

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

VIVENCIAS DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON  
CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REALIDAD  
INVISIBILIZADA DESDE UNA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA.

Tesis sometida a consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en  
Gerontología para optar por el grado y título de la  
Maestría Académica en Gerontología

SHIRLEY KARINA VARGAS CHAVES

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2021

## **DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS**

A Ka por enseñarme tantas cosas y diariamente.

A Doña Nati, a Don Marcel y a Nani, por todo y tanto.

A mis amigas y amigos: no escribo sus nombres acá, pero Uds saben quiénes son. Le doy Gracias a Dios por haberme dado el privilegio de cruzarme en sus caminos, Gracias: por el tiempo que me dedicaron, por sus aportes y conocimientos, por sus palabras de motivación, por su orientación en la toma de decisiones, por su permanencia, por creer en mi.

A Norma Lau por sus enseñanzas y aprendizajes.

A Jaime Caravaca Morera por asumir esta responsabilidad, fortalecer la investigación y llevarme a puerto seguro.

A Eugenia Mata Chavarría por ser garante de la sororidad, pocas son las palabras para expresar su entereza, acompañamiento y voz de justicia.

Al equipo asesor en general que fue participe de esta construcción y colaboraron para poder alcanzar la meta.

A mis compañeros y compañeras de trabajo, por todas las muestras de apoyo!

A las personas adultas mayores participantes de este estudio, sin su consentimiento esto no fuese posible. Por la confianza depositada, por su valentía, por permitirme crecer.

A Don Gerardo porque siempre, siempre abre sus puertas para poder llevar a cabo la docencia, la investigación y la acción social de este país. Por su capacidad visionaria y de escucha.

Muchas gracias a todas y todos!

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Académica en Gerontología”

---

Dra. Flor Jiménez Segura  
**Representante del Decano  
Sistema de Estudios de Posgrado**

---

Dr. Jaime Alonso Caravaca Morera  
**Profesor Guía**

---

M.Sc. Mabell Granados Hernández  
**Lectora**

---

Dra. María Eugenia Mata Chavarría  
**Lectora**

---

Dr. Luis Ángel López Ruiz  
**Representante  
Programa de Posgrado en Gerontología**

---

Shirley Karina Vargas Chaves  
**Sustentante**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>ii</b>
<b>HOJA DE APROBACIÓN.....</b>	<b>iii</b>
<b>TABLA DE CONTENIDO .....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLA DE ILUSTRACIONES.....</b>	<b>viii</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
<b>REFERENTE INTRODUCTORIO .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1.1 Estado del arte a nivel mundial y nacional .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1.2 Nivel nacional.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA .....</b>	<b>39</b>
<b>1.3 FORMULACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>45</b>
<b>1.4 OBJETIVOS .....</b>	<b>48</b>
<b>1.4.1 Objetivo General.....</b>	<b>48</b>
<b>1.4.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>48</b>
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERENTE TEÓRICO .....</b>	<b>49</b>
<b>2.1 SER HUMANO.....</b>	<b>50</b>
<b>2.2 MODELO SOCIOECOLÓGICO .....</b>	<b>58</b>
<b>2.3 ENVEJECER .....</b>	<b>66</b>
<b>2.3.1 Abordajes del envejecimiento .....</b>	<b>66</b>
<b>2.3.2 Gerontología.....</b>	<b>94</b>
<b>2.4 PERSONA ADULTA MAYOR .....</b>	<b>111</b>
<b>2.5 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS .....</b>	<b>116</b>
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>147</b>
<b>REFERENTE METODOLÓGICO.....</b>	<b>147</b>
<b>3.1.1 Paradigma .....</b>	<b>148</b>
<b>3.1.2 Abordaje.....</b>	<b>150</b>
<b>3.1.3 Diseño.....</b>	<b>154</b>
<b>3.2 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>162</b>
<b>3.3 PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO .....</b>	<b>163</b>
<b>3.5 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>165</b>
<b>3.5.1 Instrumentos .....</b>	<b>165</b>
<b>3.5.2 Técnicas .....</b>	<b>178</b>
<b>3.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS .....</b>	<b>189</b>

3.6.1 Sistematización (transcribir los datos y reducir en categorías y constructos).....	191
3.6.2 Triangulación (análisis).....	193
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>195</b>
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>195</b>
<b>4.1 SIGNIFICADO DE LAS VIVENCIAS CON RELACIÓN AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....</b>	<b>197</b>
4.1.1 Significado como hábito aprendido.....	198
4.1.2 Carrera adictiva.....	204
4.1.3 Conducta adictiva.....	214
<b>4.2 PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS Y ACCIONES QUE SE GENERAN DE LAS VIVENCIAS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES CON RELACIÓN AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....</b>	<b>218</b>
4.2.1 Pensares .....	220
4.2.2 Sentires .....	241
4.2.3 Haceres .....	269
<b>4.3 LINEAMIENTOS CON PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA PERSONA ADULTA MAYOR.....</b>	<b>291</b>
4.3.1 Propuesta de lineamientos con perspectiva gerontológica para el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor.....	292
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>303</b>
<b>CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>303</b>
5.1 Conclusiones.....	304
5.2 Recomendaciones.....	310
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>316</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>346</b>
Anexo N° 1.....	347
<b>FICHA DE REGISTRO .....</b>	<b>347</b>
Anexo N° 3.....	350
<b>DIARIO DE CAMPO .....</b>	<b>350</b>
Anexo N° 4.....	352
<b>GUÍA DE PREGUNTAS GENERADORAS.....</b>	<b>352</b>
Anexo N° 5.....	355
<b>GRUPO FOCAL .....</b>	<b>355</b>
Anexo N° 6.....	359
<b>LOS DOCE PASOS DE ALCOHÓLICOS Y ANÓNIMOS .....</b>	<b>359</b>
Anexo N° 7.....	360

<b>PROPUESTA DE LINEAMIENTOS PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN LA PERSONA ADULTA MAYOR, DESDE UNA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA.....</b>	<b>360</b>
<b>Anexo N° 8.....</b>	<b>373</b>
<b>MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL VIGENTE SOBRE DROGAS Y ACTIVIDADES CONEXAS.....</b>	<b>373</b>
<b>Anexo N° 9.....</b>	<b>377</b>
<b>MARCO NORMATIVO NACIONAL VIGENTE SOBRE DROGAS Y ACTIVIDADES CONEXAS (Tomado del Plan Nacional de Drogas 2013-2017, p.64-66).....</b>	<b>377</b>

## RESUMEN

**Introducción.** El número de personas adultas mayores a nivel internacional y en el territorio costarricense va incrementando, según menciona el I Informe de la situación de las personas adultas mayores de Costa Rica (ESPAM) (2008) “De acuerdo con las proyecciones de población vigentes en el país, aumenta el número de personas que cada año cumplen 65 años. En consecuencia, en el 2025 aproximadamente el número de personas adultas mayores se proyecta a 600 mil y en el 2050 es algo más de un millón 200 mill (Cap. 2; p.11). Lo anteriormente citado, unido a los datos reportados, según Bermúdez (2016) por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en ese mismo año: “Costa Rica lidera la carrera de la esperanza de vida en América Latina. Es el país con la mayor cantidad de años en la región (79,6) y es el primero en sobrepasar la barrera de los 80 años, en el período entre el 2015 y el 2020” (Recuperado el 13 de junio, 2016 en: [gobierno.cr/costa-rica-lidera-carrera-por-esperanza-de-vida-de-80-años-en-america-latina/](http://gobierno.cr/costa-rica-lidera-carrera-por-esperanza-de-vida-de-80-años-en-america-latina/)), forja un llamado de urgencia ante esta realidad y es uno de los motivos para realizar la presente investigación. Actualmente las drogas ilícitas, están siendo consumidas por las personas adultas mayores y su prevalencia está aumentando. Luego, por el consumo, aparecen las complicaciones clínicas y sociales que se constituyen en un problema de salud pública. Sin embargo, poco se sabe acerca de sus respuestas al tratamiento para la dependencia de estas sustancias. Además, la medición de resultados y su gravedad en esta población no se ha abordado, lo que conlleva a no conocer los efectos interactivos del consumo de drogas y la edad, el envejecimiento y la interacción con el sistema de salud, lo que llama a dar una respuesta a la relación entre envejecimiento, adicción a las drogas, género y salud. **Objetivo general:** Comprender las vivencias de las personas adultas mayores a lo largo de la vida en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas. **Objetivos específicos:** 1. Conocer el significado de las vivencias en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas de las personas adultas mayores participantes. 2. Identificar los pensamientos, sentimientos y acciones que se generan de las vivencias de las personas adultas mayores en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas. 3. Construir lineamientos con perspectiva gerontológica para el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor. El **referente metodológico** utilizado corresponde al paradigma naturalista-humanista, con un abordaje cualitativo y un diseño hermenéutico interpretativo. **Consideraciones finales:** Dentro de los factores de riesgo encontrados se encuentran las vivencias bajo condiciones precarias de existencia, entre ellas: la pobreza desde edades tempranas, relaciones familiares inestables y conflictivas, el desempleo, el maltrato familiar y social. Con relación al significado, este no es verbalizado explícitamente. El cual se logra extraer desde la discusión del mundo vivido; confiriéndoles tres grandes significados: como hábito aprendido, carrera y conducta adictiva. Este significado determinó sus pensares y sus sentires. Prevalecen los pensamientos de introspección. Y la edad (ser adulto mayor) parece ser un factor que determina o les favorece para mantenerse en sobriedad y en el camino de su recuperación.

## TABLA DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración 1. Pirámides poblacionales del 2020 y 2025. ....</b>	<b>42</b>
<b>Ilustración 2. Modelo crítico-holístico de salud internacional aplicado al fenómeno de las drogas y la violencia. ....</b>	<b>65</b>
<b>Ilustración 3. Determinantes sociales de la salud.....</b>	<b>72</b>
<b>Ilustración 5. Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital. ....</b>	<b>76</b>
<b>Ilustración 6. Determinantes del envejecimiento activo.....</b>	<b>77</b>
<b>Ilustración 7. Posibles escenarios para la futura morbilidad y longevidad.....</b>	<b>86</b>
<b>Ilustración 8. Envejecimiento exitoso.....</b>	<b>87</b>
<b>Ilustración 9. Estadios de la teoría del desarrollo de Erikson. ....</b>	<b>106</b>
<b>Ilustración 10. Modelo de Selección, Compensación y Optimización (SOC). ....</b>	<b>109</b>
<b>Ilustración 11. Escalera del consumo problemático de sustancias psicoactivas.....</b>	<b>118</b>
<b>Ilustración 12. Factores de riesgo del consumo problemático de sustancias psicoactivas. ....</b>	<b>126</b>
<b>Ilustración 13. Historia del uso problemático de sustancias psicoactivas. ....</b>	<b>129</b>
<b>Ilustración 14. Sistema dopaminérgico.....</b>	<b>129</b>
<b>Ilustración 15. El ciclo de la adicción.....</b>	<b>130</b>
<b>Ilustración 16. Modelo integral del consumo de sustancias psicoactivas propuesto por la OMS. ....</b>	<b>131</b>
<b>Ilustración 17. Sistema de recompensa cerebral.....</b>	<b>133</b>
<b>Ilustración 18. Comunicación interrumpida entre el centro del placer (cerebro primitivo) con el cerebro racional (corteza frontal). ....</b>	<b>134</b>
<b>Ilustración 19. Eje hipotalámico-hipofisiario-suprarenal (HHS) y glucocorticoides. ....</b>	<b>135</b>
<b>Ilustración 20. Efectos fisiológicos del cortisol.....</b>	<b>136</b>
<b>Ilustración 21. Alostasis.....</b>	<b>137</b>
<b>Ilustración 22. Criterios de la dependencia a las sustancias psicoactivas.....</b>	<b>141</b>
<b>Ilustración 23. Significado de las vivencias de las personas adultas mayores en relación al consumo de sustancias psicoactivas.....</b>	<b>198</b>
<b>Ilustración 24. Factores que incrementan la vulnerabilidad hacia la recaída. ....</b>	<b>214</b>





UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Shirley Karina Vargas Chaves, con cédula de identidad 603010621, en mi condición de autor del TFG titulado Vivencias de un grupo de personas adultas mayores con consumo problemático de sustancias psicoactivas: Una realidad invisibilizada desde una perspectiva gerontológica.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

Nombre Completo: Shirley Karina Vargas Chaves

Número de Carné: 973537 Número de cédula: 603010621

Correo Electrónico: shirley.vargaschaves@ucr.ac.cr

Fecha: 15 marzo, 2021 Número de teléfono: 70173180

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dr. Jaime Alonso Caravaca Morera

**FIRMA ESTUDIANTE**

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

**CAPÍTULO I**  
**REFERENTE INTRODUCTORIO**

## **1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

En esta sección se describe la búsqueda bibliográfica realizada, tanto a nivel presencial en las bibliotecas de la Universidad de Costa Rica como electrónica, acerca de los ejes temáticos de la presente investigación: proceso de envejecimiento en la vejez y el consumo problemático de sustancias psicoactivas en personas adultas mayores en el ámbito internacional y nacional.

### **1.1.1 Estado del arte a nivel mundial y nacional**

Mendoza et al. (2015) en el artículo “Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con el cuidado y la salud del adulto mayor” realizada con 2098 personas del padrón de usuarios del Instituto para la Atención del Adulto Mayor del Distrito Federal (IAAM-DF) de México, señalan que por razón de momios el consumo de alcohol, de tabaco y la dependencia de estos en este grupo de personas incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas, infecciosas y trastornos mentales, e influyen en su necesidad de recibir apoyo en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como en su percepción de disfunción familiar y se asocia con la percepción de salud y apoyo familiar.

Este artículo, a pesar de ser de otra latitud y realizado desde la perspectiva cuantitativa y sin un abordaje gerontológico, se considera un documento valioso como referente que justifica la importancia de realizar el presente estudio, porque señala el impacto de las sustancias psicoactivas en el proceso de salud-enfermedad de la persona adulta mayor.

En ese mismo año, en Colombia, Mendoza et al. publican el artículo “Significados del consumo de sustancias psicoactivas en indígenas estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia”. Realizan seis entrevistas semiestructuradas y en profundidad y dos grupos focales. Los autores caracterizan la diferenciación de significados del consumo de plantas tradicionales y de sustancias psicoactivas en comunidad indígena y occidental, el papel que juega el contexto, la interacción con pares y la identidad cultural. Además, expresan que se evidencia una transformación de significados y prácticas de lo tradicional a lo occidental, resultante de conocimientos y vivencias adquiridas en la ciudad, interacción con el occidentalismo que puede resultar perjudicial, a causa de la débil identidad cultural.

Si bien es cierto, este artículo se refiere a estudiantes indígenas, muy diferentes de las personas estudiadas en nuestra investigación, es importante considerarlo ya que ayuda a la comprensión de significado del contexto en las prácticas del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Por su parte, Guimaraes et al. (2014) en la investigación "Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas médicas usadas sin prescripción en una muestra poblacional de personas adultas mayores beneficiarias del programa de pensión alimentaria del IAAM-DF de México, refieren que no existen estudios acerca del uso de sustancias psicoactivas en población de 69 años y que se carece de información sobre los factores de riesgos que son determinantes para la carga de la enfermedad en este grupo en particular. Concluyen que la prevalencia de consumo de sustancias es mayor en hombres, con excepción de las drogas médicas. Los factores asociados que destacaron fueron el sexo y los mejores niveles económicos. Este estudio es digno de considerarlo en la presente investigación, debido a que permite ratificar la pertinencia social de la misma.

En este mismo año, el Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social realizan el "Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013" el propósito de este estudio es brindar información actualizada sobre la magnitud y las características del consumo de drogas. Confirma la existencia de una amplia variedad de sustancias tanto lícitas como ilícitas (marihuana), con uso extendido en una parte importante de la población y con mayor presencia en las personas jóvenes. Los resultados encontrados han conllevado al Ministerio de Salud y Protección Social a la construcción del Plan Nacional para dar respuesta articulada e intersectorial para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021.

De esta forma, se puede enfrentar el abuso de drogas y sus consecuencias, reforzando los abordajes de salud pública y los derechos humanos expresados en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Drogas y su Impacto. El discurso de estas instituciones si bien es cierto, no es específico en personas adultas mayores, resulta atinado considerarlo, debido a que permite reafirmar la relevancia social de este grupo, considerando la importancia de una respuesta articulada multisectorial con un abordaje de

derechos humanos y salud pública desde el Estado, a través de una política de impacto nacional.

A su vez, Barbosa et al. (2014) en su investigación desarrollada en Colombia y denominada “Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados”. Explican este estudio desde un abordaje cualitativo, basado en referentes epistémicos y metódicos del construccionismo social y la hermenéutica.

Como técnica para recoger los datos, utilizan la entrevista en profundidad, luego la transcriben literalmente, lo que permite determinar algunas categorías de análisis emergentes, las organizan y codifican en matrices categoriales y se inicia propiamente el análisis, desde un punto de vista interpretativo de tipo individual y uno comparativo para contrastar similitudes y diferencias entre los participantes. Estos resultados se organizaron en cuatro categorías (vivencias asociadas al inicio del consumo, historia de consumo dentro de las relaciones familiares, consumo dentro de las relaciones con pares y proyecto vital).

Concluyen que las personas adolescentes buscan en sus pares un reconocimiento dentro del grupo, esto constituye un factor de riesgo para el consumo de sustancias adictivas y de actos delictivos, ya que los llevan a experimentar emociones nuevas. El significado que le asignan a la vivencia con su grupo familiar es de falta de apoyo, lo que utilizan para justificar el consumo. Sin embargo, manejan expectativas positivas a futuro, pues no quisieran que sus hijos repitieran estas historias. Esta investigación pone de manifiesto la importancia de la familia, y de los grupos de pares como red de apoyo afectiva y efectiva, ambas dimensiones a considerar, desde un punto de vista social, en la presente investigación.

Asimismo, Mendoza et al. (2013), con el apoyo del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRF) y el Instituto para la atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM-DF), realizan la investigación: "Consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en la Ciudad de México". Refieren que es el primero en su tipo, puesto que hace 40 años se realizan estudios para conocer el estado de salud y el consumo de alcohol y de otras sustancias (tabaco, drogas ilícitas y uso de medicamentos fuera de prescripción médica) en la población adolescente y adulta hasta 65 años.

Por otra parte, dicen que se sabe poco del consumo de sustancias, así como de los problemas de salud que causan (cáncer, enfermedades circulatorias, respiratorias o neurodegenerativas, entre otras) en el grupo que se encuentra en la adultez mayor. La información brindada es relevante y se constituye en uno de los antecedentes más significativos debido a que reafirma y fortalece la motivación para realizar la presente investigación. A su vez, da validez social y científica para desarrollar el tema planteado.

Por otro lado, Moreno y Zapata (2013) en Colombia publican el artículo “Etnografía de prácticas delictivas y consumo de sustancias psicoactivas ilícitas entre jóvenes infractores de la ciudad de Manizales”. Comentan que el análisis se realiza en tres momentos, siendo el primero la presentación teórica del fenómeno. Para esto hacen la descripción de los procesos de socialización primaria en las familias de las personas jóvenes sujetas a estudio y del acercamiento a sus realidades sociales. Lo que permite leer el tipo de relaciones interpersonales en el núcleo familiar, para comprender los valores de formación de la personalidad en el joven infractor.

En el segundo momento, se presentan las tendencias delictivas de la persona joven infractora, a partir de su relación con el grupo de pares en la calle y la forma en que se inicia en prácticas del crimen con su red de amigos fuera del hogar. Finalmente, observan los procesos de socialización y el desarrollo de las prácticas sociales. Concluyen que hay una correlación entre el delito y el consumo de drogas, inducida en gran medida por los procesos de socialización y las condiciones socioeconómicas de las familias estudiadas. Es valioso tomar en cuenta este artículo. El brinda, desde una perspectiva etnográfica, la importancia de incluir los procesos de socialización de las personas que consumen sustancias psicoactivas, aspecto importante a valorar para el desarrollo del presente estudio.

Por otra parte, el programa regional de especialización on-line de capacitación en investigación sobre el fenómeno de las drogas en América Latina PREINVEST perteneciente a la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2013) confirma que, a partir de los noventa, los conocimientos provenientes de investigaciones han brindado información sobre la historia y evolución de las enfermedades manifestadas por el abuso de drogas; proporcionando técnicas de diagnósticos más confiables. Sin embargo, dichos saberes no han permeado en buena parte a los y las profesionales de las instituciones de salud que trabajan con esta temática.

