para el Rescate de Drogadictos Deambulantes	Barrio Naciones Unidas, San José
Asociación Comunidad Terapéutica para farmacodependientes El Alfarero	San Rafael, Heredia
Asociación Ciudad Refugio Dios restaura ELIASIB	San Rafael, Heredia
Fundación Valle de Oportunidades. FUSAVO	Santa Ana, San José
Fundación KAYROS	Grecia, Alajuela
Asociación Centro de rehabilitación Rostro de Jesús	Canoas, Alajuela
Asociación Casa Hogar San José, de la Pastoral Social de la Arquidiócesis	Guadalupe, San José Sabana Sur, San José
Fundación Génesis para el Desarrollo de Personas en Riesgo Social	Desamparados, San José Alajuelita, San José
Asociación Salvando al Adicto de la Región Huetar Norte	San Carlos, San José
Asociación Centro Cristiano Manantial del Amor de Dios	Palmares, Alajuela
Asociación Comunidad Cristiana Maná	San Sebastián, San José
Clínica Integral Nueva Vida Sociedad Anónima	Santa Ana, San José
Clínica de Tratamiento de Adicciones y Neuropsiquiatría M y S. Sociedad Anónima	San Isidro, Heredia
Asociación Comunidad Encuentro	Coto Brus, Puntarenas
COSTA RICA RECOVERY. Sociedad Anónima.	Pavas, San José

Asociación de Alcohólicos de Alajuela	Alajuela, Alajuela
Asociación Hogar Salvando al Alcohólico Enrique Amador	Curridabat, San José
Asociación Hogar Turrialbeño Salvando al Alcohólico	Turrialba, Cartago
Asociación Hogar Feliz por la Recuperación del Alcohólico de Naranjo	Naranjo, Alajuela
Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Aserri	Aserri, San José
Asociación Escazucaña pro Hogar Salvando al Alcohólico	Escazú, San José
Asociación Centro de Rehabilitación para el Alcohólico de Goicoechea	Guadalupe, San Jose
Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Desamparados Gonzalo Bermúdez – Ernesto Durán	Desamparados, San José
Asociación Salvando al Alcohólico Javier Umaña Barquero	Grecia, Alajuela
Asociación Hogar Salvando al Alcohólico de Limón	Nueve Millas, Limón
Asociación Autogestores para la salud de Coronado	Coronado, San José
Asociación Restauración a la Niñez en Abandono y Crisis para una Esperanza Renovada. RENACER	Desamparados, San José
Asociación Centro Cristiano Canaán.	Alajuelita, San José
Fundación ELIM para el Desarrollo Humano	Grecia, Alajuela
International Rehab Centers S.A.	Pavas, San José
Asociación Ministerio Casa de Paz Scout Shalom	Alajuela, Alajuela

©2019

Unidad de Información y Estadística Nacional sobre
Drogas / Observatorio Costarricense sobre Drogas

Más información en
<http://www.icd.go.cr>



Atribución-No Comercial-Compartir Igual (CC BY-NC-SA)

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, retocar, y crear a partir de la obra original de modo no comercial, siempre y cuando se dé el crédito y licencien sus nuevas creaciones bajo las mismas condiciones.