Asimismo, continúa afirmando que estos argumentos justifican la necesidad de compartir conocimientos específicos, inquietudes y experiencias con profesionales que, a diario, se enfrentan con situaciones asociadas al uso de drogas (enfermedades, accidentes, manifestaciones de violencia, entre otros).

Este programa de la CICAD es de suma importancia para nuestro trabajo. Da elementos para la reflexión sobre este fenómeno que acompaña a los seres humanos desde su inicio, los ciclos de exacerbación y la falta de control por parte de las sociedades formalmente constituidas en la actualidad. A su vez, recalca la importancia de desarrollar temas con la temática planteada y su respectiva divulgación científica.

Igualmente, en el año 2012, Gil y Giraldo, en Colombia desarrollan la investigación “Significado y sentido del consumo de sustancias psicoactivas entre jóvenes de la ciudad de Medellín”, cuyo aporte a la investigación es teórico metodológico al mencionar una serie de factores que influyen e intervienen en el proceso de desarrollo y establecimiento de la personalidad en la vida de todo ser humano, de esta manera puede reconocer el conjunto de elementos que deben tenerse en cuenta para la comprensión de una persona que consume sustancias psicoactivas. Este es un aporte importante para fortalecer no sólo lo teórico, sino los elementos que constituyen la recolección de datos relacionados con la temática de sustancias psicoactivas.

Torres et al. (2010), realizan la investigación “Representación social del consumo de marihuana en un grupo de jóvenes consumidores, de la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia”. Esta busca comprender el proceso de construcción de las representaciones sociales sobre dicho consumo en relación con las personas y con los escenarios donde se llevan a cabo. Además, trata de establecer el primer acercamiento de las personas jóvenes con esta sustancia. Concluyen que los elementos constitutivos de la representación social frente al consumo de marihuana, se construye a partir de las actitudes, prejuicios, creencias y la propia experiencia. Es decir, a partir de los contextos del consumo de dicha sustancia adictiva. Elementos importantes por considerar en el planteamiento de la presente investigación.

Por su parte, López y Rodríguez-Arias en este mismo año (2010), en España, publican el artículo: “Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo”. Ellos aplican el cuestionario CTCYS a

2.440 adolescentes para detectar los factores protectores y de riesgo en la comunidad, la familia, la escuela y el grupo de iguales/individuo; diferencias en protección y riesgo según edad y sexo y relación entre dichos factores y consumo. Se trata de un estudio cuantitativo en 12 municipios que constituyen la muestra. Se contacta a 14 centros educativos de la zona para proponerles la participación en el proyecto. De ahí recogen 2.650 cuestionarios, con una muestra total de (N= 2440). Entre sus principales hallazgos refieren que los factores de protección son elevados y los factores de riesgo son altos en comunidad, escuela e individuo [persona].

Concluyen que, las personas adolescentes mayores tienen más riesgos y menos protección que los pequeños; y se dan diferencias según el sexo, contando los chicos con menos protección y más riesgos que las chicas. Entre los factores de riesgo más relacionados con el consumo problemático de sustancias son la disponibilidad de drogas, las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar de conducta antisocial, el inicio temprano y el consumo de los amigos [amigas], el riesgo percibido con respecto al consumo y las actitudes favorables al consumo; y entre los factores de protección destaca el papel de las habilidades sociales frente al consumo de alcohol.

Este artículo es importante porque vuelve a colocar a la familia como principal fuente de apoyo para la prevención del consumo de las sustancias psicoactivas. Seguidamente están los y las amigas como grupos pares que pueden favorecer o no el consumo. Igualmente nos muestran las habilidades sociales de las personas para mitigar el encuentro con las drogas.

En esta misma línea, Grella & Hamilton (2009) en el estudio “Gender Differences Among Older Heroin Users”, (Diferencias de género del uso de la heroína en las personas adultas mayores). Consideran en su estudio a 38 personas (19 mujeres y 19 hombres) adultas mayores de 50 años, de Los Ángeles, California, con historias de dependencia a la heroína. Entre las conclusiones refieren que las diferencias notables de género no fueron evidentes en las experiencias cualitativas de los participantes. Sí encontraron relación entre los efectos interactivos del consumo de drogas y el envejecimiento. Además, la edad y la interacción con el sistema de salud y otros sistemas sociales ayudaron a desenredar la complicada relación entre envejecimiento, adicción a las drogas, sexo y salud.



Este trabajo es necesario considerarlo como referencia debido a que muestra el papel primordial que juega la construcción social en la vivencia de la adicción, según el género (mujer, hombre u otra tendencia sexual) y también las diversas realidades vividas con la droga a las que se enfrenta la persona según el género. A su vez, confirma la importancia de investigar el tema y analizar la interrelación entre el proceso de envejecimiento, adicción y género.

Por su parte, en el 2009, Escobar desarrolla la investigación “Vivencias de los familiares de adolescentes consumidores de sustancias ilícitas, frente al consumo de estas en el segundo semestre del 2008, Colombia”. Expresa que el proceso seguido en este estudio es de tres momentos básicos: el antes de enterarse del consumo, esto para identificar los conocimientos, pensamientos y acciones; el durante, en que se describen los sentimientos, comportamientos y dificultades que genera dicho consumo y el después, cuando se busca reconocer en los familiares las opiniones, planes y enseñanzas que surgen a través de dicha experiencia.

Refiere que los participantes consideran que el consumo de sustancias ilícitas es un problema que no solo afecta a las personas jóvenes, sino también a ellos [familia y personas cercanas], ya que experimentan vivencias negativas que traen consigo sufrimiento y desesperación. Asimismo, dicen sentir que enfrentan esta problemática solos y no reciben ayuda del Estado y sus entidades. Además, relevan que ante el desconocimiento que tienen dichos familiares, es de gran importancia trabajar sobre el consumo y la creación de espacios tales como deporte, educación y otros.

Esta investigación es importante considerarla porque reafirma lo que otras investigaciones mencionadas con anterioridad han tenido como hallazgos las redes de apoyo, principalmente la familia, con una doble perspectiva: unidad de atención y soporte de cuidado, dato que dirige la mirada al fenómeno de las drogas y a la persona adulta mayor.

Continuando, Huedo et al. (2009), desarrollan la investigación denominada: “Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia”. El objetivo de este estudio es estimar la relación entre el patrón de consumo del alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes y los factores de socialización como predictores de su consumo. La muestra fue de carácter incidental, compuesta por 292 estudiantes de 1º a 4º

de Educación Secundaria obligatoria. Ellos definen distintos modelos de discriminación del consumo, una vez conocida la existencia del mismo para cada una de las sustancias, en función de las distintas variables individuales y de socialización.

Entre las principales conclusiones mencionan que la discriminación entre las personas adolescentes que consumen más o menos tabaco viene dada en función de una educación familiar sin normas bien establecidas, de la existencia de consumo de cannabis y de una edad temprana de inicio. En cuanto al consumo de alcohol, las personas jóvenes que beben más habitualmente se discriminan entre los que lo hacen en menor medida cuando predominan actitudes favorables al consumo de este por parte del grupo de iguales y cuando a su vez consumen con frecuencia cannabis.

Finalmente, la mayor frecuencia de consumo de cannabis está relacionada con una también mayor frecuencia de consumo de tabaco, de alcohol, el fácil acceso a las drogas y un grupo de amigos y amigas con actitudes y comportamientos favorables a las mismas.

Los resultados confirman las hipótesis de partida dando relevancia a las variables sociales y familiares como factores de riesgo para la transición del uso experimental de sustancias, a un uso más habitual y frecuente en la adolescencia y las implicaciones para el desarrollo de programas preventivos. Afirman que existe una notoria necesidad de reducir los factores de vulnerabilidad familiar a través de relaciones equilibradas basadas en afecto, apoyo y niveles consensuados de supervisión y control.

Las variables grupo de amigos, vulnerabilidad familiar y consumo de drogas han tenido un peso específico en los mejores modelos de consumo. Por lo tanto, deben ser estudiadas en profundidad para evitar el fracaso de los programas de talla única. De esta forma, si no se puede eliminar totalmente el consumo, al menos lograr reducirlo considerablemente. La investigación debe continuar el desarrollo de modelos teóricos útiles que pueden ser referentes para la investigación futura.

Esta investigación es de vital importancia para el desarrollo del presente estudio porque enfatiza en los valores de la amistad, la familia y el acceso a las drogas como variables o categorías a considerar en cualquier programa de rehabilitación, contexto que no evade a las personas adultas mayores.

Por su parte, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), en el informe del año 2008 menciona que casi un tercio de todos los medicamentos que se

recetan lo consumen las personas mayores de 65 años, entre ellos benzodiazepinas y analgésicos opiáceos. La prescripción y el abuso de medicamentos psicoactivos es más alta en las mujeres que en los varones de los diferentes grupos de edad. Además, expresan que el abuso intencionado (dosis mayores de las prescritas, durante largos períodos) de dichos fármacos de venta con o sin receta, implica la acumulación de medicación y el consumo de medicamentos con alcohol. Asimismo, refiere que en la actualidad las drogas ilícitas, están siendo consumidas por las personas adultas mayores y su prevalencia está aumentando. Por tanto, este informe reafirma la importancia y evidencia de la gravedad y urgencia de realizar el presente estudio.

Por otro lado, Owen & Slaymaker (2008), en la investigación “Alcohol and Other Drug Dependence Severity Among Older Adults in Treatment: Measuring Characteristics and Outcomes. (“Dependencia severa del Alcohol y Otras Drogas de las personas adultas mayores en Tratamiento: Características de medición y resultados”), expresan que, en muchos países, hay una proporción considerable entre la población adulta que ha tenido algún tipo de experiencia con las drogas. Entonces aparecen las complicaciones clínicas y sociales desencadenadas por el consumo problemático de sustancias psicoactivas que constituyen un problema de salud pública.

Aunado a esto, mencionan que el número de personas adultas mayores va en aumento. Sin embargo, poco se sabe acerca de sus respuestas al tratamiento para la dependencia de estas sustancias. Aunque se han desarrollado medidas apropiadas para su edad para la depresión y de detección de alcohol, la gravedad y la medición de resultados para esta población no se ha abordado. Este estudio confirma la escasez de investigaciones que abarcan la temática planteada.

Por su parte, Wallace, Sairafi & Weeks (2006), en su artículo “Tobacco Cessation Counseling Across the Ages” (“Consejería para dejar de fumar a través de las edades”), el cual tiene como objetivo examinar las tasas recientes de consejería para la cesación de fumado y la relación con la adherencia al tratamiento según la edad y el sexo de la persona. El resultado más significativo es que las tasas de asesoramiento de las personas consumidoras de tabaco han disminuido al 6% y que son varones de 75 y más años.

Destacan que dicha tasa explica, por un lado, que las personas proveedoras de la consulta solicitan a las personas que les indiquen si consumen tabaco. Sin embargo, es

poco frecuente que les aconsejen dejar de fumar, especialmente si son hombres adultos mayores. Por otro lado, hay limitaciones de tiempo, así como conceptos erróneos acerca de la capacidad y la disposición de las personas usuarias de mayor edad para dejar de fumar. Además, concluyen que dichos proveedores deben ser reeducados sobre la necesidad y la eficacia de la consejería para dejar de fumar para los hombres y mujeres de todas las edades.

Las personas autoras antes mencionadas son consideradas en nuestro estudio ya que confirman la urgencia y necesidad de abordar el consumo de sustancias psicoactivas en personas adultas mayores. Además, reafirman la necesidad urgente de reeducar a aquellas personas profesionales que brindan servicios de salud a las de más edad, aspecto que brinda pertinencia desde el abordaje gerontológico.

En este mismo sentido, Crome & Crome (2005), personas investigadoras del Hospital Universitario de North Staffordshire, Newcastle Road del Reino Unido, en su artículo de revisión documental “At your age, what does it matter?” — myths and realities about older people who use substances” (“A tu edad, ¿qué importa?” - Mitos y realidades acerca de las personas mayores que consumen sustancias)

Subrayan que se hace énfasis en la educación, la prevención y la política que las personas mayores no abusan de dichas sustancias. Sin embargo, la epidemiología demuestra lo contrario: las personas de 65 años en adelante, que, en el Reino Unido, constituyen ahora el 17% de la población total, utilizan y hacen mal uso de una variedad de sustancias psicoactivas. Toman los medicamentos prescritos para las dolencias físicas y psiquiátricas, compran medicamentos que no pueden tomar según las instrucciones, beben alcohol, fuman cigarrillos y usan drogas ilícitas como el cannabis, la heroína y la cocaína.

Estos fármacos prescritos pueden ser beneficiosos, pero producen toxicidad, síntomas de abstinencia física y daño psicológico después de su uso a corto o largo plazo. Además de producir otros efectos adversos, al interactuar unos con otros. Este trabajo denota que se ha incrementado el consumo problemático de sustancias psicoactivas en las personas adultas mayores, por lo que insisten en la necesidad urgente de realizar el presente estudio.

Otro dato importante para sumar a lo anteriormente expuesto es el artículo de Góngora y Leiva (2005) denominado “El alcoholismo desde la perspectiva de género”.

Ellos señalan que las mujeres con problemas de uso y abuso de sustancias psicoactivas tienden a experimentar un estigma doloroso que destruye la imagen que tienen de ellas ante los demás. Esto es asociado a ser mujer enferma para toda su vida desde su espacio privado, es mal juzgada en el ejercicio de su rol materno (no brinda el cuidado socialmente esperado a sus hijos e hijas) y, públicamente, es vista como alguien que no es capaz de controlar su situación familiar, a diferencia de los hombres. Este artículo es relevante para nuestro estudio ya que brinda elementos argumentativos para un abordaje desde el género que se toma en cuenta en este trabajo.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2004) en el informe de carácter neurocientífico denominado "Informe sobre neurociencias y consumo de sustancias psicoactivas" destaca el estado actual de los conocimientos sobre los mecanismos de acción de diferentes tipos de sustancias psicoactivas. Explica que el consumo de estas puede conducir a la aparición del síndrome de dependencia y lo define como un trastorno crónico recidivante, es decir, es una enfermedad que vuelve a aparecer después de la sanación de este o que la persona vuelve a recaer sobre esta, con una base biológica y genética.

De esta manera, el abandonar el consumo problemático no se debe únicamente a falta de voluntad, también se analizan los factores sociales y ambientales que influyen en la dependencia, además la importancia de las intervenciones y las implicaciones éticas de las nuevas estrategias de intervención biológica. Los diversos problemas sanitarios y sociales asociados al consumo problemático y a la dependencia tienen implicaciones en la esperanza de vida y deterioran la calidad de esta. Por ello se requiere mayor atención por parte de la salud pública, por medio de respuestas políticas apropiadas para abordar el problema.

Este informe, se constituye en un referente más para esta investigación, que si bien es cierto tiene una visión de salud pública, debe ir de la mano de la visión gerontológica de este proceso en esta etapa de la vida. Se debe entender que el consumo problemático de sustancias psicoactivas a cualquier edad siempre va a tener repercusiones importantes en la vida diaria de las personas. En la adultez mayor tiene mayor vulnerabilidad a nivel personal, familiar, social, de salud, considerando, en primera instancia, la base biológica y genética y posteriormente los factores de índole social, económico, psicológico, entre otros, que inciden también en el consumo problemático en esta población.

En esta misma línea, los informes derivados del Departamento de Salud del Reino Unido (2001) mencionados por Wadd y Galvani (2014), señalan, por un lado, que, si bien es cierto, la política y las estrategias nacionales de cesación del tabaco y la reducción del daño del alcohol en personas jóvenes han logrado tener impacto, estas tuvieron fallos al omitir al grupo de personas adultas mayores. Ellas se encuentran en la difícil situación de abusar de sustancias en mayor grado, cada vez a mayor edad. Por otro lado, expresan su inquietud por el consumo problemático de sustancias psicoactivas en personas de edad media hasta la etapa de la vejez. Lo que más les preocupa no es necesariamente la muerte de estas personas, sino la poca información que aún se tiene acerca de las experiencias de salud y de las necesidades de tratamiento de la población adulta mayor.

Asimismo, afirman que en la actualidad es un grupo invisible que está siendo descuidado y más estigmatizado. Esta brecha perjudica seriamente, no solo a las personas que consumen, sino a su familia, a la sociedad y al mismo Estado.

La investigadora del presente estudio, como futura gerontóloga, considera este informe muy relevante. Es fundamental tomarlo en consideración por dos razones. La primera, porque evidencia que se está incrementando el consumo problemático de sustancias psicoactivas en personas adultas mayores y la segunda porque no se visualiza a la población adulta mayor como consumidora activa de sustancias psicoactivas. Esto da pie a la estigmatización, aunado a la permeabilidad de los mitos y estereotipos sobre el proceso de envejecimiento y sobre la etapa de la vejez.

Por su parte, Feldman et al. (2000) Canadá, en el estudio “Acute cardiac ischemia in patients with cocaine-associated complaints: results of a multicenter trial” (Isquemia aguda cardíaca en pacientes con síntomas asociados a la cocaína: resultados de un ensayo multicéntrico) describen las características de un gran grupo de personas que acudieron a los servicios de urgencias con síntomas asociados a la cocaína compatibles con isquemia cardíaca aguda (ACI). Luego determinan la incidencia de confirmado ACI incluyendo infarto agudo de miocardio (IAM). Ellos encuentran que cerca del 3% de las personas con angina pectoris que buscan asistencia en emergencias, refieren consumo previo de cocaína. Es relevante considerar la investigación de estos autores. Ella muestra un panorama donde la droga parece formar parte de la vida de las personas, pero en un patrón de uso nocivo, ya

que los problemas de salud vinculados al consumo parecen estar presentes con más frecuencia de lo imaginable.

En resumen, los estudios a nivel internacional afirman que el consumo problemático de sustancias psicoactivas, incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas, infecciosas y trastornos mentales a cualquier edad. Estas enfermedades posteriormente van a influir en la necesidad de recibir apoyo en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Además, nos recuerdan el papel de la familia, del contexto, de la interacción con pares o grupos de iguales, de las habilidades sociales, de la identidad, del proyecto de vida y de la identidad cultural, entre otros factores, señalizados a ser considerados como protectores o de riesgo en la población que consume sustancias.

A su vez, las diversas investigaciones llevadas a cabo en las diferentes latitudes refieren que no existen estudios acerca del uso problemático de sustancias psicoactivas en la población de 65 años y más. Hay muy pocos estudios hasta los 65 años. Por ello, es muy escaso el conocimiento generado o existente de la situación del grupo humano que se encuentra en la adultez mayor. La información generada no ha permeado en buena parte entre las personas profesionales de las instituciones de salud que trabajan con esta temática, por lo tanto, se hace énfasis en la importancia de la respectiva divulgación científica.

Del mismo modo, afirman que la prevalencia es mayor en el sexo masculino, con excepción de las drogas médicas. Abogan por la realización de estudios que brinden información actualizada sobre la magnitud y las características del consumo de drogas en esta población en específico. Esto daría respuesta articulada e intersectorial para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo problemático de sustancias psicoactivas desde un abordaje de salud pública, de género y de derechos humanos que proporcionen una política con verdadero impacto nacional.

### **1.1.2 Nivel nacional**

A nivel nacional también existen muy pocos estudios relacionados con la temática a investigar en la población adulta mayor. Entre las disciplinas que abordan solo la temática de drogas o sustancias psicoactivas tenemos enfermería, derecho, farmacia, psicología, trabajo social, ciencias políticas, sociología, especialidades en psicología clínica, en

anestesiología y recuperación, en medicina legal, posgrados en psiquiatría, en farmacodependencia, en historia. En su mayoría, los estudios están dirigidos a la población adolescente o realizan una mirada desde las políticas públicas. Sólo enfermería hace una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la persona adulta mayor en el período 2013-2014. Sin embargo, ninguna de las anteriores incorpora el abordaje gerontológico.

A continuación, se muestran los principales estudios revisados exhaustivamente que consideraron las temáticas directamente relacionadas creando de esta manera el Estado de la cuestión a abordar.

En el año 2016, a través de la modalidad de tesis para optar al grado de Licenciatura en Derecho, defendida por Castro y denominada: “Alternativas jurídicas a la política antidrogas costarricense en materia de cannabis”, se abordan dos temas en particular. En un primer momento, describe los usos históricos de la sustancia. En un segundo momento realiza, según plantea el autor, desde un punto crítico, la legislación antidroga costarricense. Dentro de sus conclusiones, refiere que la legislación sobre esta sustancia psicoactiva es represiva. Por ello se ha logrado muy poco o nada al tratar de reducir la cantidad de personas consumidoras o de droga. A su vez, afirma que existe una clara incongruencia sobre lo que se entiende por “drogas”, ya que la mayoría aplica este término únicamente a las drogas ilegales, cuando en realidad, el mismo abarca todas las sustancias que generan efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC).

Continúa afirmando que cannabis es inocua, alega que no es dañina y que por tanto se ha prohibido sin ninguna base científica. No obstante, refiere que el consumo de marihuana se asocia con lo que se llama el derecho de alterar el estado de conciencia, Derecho que muchas personas alegan debe ser respetado y no perseguido. En consecuencia, asevera que el consumo de marihuana debería gozar de la misma permisividad que disfrutaban algunas drogas legales como el alcohol y el tabaco. Insiste en la necesidad de replantear las políticas y la legislación antidrogas vigentes en Costa Rica para que sean menos dañinas para el país que las actuales políticas represivas.

Lo anteriormente mencionado es una información que da pie a la realización de la presente investigación, pues efectivamente se mantienen una serie de mitos alrededor de los “posibles beneficios” de las sustancias psicoactivas. Lo cierto es que las drogas son todas



aquellas sustancias que tienen un efecto en el SNC, sin embargo, no todas ellas generan una alteración de la consciencia.

La marihuana no es inocua, hay una acción de esta sustancia en el núcleo accumbens del hipotálamo del cerebro que produce una modificación morfológica. Esto se denomina, neuromodulación, lo que da pie a los procesos de tolerancia, al síndrome de abstinencia y por ende a la dependencia. Su consumo produce dificultades en la capacidad de aprendizaje, problemas de concentración, altera la memoria inmediata y desmotiva. Ello afirma que sí hay una base científica que permite confirmar el daño que causan no sólo el cannabis, sino también el tabaco y el alcohol, entre otras sustancias psicoactivas, en el organismo de la persona. Es evidente que aún falta enfatizar y visibilizar los posibles efectos negativos de estas drogas en las personas a lo largo de su vida.

Un año más tarde, Aguirre et al. (2015), desarrollan el seminario de graduación para optar al grado de Licenciatura en Ciencias Políticas denominado: “Las políticas contra las drogas de Estados Unidos en México y América Central: sus consecuencias 2007-2013”. Este trabajo muestra un análisis crítico reflexivo sobre el tema. En el capítulo siete, se hace referencia al fenómeno de las drogas en el territorio nacional, pasando desde el Estado del narcotráfico, hasta la institucionalidad y la legislación referente a la lucha contra las drogas. Si bien es cierto, la temática a tratar es de corte internacional pues hace referencia a palabras como imperio y hegemonía, la situación del país no es ajena a esta realidad universal. El aporte de esta investigación es el poner en manifiesto un panorama sobre las drogas a nivel nacional. Este se puede contemplar como insumo en el marco teórico para el desarrollo de la presente investigación.

En este mismo año, Jiménez (2015), desarrolla la tesis para optar al grado de Psicología: “Factores de riesgo presentes en recaídas en el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia”. Es un estudio cuantitativo, con alcance correlacional y transversal, con una muestra de 107 adolescentes que reciben atención ambulatoria en el Centro de Menores del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. Concluye que las variables intrapersonales como regulación emocional (conductas dirigidas a metas), control atencional (atención focalizada), estados emocionales negativos y búsqueda de sensaciones positivas son factores de riesgo determinantes en las recaídas en el consumo de drogas.

Esta tesis es importante para el presente estudio porque los factores mencionados como riesgos son aspectos presentes no sólo en la etapa de la adolescencia, sino en las etapas posteriores, principalmente en la etapa de la vejez, lo que este estudio pretende visibilizar.

En este mismo tiempo, Badilla et al. (2015) desarrollan el seminario de graduación para optar al grado de licenciatura en Psicología denominado: “Consumo de drogas y colegios: una aproximación crítica a los programas preventivos dirigidos a personas adolescentes escolarizadas”. Este estudio se desarrolla con personas adolescentes que asisten a algún colegio de la zona central de la provincia de Limón con la aplicación de grupos focales a la población en estudio y de entrevista semiestructurada a informantes claves, triangulando con revisión documental, según refieren.

Entre sus principales hallazgos cuentan que las personas adolescentes expresan la falta de información, pese a que la Ley 8093 en el artículo 3 (Capítulo de competencias institucionales) afirma que el Programa Nacional de Educación contra las drogas debe iniciar desde la educación preescolar hasta el último año de educación secundaria. En razón de lo anterior, concluyen que, a pesar de la existencia de varios programas y proyectos a nivel escolar y colegial, se mantienen los desafíos, pues los esfuerzos aún no alcanzan el impacto esperado. Debido a esto, puntualizan la importancia y urgencia de que el Ministerio de Educación Pública (MEP) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) reaccionen de una manera más efectiva.

A su vez, mencionan la educación junto con el desarrollo de políticas eficientes como factores protectores para la prevención de drogas. Sin embargo, el panorama es que el sector de educación más bien excluye del sistema a las personas adolescentes en proceso de consumo problemático de sustancias psicoactivas y que a pesar de los esfuerzos en la política pública no se está siendo eficiente. Además, no consideran a la familia y a la comunidad dentro del proceso de educación para la prevención.

Aunado a lo anterior, Badilla et al. (2015) señalan que hace falta el seguimiento y evaluación de los programas y actividades sobre el tema, se deben considerar las opiniones, las necesidades, los gustos y el contexto de la zona. Tampoco hay suficientes espacios físicos ni personal capacitado para dedicarse exclusivamente a este tema. En todo caso, el posible programa representa una sobrecarga para el (la) docente que lo imparte, lo que

podría estar afectando la viabilidad del proyecto y el establecimiento de vínculos efectivos con los(as) adolescentes.

Por lo tanto, se destaca la necesidad de revisión de la normativa, protocolos, reglamentos internos y políticas públicas, pues no están respondiendo a las necesidades de la población meta. Para que así sea, se requiere que se elimine toda política discriminatoria, estigmatizante, moralista y de corte represivo. A su vez se plasma primero, la necesidad de una claridad de las competencias y funciones de las instituciones. Además, la concienciación de que las drogas son un problema de salud pública. Los reglamentos internos de los Centros Educativos no pueden apuntar a la exclusión del sistema sólo por el consumo.

Esta investigación es importante para el presente estudio pues aporta la importancia de visualizar la temática de las sustancias psicoactivas desde la edad preescolar hasta la secundaria. Es una línea del tiempo suficiente para dar herramientas personales con el fin de enfrentar las diferentes situaciones; entre ellas: las drogas. Sin embargo, en este mismo trabajo se señalan las deficiencias que han influido en el impacto esperado en la población, lo que conlleva a darle un carácter de relevancia como antecedente de la investigación en desarrollo. Al no generar un impacto positivo en las personas meta, estas continúan sin las herramientas personales, sociales, políticas, institucionales, entre otras, para enfrentar su situación de uso, consumo o adicción, aspecto que se quiere visibilizar en el desarrollo de la presente memoria.

Asimismo, Mora (2015), desarrolla la investigación mediante la modalidad de tesis: “Factores protectores en la prevención de consumo de drogas en adolescentes en riesgo” para optar al grado de licenciatura en trabajo social. Es un trabajo cualitativo, con aplicación de las técnicas de observación no participante y entrevista no estructurada a las personas del estudio. Dentro de sus principales conclusiones refiere que la resiliencia de las personas se convierte en un factor protector, unido al concepto negativo que poseen acerca de las drogas. Ello hace que tengan una conciencia del daño que producen y piensen en las posibles consecuencias. A la vez de desarrollar un buen autoconcepto y una buena autoestima, logran identificar sus aspectos débiles y sus aspectos fuertes. Es decir, observan sus cualidades, habilidades o destrezas y se valoran de forma positiva.

Continúa mencionando otros factores protectores como un buen manejo de la presión grupal y una comunicación asertiva, un proyecto de vida que dé sentido a su existencia, la inmersión en el sistema educativo porque les permite ocupar gran parte de su tiempo libre, la interacción con el grupo de pares y en lugares donde se puede obtener información sobre las drogas. Además, agrega el mantener el sentido del humor, lo que representa una forma para manejar el estrés o la presión.

También les facilita establecer relaciones interpersonales que les genera compañía, el establecimiento de una red de apoyo social y el recibimiento de sentimientos de aprecio.

La autora menciona la presencia de valores como la empatía, la espiritualidad, la capacidad de escuchar con atención y comprender los pensamientos y sentimientos de las demás personas, la solidaridad y la tolerancia. También recalca la importancia de la presencia efectiva de la familia, involucrada en la dinámica de los(as) adolescentes con permisos y límites que los orienten y acompañen.

Dentro de las principales recomendaciones expresan tomar en cuenta la perspectiva de género, el abordaje desde los derechos y deberes, la capacitación del personal, la estandarización de conceptos en la misma organización que deben ser actualizados cada cierto tiempo, el fomento de la creatividad profesional y nuevas estrategias de abordaje. Al mismo tiempo, considerar la opinión de la población meta para reformular objetivos y/o acciones del programa.

Otra recomendación importante es la imperativa necesidad de involucrar a la familia en el proceso que se desarrolla en la organización y a nivel comunal. Es necesario identificar los recursos existentes. No obstante, refiere que, ante posibles limitaciones o escasez de estos, es indispensable que se ubiquen aquellos que no necesariamente se localizan en la zona, pero que pueden prestar algún servicio o beneficio a esta población. Esto con el propósito de elaborar un banco de recursos que pueda estar al alcance de las personas adolescentes. Una herramienta que les permita visualizar opciones de satisfacción de necesidades formativas, recreativas, espirituales, laborales, entre otras. La identificación de recursos, a su vez, debería aprovecharse para iniciar redes en que estos se unifiquen y se dé una proyección integral de los servicios.

Por último, apunta a que el rol del(a) profesional debe ser facilitadora y no responsable de un cambio. Su papel debe ser protagonista y no un simple sujeto de ayuda.

La persona debe ser capaz de identificar sus propios recursos y la forma en que los está utilizando [es decir, el/la persona profesional facilita el proceso de empoderamiento del(a) otro(a)].

Por su parte, en el 2014, Vargas realiza la tesis “Alteraciones neuropsicológicas por el consumo crónico de Cannabis Sativa: revisión bibliográfica” para optar al grado y título de especialista en psicología clínica. Menciona que el consumo de esta sustancia es creciente por el acceso físico y económico. Unido a lo anterior, refiere que la información brindada día a día sobre sus propiedades positivas y negativas hace que afloren diversas interrogantes sobre su uso. Además, afirma que, al darse el consumo en el primero y segundo nivel de atención, no lo abordan, sino que realizan la referencia al tercer nivel de atención [en el mejor de los casos]. Manifiesta que sólo se enfocan en los signos y síntomas del consumo de la sustancia, sin prestar atención al daño que producen las alteraciones que esta genera. Por lo que, la investigación que desarrolla se enfoca en realizar una revisión sistemática sobre la sustancia, sus efectos e implicaciones.

Entre las conclusiones declara que, a pesar de la revisión exhaustiva en diversas fuentes, hay evidencia de dificultades metodológicas. Sin embargo, la mayoría coincide en los daños estructurales con manifestaciones neuropsicológicas claras que alteran la vida de las personas. Estos daños dependen de la frecuencia y duración del consumo. A mayor consumo y mayor frecuencia, mayor daño irreversible. Por ejemplo, en personas con un consumo crónico, mayor a 15 años, se produce incapacidad para el control de impulsos, inhibición de respuestas y daños en la velocidad para manejar conflictos, esto a nivel de funciones ejecutivas.

En el área de memoria, presentan dificultad en la reminiscencia a corto plazo, lo que no sólo afecta el aprendizaje, sino también el área de la atención y la concentración. La autora continúa mencionando que este panorama hace que las personas tengan conflictos significativos para adaptarse a su vida laboral y social. Ello conlleva a un mayor apoyo familiar y social para poder satisfacer sus necesidades personales.

Los hallazgos de este estudio son importantes para la presente investigación pues comprueban, a través de la mejor evidencia disponible, que el consumo de las sustancias psicoactivas y sus efectos en las áreas de la memoria y en las funciones ejecutivas [funciones complejas] limitan a las personas en el desarrollo de las necesidades personales,

lo que evidentemente afecta su calidad de vida. Lo anterior, si sumamos el ciclo vital hasta la vejez, entendiéndose que el proceso de envejecimiento es un proceso deletéreo y progresivo, muestra que la investigación a plantear es más que necesaria. Ella pone en manifiesto la correlación del consumo de sustancias psicoactivas en la adultez mayor como una situación para observar con suma atención. Esto hace que la presente investigación tenga pertinencia social y validez contextual.

En este mismo año (2014), Rojas desarrolla la tesis para optar al grado de licenciatura en psicología denominada “La valoración neuropsicológica como ámbito de inserción profesional en la atención psicosocial de las drogodependencias: el papel del rendimiento cognitivo en el manejo de adolescentes de primer ingreso al Centro Nacional en Atención Integral para Personas Menores de Edad, IAFA (actualmente conocido como Casa Jaguar). La tesis consiste en desarrollar una experiencia en este centro desde un abordaje de la psicología y de la neuropsicología clínica, según refiere el autor. Describe que dentro de los aportes de su tesis se destaca la inserción clínica en la atención a la farmacodependencia. Para ello, realiza un total de 124 intervenciones con diferentes tipos de abordajes: terapia grupal, intervención espontánea/ crisis, entrevista de ingreso, evaluaciones cognitivas, exposiciones, charlas y talleres.

Dentro de las conclusiones refiere que deben actualizarse los paradigmas actuales, ante la demanda actual y las nuevas necesidades de atención. Afirma que a través de la evaluación cognitiva de las personas fue posible para el equipo tratante comprender la dificultad de la realización de terapia cuando presentaban déficit cognitivo, problemas de impulsividad y de personalidad, que al no contemplarse no garantiza una adecuada intervención terapéutica. A su vez, resalta la importancia del proceso educativo a la familia.

Esta investigación reafirma la importancia de darle seguimiento a esta temática no sólo por la demanda de casos, sino por la correlación que puede existir de diversos factores, entre ellos los familiares, los cognitivos, y aquellos relacionados con los daños estructurales por el consumo, o bien, por la parte genética como la personalidad. Si relacionamos lo anterior, con los cambios del propio envejecimiento en cada etapa y en la vejez, se comprende el desarrollo transcendental de esta investigación.

Por su parte, Campos et al. (2014) a través de la modalidad de seminario de graduación para optar al grado de licenciatura en enfermería denominado “Experiencias de

vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014”, de corte cualitativo y con una muestra conformada por 27 hombres y tres mujeres, aclarando las personas investigadoras, que uno de los participantes se identificó con el género femenino. El rango de edades fue comprendido entre los 23 y hasta los 71 años.

Refieren, dentro de sus hallazgos, que los primeros años de vida son un pilar fundamental para el desarrollo de estrategias que prevengan el consumo de sustancias psicoactivas. Ciertas condiciones como el gradiente social, trabajo y desempleo, apoyo o exclusión social, dependencia de sustancias y alimentación son algunas de las categorías más importantes para el posible desarrollo de la adicción.

En esta misma investigación realizan algunas recomendaciones al Instituto Costarricense de Drogas de Costa Rica (ICD). Por ejemplo, refieren la importancia de promover la investigación en lo referente a la utilización de drogas en la población adulta, el policonsumo, la combinación de drogas y el uso de sustancias de venta libre como inhalantes. Los estudios acerca de estas temáticas son escasos y los datos que se puedan obtener al respecto serían de gran importancia para una mejor comprensión del fenómeno de las drogas en el país. También recomiendan la realización de evaluaciones periódicas de la ejecución de los programas para la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas. Esto permitiría identificar debilidades para realizar cambios de manera oportuna.

Esta investigación muestra que los programas de prevención existentes, con un seguimiento apropiado de la población con mayor necesidad y urgencia de atención, reduciría el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. Lo anterior debe ir acompañado de determinantes estructurales que permitan realmente el acceso a la salud a todas las personas, principalmente desde un abordaje de salud con equidad. A su vez, la importancia de desarrollar investigación en la población adulta, siendo congruente con la línea y considerando los primeros años de vida como un factor a valorar y considerar cuando se estudia esta temática, comprendiéndose en el área gerontológica como el transcurso de la vida que tiene un impacto en la persona y el cual es categórico para dar un abordaje gerontológico al desarrollo de la presente investigación.

Seguidamente, en el año 2013 las investigadoras Arroyo y Castillo en su tesis para optar por el grado de licenciatura en enfermería denominada “Experiencias de vida sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en las Personas Adultas Mayores de la Asociación-Centro Diurno Pilar Gamboa en San Antonio de Desamparados” plantean como objetivos específicos primero, determinar los conocimientos y factores asociados sobre drogas de la población en estudio. Segundo, identificar las actitudes y circunstancias relacionadas con estos frente al consumo de drogas. Además, describir las prácticas y situaciones vinculadas de las personas adultas mayores que desarrollan ante el consumo de drogas. Se posicionan desde un paradigma naturalista, desde un abordaje fenomenológico.

Llevan a cabo la recolección de los datos mediante el instrumento de entrevista a profundidad individual, del subtipo de historias de vida, con 12 participantes (ocho hombres y cuatro mujeres). Entre los hallazgos más importantes a resaltar tenemos la evidencia de la polimedicación como práctica usual en las personas adultas mayores participantes. Ellas lo atribuyen a sus enfermedades crónicas. Además, se refleja poco dominio de los nombres, de la totalidad de medicamentos que consumen y escasamente saben para qué sirven y sus consecuencias en el organismo.

En cuanto a los conocimientos sobre los efectos del consumo de sustancias adictivas, son pocos y dan más énfasis al aspecto emocional y familiar. Es decir, consecuencias como violencia de todo tipo, problemas familiares, repercusiones en la autoestima. A nivel físico, destacan la disminución de la capacidad sexual del hombre debido al consumo de alcohol, además, brindan menor importancia a la cafeína y a los fármacos al no considerarlos drogas.

Sobre las drogas ilícitas, poseen poco conocimiento y le atribuyen cualidades más dañinas que a las drogas lícitas. Esta información la conocen más que todo por medios de comunicación, según refieren. Las personas adultas mayores, mencionaron que entre las consecuencias del consumo problemático de las sustancias psicoactivas a largo plazo se encuentran: deterioro mental, pérdida del juicio que deja a la persona sin percepción de sus actos y desintegración familiar. En cuanto al nivel físico, destacan dolores de cabeza, problemas pulmonares, cáncer de estómago, gastritis, daños en el hígado e impotencia.

A la vez mencionan que es de suma importancia la realización de más estudios sobre el tema del fenómeno de las drogas en esta población en instituciones líderes en la



temática como el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Esto permitiría conocer la situación real y proceder a la elaboración e implementación de estrategias para el abordaje de la situación. Las autoras mencionan que la capacitación de recurso humano, principalmente profesionales en el área de la salud, es un paso importante por seguir para combatir tanto la oferta como la demanda de drogas, así como problemas relacionados a su consumo como violencia, narcotráfico y corrupción.

Esta investigación, es relevante porque arroja datos realizados con la población en estudio, a su vez, confirma la importancia de realizar más estudios sobre la temática y de establecer estrategias para su abordaje. Insiste en la capacitación del recurso humano, profesionales capaces de responder a las necesidades reales de la población que atiende. Esto le da pertinencia científica a la presente investigación, pues desde un abordaje gerontológico se logra comprender las necesidades, problemas, situaciones, gustos y preferencias de las personas en su proceso de envejecimiento a lo largo de la vida. Esta es la finalidad del presente estudio: brindar lineamientos para el abordaje de las sustancias psicoactivas en las personas adultas mayores.

Posteriormente, Redondo et al. (2013) defienden la práctica dirigida para optar al grado de licenciatura en enfermería denominado: “Programa educativo de enfermería para la cesación del fumado dirigido a personas que deseen dejar el hábito del tabaquismo: Asociación Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente ubicada en el distrito de Tirrases de Curridabat, durante el primer semestre del 2013”, la población meta estaba conformada por 22 personas mayores que se encontraban en la etapa de la adultez tardía o adultez mayor y que deseaban dejar el hábito del tabaquismo.

Dentro de sus principales conclusiones enfatizan la importancia de considerar la opinión de las personas a las que van dirigidas las diversas leyes. A su vez mencionan que es más económico invertir en la prevención y en el tratamiento de la cesación del tabaquismo que en la atención de enfermedades desarrolladas por esta adicción. Sin embargo, señalan que en Costa Rica parece que aún no se le ha dado la suficiente importancia al tratamiento de esta adicción desde la Atención Primaria de la Salud.

Otro de los puntos de este estudio muy relevante es que sugieren que los servicios [en este caso se refieren a las clínicas de cesación de fumado en Costa Rica] están dirigidos a las personas que viven dentro de la Gran Área Metropolitana, estos servicios deben mirarse de forma integrada, con una visión país. Otro de los hallazgos durante esta práctica dirigida fue que la mayoría de los participantes manifestaron haber consumido otros tipos de drogas como cocaína, heroína, crack, marihuana y éxtasis en algún momento de su vida. Sin embargo, actualmente no las consumen. Por último y no menos importante, rescatan la motivación personal como un factor fundamental para la cesación del fumado.

Este estudio es relevante para la presente investigación porque es el primero que indaga y pone sobre la mesa la historia-consumo de otras drogas fuera de las sustancias habituales como la marihuana, el tabaco y el alcohol, de las personas adultas mayores. Sin embargo, faltaría la relación de estas drogas y su uso o consumo siendo personas adultas mayores, aspecto a considerar para el proceso de la presente investigación. Asimismo, escuchar a las personas a las que se dirige la legislación y la motivación como factor significativo para la recuperación, son dos aspectos para considerar en el planteamiento de los lineamientos a proponer.

Para este mismo período, Badilla (2013) defiende su tesis para optar a la maestría académica en farmacodependencia denominada: “Factores que pueden incidir en madres consumidoras de drogas para abandonar el tratamiento de rehabilitación propuesta para un programa en el Hogar Crea Madres con Hijas e Hijos en Coronado”. Es un estudio de tipo transversal y descriptivo con enfoque mixto, el cual arroja datos cuantitativos y cualitativos.

Refiere que la motivación para desarrollar este estudio está relacionada con la estigmatización de la que son objeto las mujeres en procesos de adicción. Entre sus principales conclusiones menciona que la disfuncionalidad de la familia, la escasa formación académica, los bajos recursos económicos y el abuso sexual son el común denominador de estas mujeres. A su vez la prostitución, el vagabundeo y la venta de drogas, entre otras actividades, son las más comunes para la obtención de drogas y su posterior consumo. Ello, muchas veces conlleva al encarcelamiento, violentando así, la mayoría de las veces, sus derechos. Por lo tanto, el principal resultado del estudio es que

estas mujeres madres en proceso de adicción, carecen del apoyo necesario y de herramientas estratégicas para su recuperación y rehabilitación.

Esta investigación es muy importante para el desarrollo del presente estudio porque reafirma, una vez más, que la adicción es un proceso que debe tener necesariamente un abordaje de género y de derechos humanos tanto en el proceso de recuperación como en el de rehabilitación.

Por su parte, Álvarez en este mismo lapso (2013) realiza la práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en enfermería nombrada “Programa educativo de enfermería para el fortalecimiento del autocuidado dirigido a estudiantes que consumen drogas lícitas e ilícitas del Liceo Roberto Brenes Mesén, durante del año 2013”. Dentro de sus principales conclusiones Álvarez menciona que el desarrollo de este tipo de programas educativos es una herramienta de gran utilidad para el fortalecimiento del autocuidado, el autocontrol y la autoestima del(a) adolescente que consume drogas.

Posteriormente, menciona que una atención individualizada, personalizada, centrada en la persona, enfocada en la etapa de la adolescencia, junto con el establecimiento de métodos de enseñanza creativos, dinámicos e interactivos ayudan a comprender las situaciones por las que atraviesan estos jóvenes. A su vez, enfatiza que las habilidades para la vida son una estrategia metodológica que permite expresar la problemática de consumo para brindar mejores oportunidades. Se basa en la propuesta de la autora Mantilla (1999) (2005) (2006) (2010) [Especialista en Salud Mental y Desarrollo Psicosocial de Niños y Adolescentes a través de la temática de habilidades de la Vida] y concluye afirmando que estas habilidades son fundamentales. Se convierten en herramientas para la interacción psicosocial efectiva con ellos mismos, con sus pares y con los demás miembros de la sociedad.

Esta práctica dirigida es importante para la presente investigación porque su aporte está relacionado con la metodología sugerida por el autor para la intervención y/o el abordaje. Posición que debe ser considerada en la propuesta de los lineamientos generales para la intervención gerontológica centrada en la persona, estableciendo transacciones.

Por su parte, en el 2013, Arce y Valverde, realizan la tesis para optar al posgrado de psiquiatría “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 sobre el manejo de consumo de drogas en pacientes que además padecen esquizofrenia o trastornos afectivos que estén hospitalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico”. Ellos plantean un modelo de terapia de grupo que permita un mejor desarrollo social y de habilidades en las personas que padecen esquizofrenia o trastornos afectivos y que tienen la comorbilidad del trastorno por uso de sustancias. La intención es reducir sus internamientos y favorecer su proceso de rehabilitación para incorporarse a labores económicamente productivas.

Dentro de sus conclusiones expresan que la mayoría de las personas usuarias corresponden a hombres de 23 años, solteros, de baja escolaridad, entre la primaria completa o incompleta y la secundaria incompleta, desocupados, habitantes de San José. La mayor comorbilidad psiquiátrica son los trastornos psicóticos y los disociales. En el caso de las mujeres que consumen sustancias, la mayoría ronda los 16 años. Los autores refieren que la terapia propuesta debe enfocarse en las personas que consumen marihuana, cocaína y alcohol. A su vez recomiendan la realización de estudios que evalúen las causas del consumo de la población en estudio.

Esta tesis es importante para la presente investigación porque visibiliza una parte de la población que no sólo consume sustancias psicoactivas, sino que tiene como trasfondo enfermedades psiquiátricas importantes que requieren de seguimiento y de terapia grupal para poder continuar con sus actividades de la vida diaria, con su propio proceso de vida, aspecto importante a considerar desde la gerontología.

Asimismo, Arce, Bolaños y Zamora (2013) desarrollan el seminario de graduación para optar al grado de licenciatura en trabajo social denominado “La respuesta brindada por el Estado costarricense al ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia sujeta de la política pública en el período 2000-2012”. Ellas concluyen que la existencia de una política incongruente, desarticulada, proyectada a corto plazo y desasociada de la cotidianeidad de la población, privilegia las relaciones de mercado más que a la población adolescente meta.

Por ende, afirman las autoras, las instituciones nacionales relacionadas con esta temática efectúan procesos de trabajo desvinculados, sin brindar una respuesta oportuna, eficaz y acorde a las necesidades de los farmacodependientes, lo que repercute en la negación de sus derechos. Lo anterior debe sumarse al hecho que las instituciones se han

acogido a los lineamientos seguidos por organizaciones como la Organización de las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos, instancias que direccionan sus acciones a la lucha contra el narcotráfico. Esto propicia que se le reste importancia al consumo de drogas (y a la dependencia), generando la violación de los derechos de las personas farmacodependientes.

Ellas refieren a su vez, que esta población se ve expuesta a diversos factores de riesgo, entre los que mencionan la ausencia de vínculos familiares o la presencia de algún(a) miembro farmacodependiente o asociado(a) a otra arista del fenómeno, la influencia del grupo de pares (sentido de pertenencia), problemas asociados al ámbito educativo o a la expulsión de éste, la publicidad promocionada por los medios de comunicación, entre otros. Resaltan la ubicación geográfica costarricense como un factor clave en el mercado de la droga. A su vez, recalcan que la sociedad costarricense basada en un modelo capitalista reproduce la desigualdad y la garantía de los derechos se torna cada vez más difícil.

Más adelante, reflejan que el patrón de consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco se ha mantenido estable, mientras que se ha producido una tendencia al alza de la ingesta de sustancias ilícitas (concretamente marihuana y derivados de la hoja de coca). Por su permisibilidad y tolerancia social, las drogas legales se constituyen en la puerta de entrada al consumo y constituyen las sustancias de mayor consumo, generando altas tasas de mortalidad.

Este estudio es de vital importancia para nuestra investigación pues evidencia el análisis crítico y reflexivo del tema propuesto. Tiene relevancia social y debemos tenerlo en cuenta. En él se afirma que la situación actual de las personas que consumen sustancias psicoactivas está mediada por un contexto sociopolítico ausente de los derechos humanos y en pro de la economía global que produce desigualdades sociales. Aunque este estudio se realiza con adolescentes, no es un hecho aislado, a ello se enfrenta también la población adulta mayor.

A su vez, Bogantes (2012), defiende su tesis para optar al grado de especialista en medicina legal denominada “Análisis médico legal de los hallazgos clínicos y conductuales asociados al consumo agudo y crónico de las drogas de abuso: un estudio cuantitativo-retrospectivo de los casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por asunto de

psicotrópicos durante el año 2010”, realiza este estudio a través de una revisión de los expedientes de las personas valoradas por asuntos psicotrópicos. Dentro de sus principales conclusiones refiere que la marihuana es la droga de abuso más frecuente, seguida por la cocaína, el crack y otras drogas como los hongos alucinógenos, benzodiazepinas, hipnóticos y cemento posteriormente resaltan el éxtasis y anfetaminas, dietilamida de ácido lisérgico (LSD) y opioides. Quiénes más consumen, según el presente estudio, son las personas adultas jóvenes.

Bogantes sugiere la importancia de la realización de protocolos o guías de atención en casos de farmacodependencia. Además, la actualización de las personas que se relacionan con la temática y la urgencia de realizar los exámenes de laboratorio el mismo día que se solicita la valoración médico legal. Esta investigación es importante para el presente estudio porque reafirma la importancia de aportar conocimiento de guías y protocolos de la temática. También, recuerda la importancia de la recaudación de evidencias posibles para un diagnóstico y un peritaje real de las sustancias que consume la persona, con el fin de brindar un tratamiento y consejería más relacionados con su realidad de consumo.

Por su parte, Corella et al. (2012), desarrollaron el seminario de graduación para optar al grado de licenciatura en enfermería llamado: “Experiencias de consumo de drogas lícitas e ilícitas en un grupo de mujeres que han sido madres durante la etapa de la adolescencia, en los centros: Hogar CREA Madres con hijos y Hogar CREA Damas, en el I y II semestre del 2011”. Lo abarcan desde el abordaje cualitativo y realizan grupos de discusión y entrevista a profundidad con una muestra intencional de 12 mujeres en total.

Entre los resultados, resaltan la importancia de los determinantes sociales de la salud. Especialmente la forma en que influye la familia durante el desarrollo de las jóvenes participantes, así como las características individuales, como la personalidad, la cual va a estar conformada por valores, sentimientos, características y experiencias. Entre las experiencias negativas y traumáticas estuvo presente el abuso sexual incluso por parte de familiares. La búsqueda de la identidad de la cual forma parte la adolescencia se convierte en un factor de vulnerabilidad. Aseveran que el ambiente puede favorecer el consumo, pero no lo condiciona, ya que las drogas son accesibles para todos independientemente del

lugar en que se habita. Estas jóvenes ven las drogas como un escape a la realidad, como una anestesia al dolor personal, psicológico y social que las aqueja.

Esta investigación es importante para la nuestra porque dentro de sus hallazgos emerge un dato que pareciera estar relacionado con el género femenino y el consumo de sustancias psicoactivas: el abuso sexual, inclusive por parte de familiares. Un factor para considerar desde la perspectiva de género en el estudio por realizar. También, se debe poner especial atención al significado que le están dando las personas adultas mayores a este consumo.

Durante el 2012, León et al. desarrollan el seminario de graduación para optar al grado de licenciatura en trabajo social. Lo titulan “Representaciones sociales sobre drogas de personas jóvenes atendidas en la Oficina Regional Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) Occidente, Sede San Ramón, Alajuela”. En una primera instancia las caracterizaron socio-demográficamente y desde un punto de vista familiar. Luego conocieron sobre las vivencias de consumo de drogas de las personas jóvenes participantes y de la información que manejan con respecto al consumo de ellas, sus significados a partir de sus experiencias, la actitud en los procesos de rehabilitación, a partir de sus representaciones sociales sobre drogas y finalmente el aporte de todo ello a su disciplina.

Es importante mencionar que aportan dentro de los anexos las guías de la entrevista a profundidad, del grupo focal y de la observación no participante. Estos sirven de consulta para el desarrollo del presente estudio. Además de que se sustentan desde la fenomenología, rescatando sus elementos como la temporalidad: tiempo vivido, la espacialidad: espacio vivido, la corporalidad: cuerpo vivido y la relacionalidad o comunidad: relación humana vivida. Ellos son aspectos esenciales por considerar en la investigación.

Luego, en el 2010, Gutiérrez para optar al grado de licenciatura de derecho desarrolla bajo la modalidad de Tesis “Una exploración genealógica de La guerra contra las drogas: Desentrañando el derecho penal del enemigo”. Consiste en una exploración genealógica (Foucault) de la Guerra contra las drogas para determinar sus fines ocultos, según refiere. Propone que esta tarea sólo es posible desde la multidisciplinariedad para lograr comprender la lógica detrás de su estructura. Menciona llevarlo a cabo mediante un

análisis de las relaciones de poder, los mecanismos de persecución expiatoria y el Derecho Penal del Enemigo de Zaffaroni, para proceder a analizar la génesis de la Guerra contra las drogas.

Concluye en su estudio que esta guerra es la última etapa de un proceso persecutorio de más de 100 años, con carácter autoritario propio del Derecho Penal del Enemigo, reflejado en la homogeneidad de criterios respecto a la emergencia. Refiere que hoy la inmensa mayoría de los agentes de control social, formal e informal, coinciden en la necesidad de un ataque frontal contra el “flagelo de las drogas”.

Continúa asegurando que actualmente los empresarios morales se valen del temor para obtener la obediencia ciega a la autoridad. En la Inquisición la fórmula era ¡Teman, enemigos de la autoridad!, hoy la fórmula es ¡Teman a los enemigos de la autoridad! Concluye que en ambos casos el temor busca la obediencia. Esta permite la continuidad de una ordenación sociohistórica que crea, según el autor, un arsenal de prejuicio que resulta difícil combatir. Desde el punto de partida todo es tachado como maligno. El nivel de ignorancia es sorprendente. Entonces, se propone como necesaria una tarea titánica de destrucción de los estereotipos, que sólo puede lograrse mediante campañas de información inteligentes. Esto no es del agrado de los grupos de poder que desean mantener su posicionamiento a costa de lo que sea.

Este estudio aporta al trabajo por realizar, la importancia de ser abordado desde la multidisciplinariedad para lograr comprender la lógica detrás de su estructura. Yo diría desde la transdisciplinariedad, pues es un tema multidimensional que requiere de una respuesta multi-transdisciplinaria y multisectorial, a su vez que pone de manifiesto los prejuicios y estereotipos ante el tema, el sorprendente nivel de ignorancia y su interesante propuesta de abordar esta situación a través de campañas de información inteligentes: mercadotecnia.

Seguidamente, Álvarez et al. (2010) desarrollan el seminario de graduación para optar a la licenciatura de enfermería con el tema “El quehacer de enfermería en el abordaje de las necesidades de salud de las personas adolescentes en proceso de rehabilitación de adicción a las drogas, institucionalizadas en los albergues de Hogar CREA en la Gran Área Metropolitana”. Se consideraron dos poblaciones diferentes para lograr cumplir con los objetivos específicos, la muestra utilizada fue intencional a conveniencia del y de las



investigadoras. Ellos desarrollaron la investigación bajo un abordaje cualitativo desde un paradigma integral.

Entre los principales resultados mencionan que los roles de género son supuestos acerca de lo que significa ser hombre o mujer. Son transmitidos desde una edad temprana y continúan evolucionando por medio de la influencia de la familia y los diversos actores sociales dentro de una cultura determinada.

Concluyen que las personas adolescentes reconocieron y evidenciaron la necesidad de incluir a un profesional de enfermería, que ofrezca atención de salud en condiciones de emergencias, enfermedades infectocontagiosas y padecimientos crónicos. También mencionaron la importancia del desarrollo de programas de educación continua, dirigidos a temas de salud, con el fin de satisfacer esas demandas en el contexto propio de su proceso de rehabilitación a la adicción a las drogas. Esta investigación es importante porque evidencia el rol que cumple el género en el fenómeno de las drogas, aspecto importante a considerar en el desarrollo de la presente investigación.

Por su parte, Robaina (2009) en su artículo sobre las Representaciones sobre el género femenino, menciona que en el modelo tradicional de los roles tanto femeninos como masculinos, vinculan a las mujeres con el ámbito familiar y las tareas domésticas (incluyendo la crianza de los hijos e hijas y el cuidado de las personas dependientes); y a los hombres con la vida pública y el trabajo productivo.

Esta visión es de vital importancia considerarla en la presente investigación porque influye en la manera de acercarse al conocer y analizar la realidad sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas según género. A su vez, esta afirmación conlleva a otra y es que este consumo problemático de sustancias psicoactivas es un fenómeno que continúa interpretándose en clave masculina, y cuando se logra acercarse a esta problemática circunscribiendo a las mujeres, en la mayoría de las ocasiones se parte del hecho, erróneamente, que ellas mantienen un patrón de conducta similar al de los hombres. En este punto es importante mencionar, que en este estudio se trata de comprender las vivencias desde la mirada de hombres adultos mayores.

Aunado a lo anterior, el ICD (2007) de acuerdo con lo registrado en el Directorio Nacional de Centros de Tratamiento del IAFSA, menciona que ocho de cada diez centros de atención en el país son para hombres (mayores de edad en proporción mayoritaria),

mientras que uno de cada diez es para mujeres. Ante esta situación, es evidente que la estigmatización que sufre la mujer con consumo problemático de sustancias psicoactivas, resulta necesario que se definan estrategias de acción con perspectiva de género, que amplíen la cobertura y mejoren la atención de este grupo poblacional.

Cuando se aborda cualquier fenómeno, evento o proceso se debe considerar que ser hombre o mujer va a determinar de manera importante la vivencia y la percepción de cada una de estas situaciones. A pesar de ello, la perspectiva de género no ha sido incorporada en muchas de las investigaciones sobre el consumo de sustancias psicoactivas realizadas en nuestro país y, consecuentemente, a las políticas que se vienen aplicando en los ámbitos de la prevención y asistencia del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Posteriormente, Bejarano, Ugalde y Fonseca en el año 2006 publican el artículo “El consumo de drogas en hombres y mujeres costarricenses. Análisis de una década en personas de 25 a 59 años de la población general”. Para tal propósito refieren haber utilizado las bases de datos de tres encuestas nacionales sobre consumo de drogas realizadas por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en 1990, 1995 y 2000. Ellas son encuestas transversales. Los resultados revelan un aumento en el tabaquismo activo de la mujer. En el hombre, pese a mantenerse estable, el consumo se presenta como considerablemente más elevado. La ingesta de alcohol se muestra estable a lo largo de la década, pero es significativamente más elevada en los hombres. La probabilidad de encontrar un bebedor que abusa del alcohol es muy alta en el caso de los hombres y relativamente elevada en las mujeres, con sólo que informen haber tomado en el último mes.

Es posible que los ajustes que operan en la vida familiar, así como los cambios transaccionales de la edad adulta y los estados de tensión y agotamiento cotidiano, pudieran constituir una razón que explique los elevados niveles de consumo de bebidas alcohólicas y las prácticas de ingesta riesgosa. Estos resultados son relevantes para la presente investigación pues resalta la importancia de observar con cautela las responsabilidades cotidianas y los diversos roles de hombres y mujeres en el ciclo de vida que, sin estrategias para afrontarles, las sustancias psicoactivas pueden fungir como “herramientas” para hacerles frente, razón por el cual ver esta situación desde la gerontología brinda pertinencia y relevancia social al estudio a realizar.

Por su parte, Bejarano y Sáenz (2004) en su artículo denominado “Consumo de drogas en personas costarricenses mayores de 60 años: estudio de tres cohortes”, proponen los siguientes objetivos: primero, determinar la magnitud y frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas en la población adulta mayor costarricense, a partir de las muestras de las encuestas nacionales de 1990, 1995 y 2000. Además, establecer diferencias por género en lo relativo a patrones de consumo en la población adulta mayor. Por último, enmarcar los patrones de consumo de la población adulta mayor en el contexto de condiciones de riesgo para su salud integral y su calidad de vida.

Estos mismos autores mencionan que el mayor consumo de tabaco y alcohol se da en los hombres, elemento asociado a la socialización de género. Entre los resultados más destacables se pueden citar la existencia de un estilo de vida sedentario, una disminución paulatina a lo largo de la década, en los diferentes niveles de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, un elevado promedio de años de fumado, con las implicaciones conocidas en el plano de la salud, así como diferencias en cuanto a los niveles de consumo de tabaco y alcohol, según el sexo, siendo significativamente superiores entre los varones. Desde un punto de vista epidemiológico, resaltan que el sector poblacional a que hace referencia este estudio no se constituye en un grupo de riesgo para el consumo de sustancias ilegales. En el nivel de la formulación de políticas se propone la articulación de acciones preventivas dirigidas expresamente a este sector, con miras a una mayor promoción de la salud y un mejoramiento de su calidad de vida.

Ante los resultados anteriormente mencionados, es importante señalar que, frente a un estilo de vida sedentario, la gerontología puede brindar un aporte importante a través de la promoción de un envejecimiento activo. Este invita a una vida más inclusiva en aspectos como la salud, seguridad, participación social y educación, a lo largo de la vida, desde un abordaje intergeneracional, derribando de esta manera mitos y estereotipos sociales. Esto porque ellos pueden influir de una u otra manera en la construcción social que limitan cognitivamente a una persona adulta mayor a no moverse, a no participar, a no cuidarse, reafirmando frases como “a esta edad pa’ qué” lo que tiene un impacto sustancial en la calidad de vida.

En su afirmación que este sector poblacional no se constituye en un grupo de riesgo para el consumo de sustancias ilegales, es importante mencionar que al ser la vida dinámica

y puesto que los resultados datan de hace 15 años, es importantísimo valorar si sigue siendo un grupo poco vulnerable. Se considera una población que cada vez está más sola, y cada vez más, en aumento. Nuestro país no es la excepción.

Resulta de gran interés entonces, el aporte de esta investigación en el sentido de promover más programas de prevención de sustancias psicoactivas, pues afirman que existe una correlación significativa al nivel del 1% entre machismo y alcoholismo. Ello podría ser un elemento explicativo en cuanto al mayor consumo de los hombres respecto a las mujeres. Aunado a ello, afirman haber observado en la población estudiantil universitaria masculina, primero atribuciones positivas, en detrimento de las negativas en cuanto al consumo del alcohol, así como menores niveles de autoeficacia percibida en comparación con las mujeres.

Sin embargo, mencionan haber encontrado que la mujer mayor de 60 años registra proporciones más elevadas en lo relativo a tendencias neuróticas y psicóticas, asociado con una mayor expresividad de sus dolencias, “...hecho culturalmente determinado convirtiendo a la mujer como grupo vulnerable, debido a su proceso de socialización y exposición al riesgo” (Quirós, 1990, p. 118) mencionado por Bejarano y Sáenz (2004).

También, reafirman que se han realizado investigaciones para conocer el estado de salud y del consumo de alcohol y de otras sustancias (de tabaco, drogas ilícitas y uso de medicamentos fuera de prescripción médica) tanto en la población adulta como en adolescentes. Ninguna de estas investigaciones ha incluido en su muestra poblacional a las personas adultas mayores (69 años y más); ya que la enorme mayoría de estas encuestas tienen como límite superior de edad los 65 años.

A su vez, mencionan que poco es lo que se sabe de la situación de las personas adultas mayores en cuanto al consumo de sustancias. Hacer un diagnóstico de esta situación es importante, sobre todo si se considera que gran parte del perfil epidemiológico y de la carga de enfermedad en el país está relacionada con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. También hay relación con los problemas de salud que de ellas derivan e impactan justamente en edades avanzadas (cáncer, enfermedades circulatorias, respiratorias o neurodegenerativas, entre otras.)

Con anterioridad a esta investigación se desarrolló en el año 2001 como propuesta regional y México el libro “Riesgos macrosociales de farmacodependencia a nivel cantonal

en la República de Costa Rica, 2000, por Salinas y Rivera. Es un libro que se publica en el marco del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). Esta se estableció en 1991 para coordinar estrategias de control de drogas a nivel regional y mundial. Según refieren las personas autoras, este trabajo responde al artículo 9 de los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas de la Declaración Política del Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General, dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas, 8 a 10 de junio de 1998, que señala “Los programas de reducción de la demanda han de estar basados en una evaluación continua de la índole y de la magnitud de los problemas del consumo y del uso indebido de drogas y los problemas conexos en la población”.

Esta evaluación es imprescindible para identificar las tendencias que puedan surgir. Los Estados deben aplicarla de manera exhaustiva, sistemática y periódica, aprovechando los resultados de los estudios pertinentes, teniendo en cuenta las consideraciones geográficas y aplicando definiciones, indicadores y procedimientos similares en la evaluación del problema de la droga. Las estrategias de reducción de la demanda deben apoyarse en los conocimientos adquiridos mediante la investigación y en las lecciones derivadas de programas previos...” (p. V)

En ese contexto es que se elabora este diagnóstico como uno de los resultados del proyecto AD/RLA/98/C89 Desarrollo de la Capacidad en Reducción de la Demanda de Organizaciones No-gubernamentales (ONG's) en Centroamérica.

Su principal propósito es identificar el nivel de riesgo del uso y abuso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en las localidades y las personas que las integran de los países de la región, entre ellos Costa Rica. El objetivo es que los Gobiernos, en especial los Consejos Nacionales de Control de Drogas en Centroamérica, tengan un referente para priorizar los esfuerzos de atención al problema, realizar el diseño y la elaboración de estrategias y políticas que optimicen el aprovechamiento de recursos a nivel nacional y regional.

A su vez recomiendan la actualización del diagnóstico en la medida en que se realicen censos generales de población y vivienda en cada país. También incorporar nuevos indicadores y modificar los niveles de desagregación de la población meta, aprovechando

las redes nacionales y regionales de las ONG's y organismos gubernamentales, para generar líneas de acción más reales y efectivas para la realidad nacional.

A su vez, concluyen que la experiencia de Centros de Integración Juvenil (CIJ), en México, a lo largo de 31 años de atención integral a esta cara del problema, pone de manifiesto que el planteamiento de abordaje debe tomar en cuenta las características de la población en riesgo. Además, los diferentes medios socio-geográficos en que esta habita, para determinar la priorización de las zonas y llevar ahí los programas. Para esto los países de Centroamérica y México construyeron en conjunto 6 módulos de 33 indicadores en total. En el caso de Costa Rica fueron:

Demográficos: Concentración urbana, densidad poblacional, alta proporción de población de 10-19 años, alta proporción de población de 20-29 años, alta migración cantonal, alta migración extranjera y alto crecimiento poblacional 1984-2000.

Sociales: Alta fecundidad, alta proporción de madres adolescentes, alto número de hogares con jefatura femenina, alta incidencia de divorcios, alta violencia intrafamiliar, y alta incidencia de delitos sexuales.

Educacionales: Analfabetismo, baja formación académica, deserción y repetitividad.

Económicos: Hacinamiento, desempleo, bajo desarrollo social, pobreza extrema y alto desarrollo social.

Disponibilidad de drogas: Cocaína, crack, marihuana, zona de producción, alta incidencia de denuncias, alto índice de patentes.

Geográficos: Frontera con Panamá, frontera con Nicaragua, Costa Atlántica, Costa Pacífica y afluencia turística.

Entre los aportes más importantes a considerar para la presente investigación tenemos la invitación indirecta a la reflexión sobre la importancia en la capacidad de evaluación continua de manera exhaustiva, sistemática y periódica, aprovechando los resultados de los estudios pertinentes y teniendo en cuenta las realidades del país, la magnitud de los problemas del consumo y el uso de drogas. Hoy en día, después de dieciseis<sup>16</sup> años de este estudio, urge necesariamente la realización de una evaluación que exprese la dinámica actual considerando el envejecimiento poblacional. Resulta imprescindible identificar las nuevas tendencias que permitan a los Estados proceder a estas evaluaciones apoyándose de las lecciones derivadas de programas, proyectos y planes

previos. También, de los conocimientos adquiridos mediante la investigación, como es el aporte por realizar desde los hallazgos de la investigación en curso.

A su vez, es importante destacar que algunos de estos indicadores que propone este estudio son muy valiosos. Sin embargo, como se expresó anteriormente, hay que incorporar el rango de población adulta mayor que no fue considerada en este diagnóstico. Por lo tanto, no podría haber salido como prioridad de atención. Hay que mirar, visualizar y visibilizar.

En resumen, las autoras a nivel nacional concuerdan en que hay una legislación represiva que no logra reducir la cantidad de consumidores(as) o de droga disponible. Por ello trazan la necesidad de replantear las políticas y la legislación antidrogas vigentes en el país, considerando la participación social. Apuntan también al desconocimiento de la materia en todo nivel, profesional, familiar, personal, el acceso fácil, la presencia de mitos y estereotipos ante la temática y hacia las personas consumidoras, a pesar de que en la Ley 8093, en el artículo 3 (Capítulo de competencias institucionales) se afirma que el Programa Nacional de Educación contra las drogas debe iniciar desde la educación preescolar hasta el último año de educación secundaria.

Ellas enfatizan la importancia del abordaje desde de los derechos humanos, de género, de salud internacional [o global] en las normativas, protocolos, reglamentos internos y políticas públicas, pues no están respondiendo a las necesidades de las personas consumidoras. A su vez, resaltan la importancia de las variables intrapersonales como regulación emocional (conductas dirigidas a metas), control atencional (atención focalizada), riesgo de recaídas por estados emocionales negativos y búsqueda de sensaciones positivas. Todas estas variables son factores de riesgo determinantes en el consumo de drogas.

La perspectiva de género resulta ser esencial de visualizar, porque sigue siendo el modelo tradicional de los roles según género, el que continúa prevaleciendo en nuestra sociedad. En consecuencia, esta posición ideológica hace entonces que los programas preventivos estén orientados bajo el enfoque aún androcéntrico como si fuera un todo; es decir, como si se compartieran las mismas características, motivaciones y problemas entre mujeres y hombres. Así pues, no resulta extraño comprobar cómo, a pesar de los progresos logrados aún se sabe muy poco sobre la situación diferencial ente ellos y ellas y el consumo

de sustancias psicoactivas. De tal manera que, la ausencia de la perspectiva de género hace que el nivel de conocimiento actual sobre algunas dimensiones sea entonces muy limitado, y una línea para futuras investigaciones.

Otro de los puntos a rescatar de los diversos hallazgos de estas investigaciones a nivel nacional es que coinciden en la falta de seguimiento, evaluación de proyectos y programas y su respectiva viabilidad. Asimismo, rescatan como principal fuente de apoyo a la familia y señalan que el tratamiento a las personas en proceso de adicción se centra en la atención de los signos y síntomas sin prestar atención al daño neuropsicológico y cognitivo que genera el consumo de la sustancia y que influye en su calidad de vida. Por lo tanto, hacen un llamado a darle seguimiento a esta temática, no sólo por la demanda de casos sino por la correlación que puede existir de diversos factores entre ellos los familiares, personales, cognitivos, y aquellos relacionados con los daños estructurales por el consumo, o bien, por la parte genética como lo es la personalidad.

Por último, y no menos importante las investigaciones que se realizan con la población adulta mayor es muy escasa al cual refieren que los datos que se puedan obtener al respecto serían de gran importancia para una mejor comprensión del fenómeno de las drogas en el país, con la finalidad de conocer la situación real y proceder a la elaboración e implementación de estrategias para el abordaje de esta situación.

De esta manera, las tesis, los libros, los artículos, entre otros, mencionados con anterioridad, en su mayoría, están relacionados con la población adolescente. Muy pocos son los que se relacionan con la persona adulta mayor, aunque todos coinciden con la temática de las sustancias psicoactivas. Sin embargo, los pocos saberes relacionados con la población adulta mayor se dan desde una visión disciplinaria y no desde un abordaje gerontológico. Por esta razón se lleva a cabo la presente investigación. Los diversos hallazgos, metodología, técnicas, entre otros aspectos enriquecen el presente estudio.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA**

El proceso de adicción es una condición declarada como un problema de salud pública por el sistema de salud nacional e internacional. Sin embargo, continúa siendo una enfermedad con datos actuales relativamente escasos para no decir nulos sobre la población



adulta mayor. Ello agrava la estimación exacta de la magnitud y las implicaciones del problema en esta latitud. Según la consulta bibliográfica, muchos autores de diversos países coinciden en que no existen estudios acerca del uso de sustancias psicoactivas en población de 65 años y más. Hay muy pocas hasta los 65 años, por lo que el conocimiento generado es insuficiente y lo que se sabe de la situación del grupo humano que se encuentra en la adultez mayor no ha permeado, en buena parte, en las personas profesionales de las instituciones que trabajan con esta temática.

Por tanto, abogan por la realización de estudios que brinden información actualizada sobre la magnitud y las características del consumo de drogas en esta población en específico, enfatizando en su respectiva divulgación científica.

Lo anteriormente mencionado, convierte a este sector poblacional en un grupo invisibilizado. Una población que no cuenta con programas de atención integral e integrada, con un abordaje desde salud pública, desde género y desde derechos humanos que proporcionen una política con verdadero impacto nacional. Mucho menos, desde una perspectiva gerontológica, una política que responda a las necesidades particulares de la misma. Como lo menciona el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2008), “No obstante, las previsiones para los próximos años son preocupantes y es probable que el consumo de sustancias por adultos mayores se convierta en un problema olvidado de unos ciudadanos olvidados” (p.1).

Por lo tanto, hoy en día cobra especial importancia el desarrollo de investigaciones sobre el consumo de sustancias psicoactivas en personas adultas mayores. A lo largo de la historia el consumo de ellas se ha asociado con las generaciones más jóvenes. Sin embargo, esta situación no tiene como limitante sexo, raza, cultura, región ni mucho menos edad.

Por ejemplo, como se menciona en el Observatorio (2008) mencionado con anterioridad, en los Estados Unidos, las estimaciones indican que el número de personas de 50 años o más que necesitan tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas ilícitas podría aumentar hasta un 300% entre 2001 y 2020. A su vez, en Europa, entre 2002 y 2005, la proporción de personas de 40 años o más en tratamiento por problemas con los opiáceos, de los que se tiene información, se ha duplicado con creces (del 8,6 % al 17,6 %). Aunque se sabe poco sobre los factores de riesgo para el consumo de

drogas ilícitas en las personas adultas mayores, los antecedentes de abuso o dependencia suelen ser un rasgo habitual. La mayoría de las personas consumidoras de drogas ilícitas mayores se inician temprano en el consumo. Y el número de personas adultas mayores aumenta gradualmente.

Según datos del mismo Observatorio (2008) el número de personas mayores con problemas de consumo de sustancias o con necesidad de tratamiento por algún trastorno relacionado se duplica con creces entre 2001 y 2020. Ello se debe, en parte, al tamaño de la cohorte del “baby boom” (nacida entre 1946 y 1964) y a la tasa más alta de consumo de sustancias en ese grupo. Estas personas adultas mayores no sólo están en una condición de adicción, también desarrollan por el consumo trastornos mentales coexistentes, otros ya los acarrearán genéticamente. Otro tanto tiene afecciones de salud de fondo, lo que ocasiona problemas no sólo en esta área, sino a nivel social, familiar, económico, entre otros.

Actualmente, la población inmersa en este proceso no sólo está consumiendo cannabis, sino que suele ser consumidora habitual de drogas recreativas. Estas personas se están haciendo mayores, y con la edad pueden experimentar más complicaciones, pues conforme aumenta la edad, las drogas se metabolizan más lentamente y el cerebro puede hacerse más sensible a los efectos de ellas. Además, muchos estimulantes producen alteraciones en el funcionamiento de los receptores cerebrales, lo que suscita preocupación por sus efectos a largo plazo. Esto sin añadir la combinación de alcohol y sedantes, lo que aumenta considerablemente el riesgo de sobredosis. Se sabe entonces que esos problemas pueden interaccionar con otros procesos y acelerar la progresión o aumentar la gravedad de las patologías y de las alteraciones neurocognitivas asociadas al envejecimiento. Ello conlleva a pensar que este sector de la población debe ser objeto de intervenciones que les ayude a resignificar esta situación en particular.

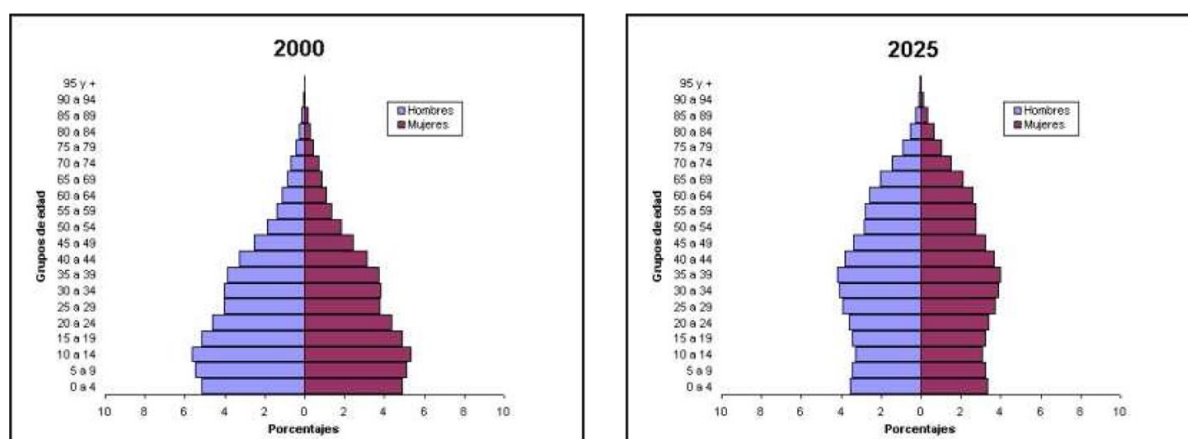
Además, se debe tener en cuenta la situación social actual de las personas adultas mayores. Si bien es cierto las pérdidas se mantienen desde el momento de la concepción hasta la muerte, es en la etapa de la vejez cuando estas se evidencian más seguidamente. Puede ser la pérdida de personas muy cercanas y queridas, de mascotas, de objetos materiales, entre otros. Por otra parte, el aislamiento social, muchas veces la falta de apoyo social o familiar y en ocasiones las dificultades económicas, conllevan a situaciones más graves como la depresión, soledad, ansiedad, problemas de memoria, alteración cognitiva,

demencia y confusión, entre otros. Se considera importante abordar esta realidad por las eventuales repercusiones en la salud. Se requiere de un abordaje integral, donde la gerontología cobra relevancia.

Este panorama nos lleva al contexto del tratamiento, de las intervenciones y de los servicios dirigidos a las personas adultas mayores. Se puede deducir que, si no se está visualizando la situación, no hay servicios especializados para atención y cuidado, y los que hay no contemplan la gerontología como un posible abordaje. Sin embargo, estas personas sí acceden a diversos servicios en el país y por ende indican un gasto cuyo monto aún se desconoce. Este gasto podría reducirse si se ofrecieran intervenciones oportunas y eficaces en marcos adecuados, si se prestara mayor atención a los problemas de salud comórbidos y formas especializadas de tratamiento.

A nivel mundial hay un crecimiento demográfico que induce el envejecimiento poblacional al cual Costa Rica no es ajena. Es una situación que se debe analizar lo más pronto posible, pues el país se encuentra en un proceso de transición. Esto provoca que dentro de la estructura de las pirámides demográficas surja paulatinamente una modificación. Según menciona la Universidad Nacional (2009), dentro de treinta años, la estructura de la población será muy distinta a la del año 2000. La pirámide asumirá una forma rectangular con una base mucho más estrecha y una cúspide cada vez más ancha. Es decir, la pirámide se invierte, muestra menos niños, niñas y personas jóvenes y más gente adulta y adulta mayor.

**Ilustración 1. Pirámides poblacionales del 2000 y 2025.**



Fuente: Centro Centroamericano de Población. <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/mestim.html>

Este escenario nos dirige a la siguiente reflexión: no sólo aumenta la población adulta mayor, sino también los casos de personas que consumen sustancias psicoactivas. Según el Consejo Nacional de la persona adulta mayor (CONAPAM) (2002) (2006) es una población que además de crecer aceleradamente en número, tiene y va a tener una larga vida. Ello genera una importante demanda de nuevos servicios, políticas y respuestas que respondan a sus necesidades y mejoren su calidad de vida. Esto hace que el tema del envejecimiento y por ende la gerontología cada vez tome más relevancia.

Por su parte, Morales (2006) menciona que en el pasado se debía dedicar la mayor parte de los recursos a la atención de la salud de las personas en sus primeros años de vida. En el presente y en el futuro, sin desatender a estos, hay que pensar también en la persona adulta mayor, grupo poblacional que crece en el tiempo.

De esta manera, el desarrollo de la presente investigación es relevante y conveniente. Responde a un problema social que exige una pronta solución. El proceso de adicción es una situación que está impregnada en una sociedad que envejece y con una esperanza de vida cada vez más alta. Al ser una situación de salud pública, el Estado tiene la responsabilidad y la obligación de brindar alternativas, a través de las acciones de gobierno, pues dentro de esta situación hay muchas personas adultas mayores que no logran satisfacer sus necesidades básicas y más aún no logran acceder a los servicios de salud y cuando lo acceden son doblemente discriminados por su condición de adicción y por ser persona adulta mayor, lo que supone un problema social.

A su vez, este trabajo de investigación coloca sobre la mesa una situación que no está siendo contemplada, esta aseveración se evidencia consultando los datos estadísticos que se encuentran accesibles mediante informes de las estadísticas nacionales sobre drogas en la página web del Instituto Costarricense sobre Drogas del país (2017), son datos que claramente expresan un subregistro importante, lo que ayuda a enmascarar la realidad, la magnitud y las implicaciones del consumo de sustancias psicoactivas en las personas adultas mayores.

Por tanto, este estudio proyecta comprender y generar reflexión que este grupo etario está consumiendo sustancias psicoactivas, brindar más conocimiento e información que ayude a establecer los lineamientos gerontológicos para la atención, tratamiento y rehabilitación de las mismas y fortalecer la implementación de las políticas nacionales que

impactan a las instituciones relacionadas con la temática. Lo anterior, refleja la urgencia del desarrollo de políticas sociales necesarias que lo permitan revertir y, de este modo, mejorar la posibilidad de gozar de una vida activa, sana y saludable, lo cual implica contar y tener acceso a redes formales de servicios de salud y seguridad social, así como a una satisfacción de sus necesidades básicas, que les garantice calidad de vida a lo largo de los años.

También asume una implicación práctica y un estudio novedoso para la ciencia. Pretende generar datos significativos no sólo desde un abordaje cualitativo e innovador, sino también desde lo gerontológico. Se va a extender a un área que a nivel gerontológico no se ha abordado: siendo un problema de salud pública y por ende social, en crecimiento, la persona gerontóloga debe mirar este proceso de adicción de las personas adultas mayores y brindar pautas de atención a la misma. Es importante mencionar, que esta investigación destaca la importancia de considerar la línea de vida de una población que ha sido poco estudiada. Por ello se considera favorable para las personas adultas mayores, pues se les visibiliza. De esta manera permite contribuir con las entidades públicas y privadas relacionadas con la temática al ofrecer intervenciones más reales, ajustadas a las necesidades, gustos y preferencias de las personas adultas mayores.

A nivel teórico, como se menciona con anterioridad no solo llena un vacío de conocimiento, sino que enfatiza y visualiza un abordaje humanístico, integral y holístico. Al poder expresar las personas adultas mayores sus vivencias y experiencias, podrán lograr un mayor autoconocimiento. Los resultados no son generalizables, pero contribuyen a generar nuevas inquietudes de investigación, tanto cualitativas como cuantitativas. También aportan metodológicamente en la correlación de las teorías del envejecimiento con la temática de la adicción a las sustancias psicoactivas, sugiriendo cómo estudiar más adecuadamente a la población adulta mayor. A la vez, al aplicar la metodología cualitativa desde un abordaje fenomenológico-hermenéutico permite encontrar las pautas necesarias para visibilizar las vivencias y las experiencias de la población en estudio.

En síntesis, cabe subrayar que las investigaciones sobre el asunto son insuficientes. Utilizan metodologías para obtener diferentes datos, se centran demasiado en determinados grupos de la población (adolescentes, personas en hospitales y otros), lo que dificulta la

comparación entre estudios y consecuentemente la evaluación de la magnitud real del problema.

### **1.3 FORMULACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El número de personas adultas mayores a nivel internacional y en el territorio costarricense va incrementando, según menciona el I Informe de la situación de las personas adultas mayores de Costa Rica (ESPAM) (2008) “De acuerdo con las proyecciones de población vigentes en el país, aumenta el número de personas que cada año cumplen 65 años. En consecuencia, en el 2025 aproximadamente el número de personas adultas mayores se proyecta a 600 mil y en el 2050 es algo más de un millón 200 mil” (Cap. 2; p.11)

Lo anteriormente citado, unido a los datos reportados, según Bermúdez, (2016) por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en ese mismo año: “Costa Rica lidera la carrera de la esperanza de vida en América Latina. Es el país con la mayor cantidad de años en la región (79,6) y es el primero en sobrepasar la barrera de los 80 años, en el período entre el 2015 y el 2020” (Recuperado el 13 de Junio, 2016 en: [gobierno.cr/costa-rica-lidera-carrera-por-esperanza-de-vida-de-80-años-en-america-latina/](http://gobierno.cr/costa-rica-lidera-carrera-por-esperanza-de-vida-de-80-años-en-america-latina/)), forja un llamado de urgencia ante esta realidad y es uno de los motivos para realizar la presente investigación.

Como se ha mencionado en los apartados anteriores, actualmente las drogas ilícitas, están siendo consumidas por las personas adultas mayores y su prevalencia está aumentando. Luego, por el consumo, aparecen las complicaciones clínicas y sociales que se constituyen en un problema de salud pública. Sin embargo, poco se sabe acerca de sus respuestas al tratamiento para la dependencia de estas sustancias. Además, la medición de resultados y su gravedad en esta población no se ha abordado, lo que conlleva a no conocer los efectos interactivos del consumo de drogas y la edad, el envejecimiento y la interacción con el sistema de salud, lo que llama a dar una respuesta a la relación entre envejecimiento, adicción a las drogas, género y salud.

Cabe destacar que el proceso de adicción conduce a la aparición del síndrome de dependencia, un trastorno crónico recidivante, con una base biológica y genética. Lo que

muestra que el no abandonar el consumo de drogas, no se debe únicamente a la falta de voluntad o de deseo. De ahí la importancia de las intervenciones y de las implicaciones éticas de las nuevas estrategias de intervención biológica y gerontológica. Esta situación impacta la esperanza de vida y deteriora la calidad de este grupo etario.

Por lo tanto, es relevante entender que el consumo de sustancias psicoactivas a cualquier edad siempre va a tener repercusiones importantes en la vida diaria de las personas. Sin embargo, el (la) adulto(a) mayor es más vulnerable a nivel personal, familiar, social, económico, psicológico y de salud, factores que inciden también en el consumo de drogas de esta población.

Lo anterior se debe a los cambios normales del envejecimiento expresados en esta etapa, tanto en lo fisiológico como en los asuntos macrosociales y políticos. A esto se suman las transformaciones familiares y comunitarias, así como a las causadas por la tecnología. Además, aún la sociedad costarricense en general no está preparada para ver la vejez como una etapa más de la vida y generar inclusión o responder a las necesidades específicas de esta población. Ya es sabido que prevalecen muchísimos mitos y estereotipos y ellos imposibilitan una nueva visión y una red de apoyo efectiva. Todo esto genera pocas estrategias psicológicas individuales y colectivas para vivir un envejecimiento activo, saludable y exitoso. Por lo tanto, el consumo de sustancias psicoactivas en esta población origina mayor vulnerabilidad y mayores repercusiones. De esta manera, la población adulta mayor es un grupo invisible porque no se visualiza como consumidora activa de sustancias psicoactivas. Ello da pie a la estigmatización, aunado a la permeabilidad de los mitos y estereotipos sobre el proceso de envejecimiento y sobre la etapa de la vejez, es una población descuidada y más estigmatizada. Esta brecha perjudica seriamente, no solo a la persona que consume, sino a su familia, a la sociedad y al mismo Estado.

Aún falta unificar esfuerzos, a pesar de que existe un gran número de grupos organizados. Por un lado, hay grupos que brindan servicios dirigidos principalmente a dar respuesta a las necesidades inmediatas (alimentos, vestido, atención médica, baño, entre otras), aunque quedan otras excluidas (entendimiento, participación social, identidad, entre otras). Por otro lado, otras instituciones se dedican al tratamiento y rehabilitación, principalmente desde una visión Cristo céntrica. El Instituto Costarricense sobre Drogas ha

estado realizando esfuerzos de unificación de criterios con otras instituciones como la Universidad de Costa Rica, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, la Comisión Mixta de la Atención a la Indigencia, entre otras.

Además de las limitantes de estas organizaciones, ellas, en su mayor parte, excluyen de sus programas, proyectos y acciones, la atención y cuidados específicos y diferenciados para las personas adultas mayores.

Lo anteriormente expuesto, son razones justificables para realizar una investigación relacionada con las vivencias, a lo largo de la vida, de un grupo de personas adultas mayores, consumidoras de sustancias psicoactivas. Con los resultados obtenidos se pretende comprender sus vivencias. También se espera proponer algunos lineamientos generales gerontológicos que generen información útil para las instituciones públicas y privadas encargadas de dar apoyo a las personas adultas mayores en procesos de adicción. De esta manera se fortalecerá el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de ellas, desde una posición filosófica centrada en la persona que considera ante todo los derechos humanos según género. Dado que el fenómeno de las drogas es un problema de salud pública y por ende social en crecimiento, el profesional en gerontología debe mirar este proceso de adicción y brindar pautas de atención visualizando un abordaje humanístico, integral y holístico que los garantiza.

De acuerdo con los planteamientos previos, se formula el siguiente problema:

¿Cuáles son las vivencias del grupo de personas adultas mayores en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas?

En este marco y para buscar las respuestas a este problema de investigación se generaron los siguientes cuestionamientos constituyentes:

1. ¿Cuál es el significado de las vivencias en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas de las personas adultas mayores participantes?
2. ¿Cuáles son los pensamientos, sentimientos y acciones derivados de esas vivencias en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas?
3. ¿Cuáles lineamientos gerontológicos son necesarios en el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor?

Para responder a este planteamiento del problema y subproblemas se plantearon los siguientes objetivos.



## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

Comprender las vivencias de las personas adultas mayores a lo largo de la vida en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas-

### **1.4.2 Objetivos específicos**

1. Conocer el significado de las vivencias en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas de las personas adultas mayores participantes.
2. Identificar los pensamientos, sentimientos y acciones que se generan de las vivencias de las personas adultas mayores en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas.
3. Construir lineamientos con perspectiva gerontológica para el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor.

## **CAPÍTULO II**

### **REFERENTE TEÓRICO**

Es importante mencionar que para el desarrollo de la presente investigación se toma en consideración los siguientes referentes teóricos: Ser humano según Martínez (2009), el modelo socioecológico según Bronfenbrenner (1979), el modelo crítico-holístico de salud internacional aplicado al fenómeno de las drogas y la violencia, según Wright (2000), diferentes abordajes del envejecimiento, determinantes sociales de la salud según la OMS (2018), y gerontología.

## **2.1 SER HUMANO**

Según Martínez (2009) el ser humano es un supra sistema altamente complejo y dinámico, pero más o menos integrado. Es decir, no es un agregado de elementos yuxtapuestos, sino que está formado por muchos subsistemas perfectamente coordinados, de los cuales menciona el subsistema físico, el químico, el biológico, el psicológico, el social, el cultural, el ético-moral y el espiritual, entre otros. Asevera que todos juntos e integrados constituyen la personalidad y sugiere que su falta de integración o coordinación desencadena procesos patológicos de diferente índole: orgánica, psicológica, social, o varias juntas.

Este mismo autor, hace referencia al filósofo Baruch Spinoza quién afirma que “el hombre es un animal social”. Sin embargo, las personas pensadoras de corte existencial han puesto un énfasis particular en los dilemas que viven actualmente los seres humanos, en una sociedad de masas y estandarizada.

El existencialismo afirma que las personas se sienten como enjauladas, alienadas y deshumanizadas. Aunque se encuentren rodeadas de gente por todas partes, se sienten solas frente a su propia existencia que las obliga a encarar sus dudas, miedos y ansiedades. Entonces se busca la compañía de las demás personas como un medio para superar la soledad. Esta tendencia natural ha aumentado en los últimos tiempos.

De esta manera, todo ser humano es considerado como un ser-en-relación, donde cada entidad social está constituida por un grupo de relaciones que tiene con las demás entidades. Lo anterior, considerando que todas las personas están mediadas por: “una cultura y una historia a cuestas, como un agua que nos rodea y en la que vivimos, con todas

sus implicaciones para el proceso cognitivo, impregnada de valores, creencias, intereses, sentimientos, entre otros” (Martínez, 2009, p. 122).

Evidentemente, como menciona el autor, los componentes o factores del ser humano se encuentran interrelacionados. Desempeñan una función específica en la compleja y enmarañada red estructural y semántica de relaciones. Se da entonces la necesidad de adoptar un paradigma sistémico como una estrategia orientadora para enfrentar la alta complejidad con que se presentan las realidades del mundo actual pues, como dice Ludwig von Bertalanffy, “desde el átomo hasta la galaxia vivimos en un mundo de sistemas” (1981, p.47 mencionado por Martínez, 2009, p. 122).

Es importante señalar que además de considerarse al ser humano como social, también frecuentemente se le ha definido como un “animal racional”. Se consideran la inteligencia, la razón y la lógica como parte de sus características. Si tiene un comportamiento diferente, no guiado por esa “parte lógica y racional”, se dice que procede en forma irracional, e incluso, en forma antirracional. Según Martínez (2009) “el ser humano puede también seguir un tercer procedimiento ni racional ni irracional, sino simplemente arracional. Es decir, prescinde de o no sigue “la razón”, lo que - bien analizado - puede ser un simple hábito mental, una costumbre o una mera rutina mental” (p. 124).

Unido a lo anteriormente mencionado, ese ser racional y social es también un ser emocional. Este mismo autor certifica que ambos sistemas – el cognitivo y el afectivo- se suelen ver hoy en día estrechamente fusionados. Los estados afectivos han adquirido una importancia extraordinaria, ya que pueden inhibir, distorsionar, excitar o regular los procesos cognoscitivos.

Esto hace pensar en el desarrollo humano del ser que, en igualdad de condiciones, sus aspectos son directamente proporcionales a la variedad de oportunidades de interacción que le proporcione el medioambiente. Es decir, que la dotación genética heredada por el ser humano va a tener un mayor número de interacciones con el medio de acuerdo con la variedad y riqueza de éste (dotación de medios en el hogar, en preescolar, en su ambiente sociocultural, entre otros) y, consecuentemente, el nivel de logros alcanzados en estos sectores (desarrollo lingüístico, intelectual, emocional, estético, ético, y varios más) dependen de la magnitud de ese factor ambiental.

El otro aspecto que se relaciona con el desarrollo humano del ser está ligado con el clima afectivo que se cree en ese medio ambiente y que se le ofrezca al ser humano en desarrollo. Pareciera que, la riqueza que se ofrece de ese medio se acentúa y por ende aumenta su efecto, funciona mejor o interactúa más intensamente con la dotación genética, cuando hay un clima afectivo cálido, lleno de cariño, de afecto y de ternura, acogedor y que inspira confianza. Este clima cálido, afirma Martínez (2009), esta atmósfera acogedora, crea armonía y equilibrio hormonal y endocrino, lo que da como resultado un desarrollo óptimo y sano.

Hace dos siglos, siguiendo al autor Martínez (2009), el pedagogo suizo Pestalozzi, se adelanta a esta constatación cuando afirma: “el amor es la única y eterna base sobre la cual se puede formar humanamente la naturaleza” (p.23). Hoy día, menciona Martínez, con fuertes argumentos de respaldo, que ese amor no sólo es la clave de un desarrollo humano armónico para el niño y la niña, sino que también es la base de una vida feliz en las personas adultas. Es ingrediente indispensable de las mejores terapias psicológicas cuando los trastornos psíquicos han invadido su existencia.

Por tanto, podría aseverarse que una posición centrada en la persona se caracteriza por enfatizar en la unicidad de cada ser humano, con una tendencia natural hacia su auto-realización, libertad y autodeterminación, integrando los aspectos cognitivos con el área afectiva, conciencia y apertura solidaria con los demás seres humanos. Ella refuerza la capacidad de originalidad y creatividad, la jerarquía de valores y dignidad personal. Posición retadora en los tiempos actuales.

Otro punto importante en cuanto al ser humano, siguiendo a Martínez (2009), es el caso de Bühler (1967), psicóloga humanista, que, al analizar unas doscientas biografías, observa que cada vida estaba ordenada y orientada hacia uno o varios objetivos. Cada persona tenía algo especial por lo que vivía y trabajaba, un propósito principal, una misión, una vocación, una meta trascendente que podía variar mucho de una persona a otra.

Bühler (1967) refiere que en cada persona existe un proceso evaluador interno que va estructurando un sistema de valores. Este a su vez, se convierte en el núcleo integrador de la personalidad y forma una filosofía unificadora de la vida.

A su vez, es importante destacar el valor como uno de esos factores trascendentales en un ser humano. Allport lo define como “...una creencia con la que el hombre [la

persona] trabaja de preferencia. Es una disposición cognitiva, motora y, sobre todo, profunda de su propio yo” (1966, p.530 mencionado por Martínez, 2009, p.128).

Por lo tanto, Martínez (2009) menciona que en medio del cúmulo de incertidumbres, dudas y probabilidades que rodean al ser humano, es lógico que éste busque algunos puntos de anclaje, algunas certezas, alguna fe, que le sirvan como guía en su camino y que mitigue las inevitables frustraciones y ansiedades que la vida les genera.

Por otra parte, Ramos (1997), médico y filósofo, sostiene que, lejos de haberse restablecido la armonía y el equilibrio del ser humano, este se halla desorientado entre la multitud de cosas que lo dominan: “La voluntad propia del individuo [de la persona], sus sentimientos, sus aspiraciones, su vocación, sus fuerzas se revuelven impotentes bajo la máscara que le ha puesto el mundo exterior” (p. 60).

Este autor afirma que el problema se origina en una falsa valoración que tergiversa los valores. Es decir, los invierte, más la ausencia de una escala estimativa de índole universal. El carecer de una tabla ideal de valores actualmente, es en realidad una tragedia porque se carece de normas para regular la conducta de las personas.

Por su parte, Alonso y Escorcía (2003) afirman que: “Hoy en día podemos observar que el individuo [la persona] no ha entendido cómo vivir en el mundo real, sin embargo, se enfrenta a una nueva cultura consistente: cómo vivir en el ciberespacio. Sin embargo, siempre está en una lucha constante en aras de la conservación de su integridad” (p. 5).

A su vez, Vélez (1989) mencionado por Alonso y Escorcía (2003), reafirma la idea de que el ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente en el que influyen muchas características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales; entre otras, dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, otorgándole una personalidad que obedece a su ubicación temporal, a su momento histórico y espacial, al lugar donde habita.

Cuenta que la persona es una totalidad imposible de separar en sus dimensiones, ya que no es fácil establecer cuánto influye una sobre las otras, o cuánto depende la una a las otras, frente a su propio proceso. Sin embargo, las dimensiones, factores o facetas que lo constituyen ayudan a aprender y comprender mejor su complejidad de interacción. Por lo tanto, el ser humano es un ser integral. Para poderlo comprender se requiere un trabajo íntegro multidisciplinario y multiprofesional.

Vélez (1989), sostiene que el concepto que se tiene del ser humano depende de la cosmovisión, es decir, de la percepción del yo y del mundo que nos rodea. Dicha percepción, según el autor, es el resultado de la ciencia, la filosofía y las creencias adquiridas por cada persona. Al tiempo, destaca que: “toda persona debe hacer introspección de los datos y experiencias vividas, analizarlos y formarse su propia idea del ser humano. A esto se le denomina cultura. En este punto, asevera que, desde Sócrates, “todos los filósofos, han insistido en la necesidad de escarbar dentro de sí, como único método para llegar a la verdadera sabiduría” y entender al otro. (Vélez, 1989, mencionado por Alonso y Escorcía, 2003, p. 4)

Por tanto, este autor relaciona al ser humano en tres dimensiones: El Yo, el Otro y el Universo. La percepción del yo, la describe como la percepción más profunda y existencial. Dice, además, que cuando se analiza qué somos, brota inmediatamente el dualismo cuerpo-alma, materia-espíritu, y que esta concepción es herencia del racionalismo cartesiano. A su vez, plantea que el ser humano tiene características propias, tales como poder exceder los instintos, conciencia del pasado, inquietarse por el futuro, capacidad de intimidad, a las que agrega la inteligencia emocional, reconocida en la persona y estudiada por Goleman. Hoy en día esta es considerada de gran valor, según refiere.

Llegado a este punto, Según Pereira (2010) es preciso mencionar las concepciones de Morín (1999) (2002) (2004) (2007) sobre el pensamiento complejo de la persona. Desde esta perspectiva, ningún objeto o acontecimiento, que deba ser analizado por la ciencia, se encuentra aislado o desvinculado, sino que aparece dentro de un sistema complejo, desde donde entabla una gama de relaciones con otros objetos, ya sea “internos”: con otros objetos componentes del sistema, o “externos”: con elementos del ambiente, del entorno o del contexto de ese sistema.

Esta es la tesis que, en términos generales, sirve de fundamento según Morín mencionado por Pereira (2010), como una propuesta epistemológica de la complejidad, por lo cual hace alusión al pensamiento complejo dentro del enfoque sistémico. A grandes rasgos, esta propuesta intenta integrar un abordaje global y complejo del mundo, todo conocimiento humano que permita tomar conciencia de que somos tan sólo una parte de un sistema más general, complejo y en constante interacción, como punto de partida a lo que él también denomina: reforma del pensamiento.

Así, dentro de esta perspectiva sistémica, se parte del hecho de que en todo grupo humano estructurado (desde la familia y amigos, hasta el sistema mundial), sus componentes (los seres humanos) se encuentran estrechamente vinculados, entre sí y con el ambiente, por lazos de tipo biológico, económico, espiritual, político, cultural, entre otros. Sin esta interacción resulta imposible comprender el lugar y el papel en el universo e implica la pérdida de conciencia respecto de la verdadera condición humana.

Según Morín, la propia vida supone una multiplicidad de relaciones. Tomar conciencia de esa multiplicidad es lo que permite desarrollarse como sujetos humanos y no sólo como simples objetos. Así, una visión diferente del mundo supone un cambio en la manera en que se afronta la vida misma. Sin embargo, la visión de mundo defendida por el pensamiento de la complejidad no ha sido la que ha prevalecido en la historia de occidente (o al menos desde el inicio de la modernidad).

En este sentido, surge entonces, la necesidad de “aprehender las relaciones mutuas y las influencias recíprocas entre las partes y el todo de un mundo complejo” (Morin, 1999, p. 2 mencionado por Pereira, 2010, p.70) y, así, vivir de acuerdo con la propia (compleja) condición. Por lo tanto, la interrelación y la interacción son parte esencial de esta perspectiva, lo que habla de la importancia del resurgimiento de las ciencias transdisciplinarias o ciencias sistémicas. Ellas se encargan de estudiar las conexiones y continuidades entre los fenómenos naturales y artificiales, artísticos y técnicos, culturales y civilizatorios, en un complejo cognoscitivo coherente. Es decir, un marco teórico global que abarque las demás disciplinas donde la gerontología no está ajena a esta realidad y responde a una necesidad de urgencia como es el comprender el envejecimiento y las sustancias psicoactivas desde la interrelación e interacción de sus componentes.

Esto permite un sentido de responsabilidad y de solidaridad que los seres humanos tenemos para con el entorno, reflexionando sobre los vínculos con los demás miembros de la comunidad; sobre la verdadera relevancia como partes de un sistema más general (como, por ejemplo, la sociedad, el planeta e, incluso, el universo en su totalidad), al cual se deben las personas. Este es un problema que trasciende la realidad académica, permea los actos sociales y deriva en consecuencias sumamente perjudiciales. Ante este dilema surge el posicionamiento al compromiso ético-político de concebir la Humanidad como comunidad planetaria.



Así, la visión fragmentaria se coloca de frente, por un lado, al constante interés individualista (muy de moda en la sociedad actual) que sacrifica el interés común frente a los beneficios individuales. A expensas de otros seres humanos, las personas quieren poseer cada vez más, se desentienden de las necesidades sociales, mundiales, universales (a veces en franca oposición respecto de su interés privado). Lo que es peor aún, la falta de percepción de lo global nos ha hecho perder, a la vez, el propio sentido de responsabilidad para con el planeta, lo que pone en riesgo la supervivencia humana y la de muchas otras especies. También pone de manifiesto la interdependencia de todos los seres del planeta (Pereira, 2010).

Por lo tanto, esta perspectiva sistémica, aborda las necesidades y problemáticas humanas desde su verdadera dimensión. Valora la multiplicidad de elementos constitutivos del ser humano, así como la diversidad de relaciones. Al estudiar un objeto o una persona en su ambiente y en su interacción (entre sí y con el ambiente, en general) se pone de manifiesto que la “visión integradora” (visión que analiza a cada elemento en tanto se encuentre sujeto a un contexto) se hace cada vez más necesaria, si se quiere conocer de los fenómenos (y de la condición humana). El mismo conocimiento científico ha dado paso a esta visión global, compleja y sistémica de los eventos del mundo (Pereira, 2010).

Por ello, según esta misma persona autora, Pereira (2010), el planteamiento de Morín rescata los siguientes principios que sirven de guía para un pensamiento vinculante:

El principio sistémico u organizativo. Se trata del principio rector mencionado anteriormente. Es decir, la unión del conocimiento de las partes con el conocimiento del todo, cuyo objetivo consiste en combatir la idea (reduccionista) de que el todo es tan sólo la suma de las partes.

El principio holográfico. Es decir, poner de manifiesto aquello presente en toda organización compleja: la parte está en el todo y, a su vez, el todo está inscrito en la parte. Por ejemplo, la célula es una parte de un todo, el organismo. A la vez, la totalidad del patrimonio genético está contenido en cada célula individual.

El principio del bucle retroactivo o realimentación. Aquel que permite el conocimiento de los procesos autorregulados (feedback) y que rompe con el principio de la causalidad lineal. Por ejemplo, hace referencia al procesamiento de la información que le permite a la máquina o al sistema vivo regular su comportamiento, de acuerdo con su

funcionamiento real y no en relación con lo que se espera. Es un ir y venir permanente de la información, que la actualiza y le permite a la máquina o al organismo comportarse de acuerdo con propósitos actualizados.

El principio del bucle recursivo. Consiste en “un bucle generador”, en el cual los efectos y los productos son, asimismo, productores y causantes de lo que los produce. Por ejemplo: los seres humanos somos producto de un sistema de reproducción (ancestral), pero este sistema no puede reproducirse al menos que cada persona se convierta en productora al “acoplarse”.

El principio de autonomía/dependencia. El principio que dice que los seres vivos desarrollan su autonomía en dependencia de su ambiente (en el caso de los seres humanos, de su cultura).

El principio dialógico. Permite asumir, racionalmente, la inseparabilidad de nociones contradictorias para concebir un mismo fenómeno complejo. Por ejemplo, cuando se considera la especie o la sociedad, el individuo desaparece, pero cuando se considera al individuo es la sociedad la que desaparece. Según este principio, “el pensamiento debe asumir dialógicamente los dos términos que tienden a excluirse entre sí”.

El principio de reintroducción del que conoce en todo conocimiento. Indica que todo conocimiento es una reconstrucción/traducción que una mente/cerebro hace en una cultura y un tiempo determinado (p.73).

En conclusión, desde la perspectiva sistémica, se parte del hecho de que, cuando se analizan y se comprenden las realidades, no se debe segmentar y estudiar cada uno de estos subsistemas por separado, como si no tuvieran relación uno con otro. Solo se encontrarían acontecimientos y evidencia aislada que podría explicar la complejidad y la riqueza de los sistemas sociales de los seres humanos. Cuando se fragmenta y divide el conocimiento, se obtiene una visión fragmentada y sesgada de la realidad. Este es el paradigma mental combatido por Morín. La tarea del pensamiento de la complejidad consiste en revelar la naturaleza compleja de los fenómenos.

Por tanto, se debe ligar la enseñanza de la condición humana con la ética de la comprensión entre las personas. La reforma del pensamiento debe estar al servicio de la humanidad entera y, de esta manera, fomentar la solidaridad y la moral de la humanidad sobre el individualismo y la destrucción.

Por eso, Vélez destaca dentro de los elementos del ser humano no sólo el yo, sino también el Otro. Ahora bien, cuando se habla del Otro, un componente importante en las sociedades actuales, donde el conflicto está presente día a día, resulta imperioso trabajar sobre esta relación. Lo importante en la relación con el otro [o la otra] no es sólo conocerlo sino respetarlo, ayudarlo a convertirse en un mejor ser y crecer junto a él [o ella] sin miedos ni temores, ya que éstos son la contradicción del amor. A su vez, el Universo, el último elemento citado por Vélez, es básicamente la relación armónica del hombre y la mujer con lo que los rodea, no sólo el entorno material sino el cultural.

La solución estriba, según refieren Alonso y Escorcía (2003), en un examen de conciencia, que descubra la contradicción interna del dualismo. Este debe reafirmar, a la vez, la unidad del hombre [la persona] y las soluciones verdaderas para dar respuesta a la búsqueda de la esencia humana en la unidad, “en el ser de la totalidad”.

## **2.2 MODELO SOCIOECOLÓGICO**

Los múltiples elementos implicados en el fenómeno de las drogas determinan una complejidad de aspectos que deben considerarse para poder entender y abordar de manera exhaustiva este problema social. Hay que comprender que todo consumo problemático de sustancias psicoactivas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual. También supone una peculiar reacción del organismo, ante la acción de una sustancia química, así como unos escenarios sociales con muchas variables condicionantes. Se está hablando de un fenómeno que tiene, en definitiva, múltiples implicaciones psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas y éticas, entre otras. Por tanto, hay diferentes aproximaciones al mismo.

En términos generales, hay diferentes posturas interpretativas, tantas como sus causas. Entre ellas, las del modelo jurídico, las del modelo de la distribución de consumo, las del modelo médico tradicional, las del modelo de reducción del daño, las del modelo de la privación social, las del modelo de los factores socioestructurales, las del modelo de educación para la salud, las del modelo psicológico individualista y las del modelo socioecológico, entre otros.

Este último se presenta como el ideal a abarcar pues trata de recoger los hallazgos relevantes de las otras interpretaciones. Además, propone la superación de carencias y limitaciones. En todo caso, la perspectiva socioecológica proviene fundamentalmente de las ciencias sociales. A pesar de que intenta ser integradora y superadora de reduccionismos, su explicación no puede ser comprendida, sin analizar las aportaciones de los otros modelos, con el fin de obtener una visión exhaustiva de la situación del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

El punto de partida de la perspectiva socioecológica reside en la idea de que las actuaciones humanas dependen, en gran medida, de contextos más amplios. La conducta humana es el resultado de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive. Este proceso de acomodación no sólo se ve afectado por las relaciones entre la persona y su entorno, sino también por las relaciones entre esos entornos entre sí y por los contextos más amplios en los que están inmersos (Bronfenbrenner, 1979).

Desde esta perspectiva, según Pons (2008), la salud no puede definirse en la persona per se, sino usando como referencia su entorno total –físico, social, económico, y cultural, entre otros. En este sentido, la salud no es un atributo de la persona misma, sino de su interacción con el campo de fuerzas y relaciones en que se desarrolla su conducta. Él cita como ejemplo que el estilo de vida saludable de una persona está definido por una serie de factores interrelacionados entre sí como características individuales, características del entorno microsocial inmediato (familia, amigos, amistades, trabajo, comunidad, entre otros), y por factores macrosociales como los son: el sistema social, cultura de valores imperante, medios de comunicación, entre otros. Este es el medio físico geográfico en que se desarrolla la conducta de las personas (p.18).

De esta manera, este modelo se fundamenta en la toma en consideración de una serie de interrelaciones e interdependencias complejas entre el sistema orgánico, el sistema comportamental y el sistema ambiental. Entendiéndose como ambiente no sólo los factores físicos y sociales, sino también las percepciones y cogniciones que de aquél tienen las personas. Es decir, el sentido y significado que el ambiente adquiere para las personas que interaccionan en él y con él. Así, son tomados en consideración tanto aspectos físicos,

biológicos y psicológicos como sociales, etnoculturales, económicos y políticos, entre otros. (Pons, 2008)

Si se pretende comprender el complejo mecanismo del consumo problemático de sustancias psicoactivas, es necesario implicar dentro de este proceso las características personales de la persona consumidora y las múltiples características socioambientales que la rodean. Por lo tanto, redimensiona el problema del consumo de drogas como fenómeno integral y problema social que incluye a la persona, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y al propio producto y sus efectos sobre la misma que desarrolla su comportamiento en un marco ambiental definido por los anteriores contextos.

Por tanto, la explicación socioecológica tiene sentido por sí misma, por cuanto contempla a las personas consumidoras y a los factores no de forma aislada, sino integrados, dentro de una estructura ambiental más amplia que les otorga sentido y de la que, a su vez, son creadores.

Entonces, el consumo problemático de sustancias psicoactivas es explicado desde esta perspectiva mediante la interacción de tres constelaciones de factores explicativos:

- a) la droga: los efectos psicoactivos y el significado social de ella.
- b) la persona: las características psicológicas y orgánicas de la persona consumidora.
- c) el ambiente: las características de los contextos en que se encuentra integrado ese sujeto a lo largo de su ciclo vital (Berjano y Musitu, 1987, mencionados por Pons, 2010). Consecuentemente, es fundamental el concepto de interacción entre los tres factores mencionados, pues estos no deben ser contemplados de manera aislada, sino interrelacionados. Es decir, influyéndose mutuamente, repercutiendo unos sobre otros. A modo de ejemplos: las características de la persona son influenciadas por su ambiente, este también influye en la definición del significado social de la droga donde los efectos psicoactivos motivan al consumo de una sustancia según las características y necesidades de la persona y del ambiente inmediato.

Lo anteriormente ejemplificado sugiere la actuación de factores de riesgo entendidos como variables predisponentes, concepto contemplado desde el modelo

psicoindividualista. Sin embargo, desde la perspectiva socioecológica el factor de riesgo se amplía, necesariamente, a lo microsocio y macrosocio.

Esta visión propone que un factor de riesgo hay que buscarlo no solo en la persona, sino también en sus entornos. Además de esto, los factores de riesgo no se contemplan aisladamente, sino interrelacionados, como constelaciones de fuerzas que influyen conjunta e interrelacionadamente sobre la conducta de un individuo [una persona] (Pérez de Arróspide, 1998 mencionados por Pons, 2010). Así, pueden aparecer factores de riesgo que, a su vez, mantienen una relación causal con otro de su misma especie. Por ilustrarlo con un ejemplo, menciona Pons (2010), la vulnerabilidad a la presión grupal es un rasgo de personalidad que aumenta la probabilidad de iniciar el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Este rasgo puede ser originado por las experiencias socializadoras de la persona en su familia. De este modo, la conducta final es consecuencia no solo de factores personales, sino también de factores sociales relacionados causalmente con lo personal o individual.

De esta manera, el consumo problemático de sustancias psicoactivas se conceptualiza como una conducta que resulta de un complejo campo de fuerzas en el que se integran las características de la persona y las de su ambiente. Se diferencian factores sociales y factores individuales, los cuales, a su vez, pueden operar como antecedentes previos o inmediatos. De este modo, Edwards, Arif y Hodgson (1982), mencionados por Pons (2010), proponen mediante su modelo etiológico que el consumo problemático de sustancias psicoactivas contempla los siguientes factores etiológicos:

“Factores sociales: -Antecedentes previos: Interacción con el grupo, interacción familiar y uso de drogas en la familia. -Antecedentes inmediatos: Normas sociales del grupo, disponibilidad de la droga y variables demográficas.

Factores individuales: -Antecedentes previos: Experiencia precoz con drogas, desarrollo psicológico y rasgos de personalidad. -Antecedentes inmediatos: Estados de ánimo susceptibles de ser modificados por el efecto psicoactivo de una droga” (p.20).

Del mismo modo, este mismo autor menciona que hay propuestas etiológicas explicativas aportadas por autores como Asún y Alvarado (1991) o Ramírez (1991) que surgen de la reflexión y análisis del problema del consumo de drogas en América Latina.

Lo explican mediante el siguiente cuadro, cuya comprensión, requiere la consideración de la interacción entre los factores y su repercusión mutua.

**CUADRO I**  
**MODELO ETIOLÓGICO DEL CONSUMO DE DROGAS**  
**BASADO EN LA EXPLICACIÓN SOCIOECOLÓGICA**

<p><b>A. Características personales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad y sexo.</li> <li>• Rasgos de personalidad.</li> <li>• Estado emocional.</li> <li>• Valores y disposiciones motivacionales.</li> <li>• Actitudes y expectativas hacia el uso de la droga.</li> <li>• Estilos de vida y de relación social.</li> <li>• Uso de otras sustancias.</li> </ul>
<p><b>B. Características de la droga</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de droga consumida.</li> <li>• Efectos psicoactivos.</li> <li>• Efectos reforzadores derivados de su consumo.</li> <li>• Dosis ingerida.</li> <li>• Tiempo de consumo.</li> <li>• Forma de ingestión.</li> <li>• Dependencia y tolerancia.</li> </ul>
<p><b>C. Características del medio microsial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización familiar.</li> <li>• Consumo de drogas entre los miembros de la familia.</li> <li>• Historia de relaciones familiares.</li> <li>• Relaciones con el grupo de iguales.</li> <li>• Consumo de sustancias en el grupo.</li> <li>• Actitudes hacia las drogas en la familia y en el grupo.</li> <li>• Significado social de la droga en el grupo.</li> </ul>
<p><b>D. Características del medio macrosial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características del entorno social y cultural.</li> <li>• Tipo de presencia e imagen de las drogas en los medios de comunicación.</li> <li>• Disponibilidad de la droga.</li> <li>• Publicidad de drogas institucionalizadas.</li> <li>• Valores sociales imperantes.</li> <li>• Aceptación de la droga en el medio social y situación legal.</li> <li>• Presencia de la droga en las actividades sociales de la cultura de referencia.</li> <li>• Oferta y disponibilidad de actividades de ocio.</li> <li>• Factores económicos y políticos.</li> </ul>

*Fuente:* Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. Polis, 4(2), 157-186. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?S187023332008000200006.es>.

La conducta de consumo problemático de sustancias psicoactivas aparece, desde esta perspectiva, como el producto de un complejo campo de fuerzas. Por lo tanto, este modelo pretende revalorizar al ser humano en su esencia como ser social y cultural y atiende al problema de las drogas como un fenómeno multidimensional, lo que posibilita buscar y descubrir nuevas alternativas de intervención que permitan reducirlo y controlarlo, atacando sus causas en diferentes niveles de profundidad.

En este sentido, el fenómeno del consumo problemático de sustancias psicoactivas se redimensiona como problema social. En todo caso, el modelo socioecológico no propone

una explicación basada en el determinismo contextualista. Según este la persona es una simple copia de su ambiente o un simple efecto pasivo de lo que ocurre a su alrededor.

Al contrario, se parte siempre de la noción de las personas como sujetos activos en la definición de sus conductas -aun recibiendo las influencias del medio sociocultural-. Al fin y al cabo, la sociedad, los grupos sociales y la cultura son personas en acción y en relación, lo cual lleva a pensar que, así como lo social repercute notablemente sobre lo individual, las personas y sus actividades son las que crean y definen la sociedad. (Pons, 2010)

De esta manera, la prevención dentro de este modelo es asumida integralmente, dirigiéndose la acción interventiva a las causas del problema y no sólo a sus manifestaciones. Se considera la intervención desde la prevención primaria, entendida como una tentativa científica dirigida a conocer los factores posibilitadores de un problema social -factores de riesgo- y a tratar de reducir su probabilidad de aparición. Es decir, la prevención primaria se contempla como una acción anticipadora a los factores de riesgo, para reducir su aparición y, de este modo, reducir la incidencia de la conducta desajustada. Las actuaciones preventivas tienen las siguientes características:

“Actúa sobre el factor de riesgo, intentando encontrarlo en los mayores niveles de profundidad posible. De este modo, si, por ejemplo, la investigación determina que ciertos rasgos de personalidad aumentan la probabilidad de consumo precoz en un menor o el desarrollo de la conducta adictiva en una persona adulta, hay que buscar qué condiciones ambientales operan. A su vez, actúan como antecedentes etiológicos de esos rasgos-experiencias de socialización familiar desde la infancia-, con el objetivo de intervenir sobre tales condiciones para orientarlas en la dirección adecuada.

Consideran las experiencias socializadoras de las personas como vectores de fuerza que condicionan su comportamiento social. Se trata de intervenir sobre estos vectores, más que sobre las intenciones conductuales de la persona que consume sustancias psicoactivas.

Las intervenciones preventivas comienzan desde la infancia, pues el concepto de prevención primaria se convierte en inespecífico, orientado al desarrollo integral de la persona y no únicamente a la evitación de una conducta concreta” (Pons, 2010, p.22-23)

En este contexto metodológico y teórico, se han propuesto acciones interventivas en el ámbito de lo social y de lo educativo, desde la perspectiva socioecológica. Este tipo de



acciones tienen como denominador común la búsqueda de la causa, más que la intervención directa sobre la intención conductual. Aportan a las personas progenitoras los recursos y competencias necesarias para que las estrategias de socialización a las que someten a sus hijos e hijas se orienten hacia el fomento de factores de protección y evitación de factores de riesgo.

Un modelo representativo de trabajo lo ejemplifican a través de las escuelas de padres y madres. Una instancia educativa donde las personas progenitoras, con sus hijos e hijas pequeñas, aprenden estrategias basadas en los conocimientos de las ciencias de la conducta y de la educación. La finalidad es adquirir competencias y recursos suficientes para educarlos (Pinazo, 1993), o bien, fomentar una cultura de la utilización racional del ocio y del tiempo libre desarrollando programas de intervención comunitaria, dirigidos a adolescentes y jóvenes. Lamentablemente, los programas están orientados a la creación de posibilidades de ocio nocturno como alternativas al ocio basado en el mercantilismo y en el consumo de sustancias (Pons, 2010).

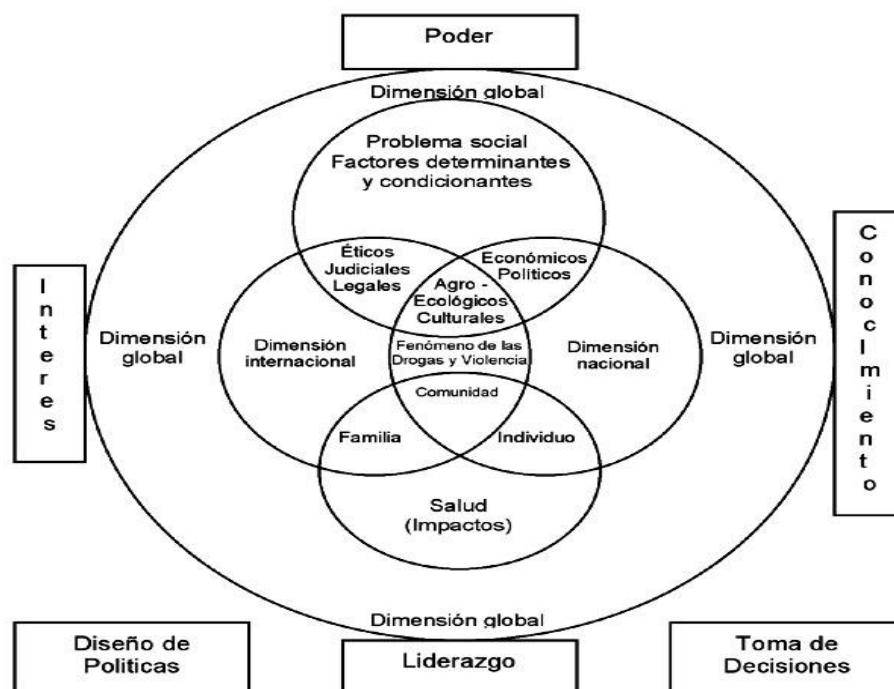
Otro de los modelos teóricos es el Crítico-Holístico de Salud Internacional aplicado al Fenómeno de las Drogas y la Violencia planteado por Wright (2000). Según esta autora, menciona que la complejidad del fenómeno de las drogas y de la violencia requiere una perspectiva amplia y holística. Por lo que este se caracteriza por contener una visión multidimensional de las drogas y de la violencia y la perspectiva crítico-holística de la interacción y el equilibrio entre sus componentes.

El modelo parte del supuesto, que se generará una transformación en el área estudiada como resultado de una mayor conciencia de las personas que trabajan en ese sector. Puesto que parte de un análisis dialéctico macro contextual de las políticas, para identificar los factores determinantes y condicionantes a nivel nacional, internacional y global; posteriormente, pasa a lo micro contextual de la condición, situación y resultados de los diversos sectores (salud, social, jurídico) involucrados en programas de control, prevención y tratamiento de uso y abuso de drogas y violencia; continúa con lo micro contextual de la condición, situación y resultados desde del punto de vista del individuo, familia, y comunidad; y a un análisis comparativo del nivel macro (políticas) y del nivel micro (individuo, familia, comunidad, y medidas de intervención) para conocer tanto las oportunidades como los obstáculos presentes a la implementación de las políticas a nivel

internacional, y nacional y el impacto de estas políticas a nivel del individuo, familia, y comunidad.

Todo lo anteriormente descrito para lograr desarrollar un plan estratégico científico y tecnológico para la transformación y consolidación de programas de control e intervención en el área de las drogas y violencia. A través de vínculos sólidos y sostenibles para construir infraestructura y tecnología para trabajar con la complejidad de las drogas y de la violencia. De ahí la importancia de desarrollar políticas de respaldo a la creación e implementación de normas nacionales e internacionales del sistema de control y evaluación.

### **Ilustración 2. Modelo crítico-holístico de salud internacional aplicado al fenómeno de las drogas y la violencia.**



*Fuente:* Universidad de Sao Paulo. Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto. Programa Regional de Formación en Investigación Aplicado al Estudio del Fenómeno de las Drogas para Docentes de Enfermería de América Latina. 2003. Recuperado de: <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/politicaspUBLICAS/enfermeria.pdf>

Según Wright (2000) para la lectura del contexto macro-político, se contempla la dimensión de poder, interés, conocimiento y liderazgo respecto a las drogas y la violencia en el contexto de las relaciones internacionales. A su vez, en el contexto micro-político, el modelo se ocupa de: i) la dimensión internacional del fenómeno de las drogas y de la

violencia a nivel interno; ii) el desarrollo estratégico del país frente al control de las drogas y la violencia; y iii) las repercusiones del uso de drogas para la salud de la persona, la familia y la comunidad.

Posteriormente descrito los modelos, se hace referencia al tema de envejecer partiendo de la premisa que es un proceso que media las vivencias y los eventos en el curso de vida del ser humano.

### **2.3 ENVEJECER**

Envejecer es un proceso que se inicia desde la concepción misma y avanza conforme la persona va trazando su propia línea de vida. Como bien se sabe, en los primeros años se experimenta un proceso continuo de crecimiento que según expertos y desde la propia experiencia tiene un momento de máxima expresión en la adolescencia: envejecimiento evolutivo; la etapa de la vejez es la desaceleración de este proceso: envejecimiento volutivo.

Para poder comprender el envejecimiento como un proceso, es importante observar los diversos abordajes que lo describen. A continuación, se realiza un acercamiento a los siguientes: ciclo de vida, desarrollo humano, desarrollo humano a lo largo de la vida, envejecimiento activo, abordaje desde los derechos humanos, envejecimiento productivo y de longevidad, envejecimiento saludable, envejecimiento exitoso, envejecimiento en positivo, teorías sociales, psicológicas y biológicas del envejecimiento. Cada uno de estos abordajes conforma una visión de mundo, los anteojos con los que se quiera observar este proceso según cada etapa.

En este estudio, como se ha venido mencionando, se enfatiza el proceso de envejecimiento en la etapa de la vejez. Debe comprenderse que este se presenta en los diferentes periodos de la vida: niñez, adolescencia y adultez. Cada período representa un mundo vivido: cuerpo, espacio, tiempo y relaciones humanas vividas, que determinan las necesidades, gustos, preferencias y problemas específicos.

#### **2.3.1 Abordajes del envejecimiento**

La visión del envejecimiento desde el ciclo de vida es uno de los posicionamientos que se refiere a las etapas y/o periodos de la vida del ser humano. Este realiza una división

por edades que generalmente se relaciona con el término de crecimiento. Es decir, mide las características que intervienen en el engrandecimiento imperceptible y gradual del tamaño de un organismo vivo hasta alcanzar la madurez. En resumen, el ciclo de vida se puede representar como un modelo de crecimiento por etapas: niñez, adolescencia, adultez, adultez mayor. La definición más básica y clara es cuando la persona nace, luego crece, se va desarrollando, se reproduce, se envejece e inevitablemente muere. Esta definición tan básica plantea que el ciclo vital es continuo. En cada fase van surgiendo experiencias y situaciones que impactan las futuras, las pueden condicionar y pueden ser pronosticadas, acrecentadas o superadas en la etapa anterior, pues es parte de su mundo vivido.

Sin embargo, como lo menciona Papalia, Olds y Feldman (2005), la división del ciclo vital en etapas es una construcción social. Es un concepto o práctica que parece natural y obvio para quienes la aprueban, pero que, en realidad, es una invención de una cultura o sociedad particular.

No hay un momento objetivo definitivo en que un niño se haga adulto ni en que una joven se convierta en vieja. Aseveran que hasta el concepto de niñez puede verse como ese constructo social y mencionan el siguiente ejemplo: refiriéndose a Ehrenreich y English (2005), en contraste con la relativa libertad de que disfrutaban hoy los niños en Estados Unidos, en la época de la colonia los niños eran tratados como pequeños adultos y se esperaba que realizaran tareas de adulto como tejer calcetines e hilar lana.

A su vez, señalan que los padres Inuit, en el ártico canadiense, creen que los niños pequeños no poseen todavía la capacidad de pensar y razonar, por lo que son indulgentes cuando sus hijos lloran o se enojan. En cambio, los padres de la isla de Tonga, en el Pacífico, suelen pegarles a sus hijos de tres a cinco años, su llanto es atribuido a la tozudez o capricho (Papalia, Olds y Feldman, 2005 mencionando a Briggs, 1970 y Morton, 1996). Estos ejemplos ponen de manifiesto que la sociedad juega un papel primordial en las conductas y construcción de los seres humanos que la integran.

Es importante mencionar que al referirse al ciclo vital se debe considerar el término generación, como un indicador de estudio que hace referencia a una época. Su consideración en el campo de la gerontología es muy importante pues implica posicionarse empáticamente en el contexto que surge la persona o personas que se estudian. En este sentido, según la Alcaldía Mayor de Bogotá (2012), “La generación es la herencia cultural

acumulada que sugiere múltiples aspectos relacionados con la demografía, la economía, las ideologías políticas y las construcciones estéticas de grupos de personas que viven en tiempos y espacios determinados (p.17).

Desde esta perspectiva, la adultez mayor es el resultado de un mundo vivido que impacta en el Ser, cualidades, fortalezas, problemas, necesidades, gustos y preferencias que se van desarrollando durante su ciclo vital. Como menciona Hidalgo (2009) en su libro: “El envejecimiento: aspectos sociales: “...el ser humano necesita de sus formas ancestrales para saber de dónde viene y, por ende, el poder establecer una sospecha, más o menos fundamentada, de “hacia dónde va” (p.16). El conocer su pasado le da pertenencia y autoconocimiento del presente. Además, puede construir más verazmente sus alcances en el futuro o bien, ser consciente de cómo modificarlo.

Según Ponce (2015) las generaciones humanas se dividen en periodos de 20 años, aproximadamente. Históricamente, la generación que ha registrado la tasa de mayor nacimiento fue la llamada babyboomers, conformada por personas cuya edad actual oscila entre los 55 y 72 años. Son quienes nacen entre 1946 y principios de los 60. Tras la Segunda Guerra Mundial, varios países experimentaron un inusual repunte en las tasas de natalidad, fenómeno comúnmente denominado baby boom. De ahí el nombre de esta generación, a la cual se acerca esta investigación.

Según refiere este periodista los boomers han encontrado más dificultades para administrar su tiempo y dinero que otras generaciones, problema creado porque:

- 1) sus padres [personas progenitoras] viven más tiempo que los de generaciones anteriores;
- 2) están en busca de una mejor y más amplia educación universitaria;
- 3) optaron por engendrar hijos e hijas a una edad más avanzada que generaciones anteriores. Esto los coloca en una situación de sándwich, por lo que también esta generación es conocida como la generación emparedada o la generación sándwich. Se ven obligados a cuidar de padres y madres adultas mayores y a la vez de sus propios niños y niñas de corta edad.

Por su parte, la teoría ondulatoria de edad sugiere una inminente desaceleración económica mundial cuando se jubilen, empezando en los años 2007 a 2009, y hoy estamos

en el año 2021. Por tanto, lo anteriormente mencionado da pie a los términos de acervo y bono demográficos, respectivamente.

Según Aguirre (2015), el acervo demográfico se refiere a la fuerza de trabajo y población productiva, resultado de una caída prolongada y sistemática de la fecundidad. El bono demográfico es más bien el resultado económico (crecimiento) de esta dinámica poblacional. Más adelante se estima a través del crecimiento de la población, en edad de trabajar bajo dos diferentes escenarios de reducción de la fecundidad entre el 2010 y 2050.

De esta manera, la existencia de un gran número de personas trabajadoras adultas potenciales (acervo demográfico) crea una oportunidad única para el gobierno y el sector privado de un país, ya que acelera su crecimiento económico (bono demográfico). Este mismo autor asevera que un número elevado de personas trabajadoras, disponibles en el mercado de trabajo, especialmente si son calificadas, pueden crear la dinámica necesaria para elevar la producción de la economía. Sin embargo, él mismo refiere que se requiere de un sistema financiero sólido para que las personas trabajadoras generen, por un lado, los ahorros necesarios para su jubilación y por otro, la creación, de un capital financiero que proporcione recursos para el crecimiento de una economía. Todo esto requiere un ambiente social y político estable, un gobierno efectivo, una sociedad civil consolidada y altos niveles de seguridad y tranquilidad política.

De lo contrario, esta oportunidad de crecimiento económico puede convertirse en una pesadilla social. Una fuerza de trabajo desempleada, cada vez más numerosa, puede alimentar el descontento y malestar social provocando acciones y comportamientos que amenacen y debiliten la estabilidad política de los regímenes democráticos de los países de la región. Invertir en educación, salud y actividades productivas generadoras de empleos es vital para el aprovechamiento adecuado del bono demográfico (Pinto, 2011).

Finalmente, la lección más importante de esta experiencia, según este autor, es primero, la población como un recurso valioso para el crecimiento económico. Además, la reducción de las tasas de dependencia económica, no necesariamente conducen a un mayor crecimiento económico de un país. Este también depende de un escenario institucional y económico favorable. También depende de la existencia de una dinámica sociopolítica particular que coadyuve a generar ciertas condiciones para promover y acelerar el

crecimiento del país y la mejora de las condiciones de vida de su población. Esto se refiere a la interrelación de lo micro y macrosocial en la persona.

Continuando con los abordajes de envejecimiento, al de ciclo de vida irremisiblemente lo transversa el desarrollo humano. Según Papalia, Olds y Feldman (2005), el estudio del desarrollo humano tiene dos abordajes: Uno cronológico (que describe todos los aspectos del desarrollo en cada periodo de la vida) y otro temático (que se concentra en un aspecto del desarrollo a la vez). Es decir, responden a la siguiente pregunta: ¿Cómo ha sido el desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial en cada periodo del ciclo de vida? En un principio, estos mismos autores refieren que los estudios de este desarrollo se iniciaron enfocándose solo en la etapa de la niñez. Luego se pasa a estudios que abarcan el ciclo vital. Los cuales pretenden describir, explicar, predecir y modificar la conducta, contemplando factores externos e internos.

Papalia, Olds y Feldman (2005) subrayan que entre las influencias contextuales más importantes en el desarrollo se encuentran la familia, el vecindario, la posición socioeconómica, la cultura, la raza/origen étnico y la historia. Cinco son las perspectivas principales que señalan como aquellas que fundamentan e influyen en investigaciones sobre el desarrollo humano: la psicoanalítica, la del aprendizaje, la cognoscitiva, la contextual y la evolutiva /sociobiológica. A su vez, indican que las perspectivas teóricas que estudian este desarrollo difieren entre sí en tres aspectos claves: la importancia relativa de la herencia genética y el ambiente, el desarrollo activo o pasivo y la continuidad o las etapas.

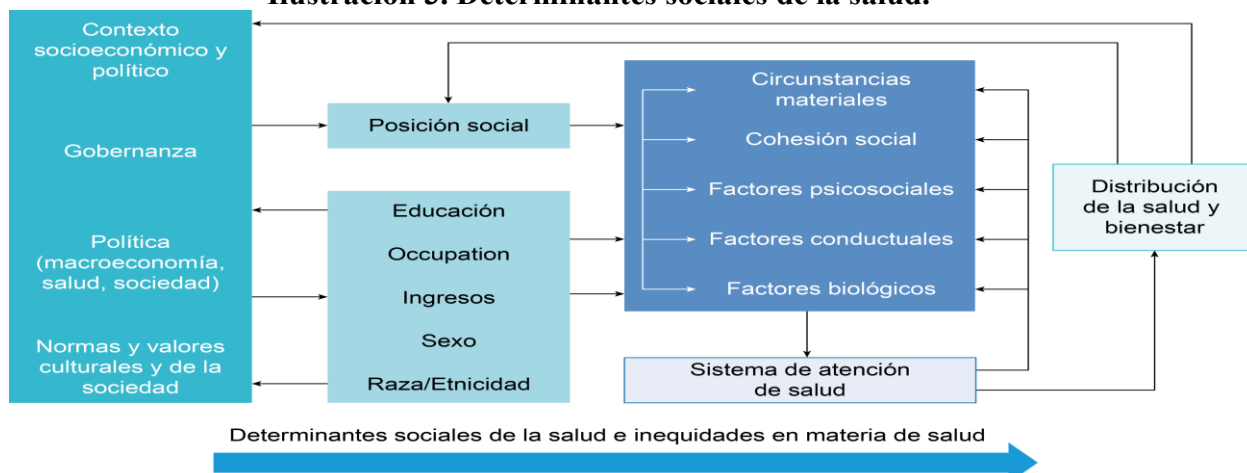
Este último punto, da pie entonces a nombrar el abordaje dentro del cual esta investigación se desarrolla: El desarrollo humano a lo largo de la vida. Algunos autores también lo denominan desarrollo del ciclo vital. Este es el posicionamiento desde esta investigación porque parte del siguiente principio: desde la concepción, las personas van teniendo procesos de desarrollo, que se intentan comprender, que son continuos a lo largo de la vida, que son activos porque “No existe nada permanente, excepto el cambio”, Papalia, Olds y Feldman, 2005, mencionando a Heráclito (Siglo VI A.C). Se entiende que las características que se van desarrollando en el lapso de la existencia están mediadas por las influencias de la experiencia en ese camino. A su vez esas experiencias están conformadas por la construcción social de lo que se espera o no de la persona, según su

edad. Como se observa esta posición es la suma de los dos abordajes mencionados con anterioridad.

Al ser las personas humanas muy complejas, el desarrollo se comprende desde la multidimensionalidad biológica, física, personal, social, cultural, psicológica, cognoscitiva. Ellas están estrechamente relacionadas entre sí, aludiendo a la frase “el todo es más que la suma de sus partes”. Estas dimensiones están determinadas por características acumulativas cosechadas en el transcurso de la vida, características nombradas según dimensión, por ejemplo: características biológicas, culturales, personales, emocionales, económicas, entre otras. Ellas responden a un promedio, establecen normas que describen la conducta y explican la causa de esta en las distintas edades, las cuales se expresan en el proceso de envejecimiento y este proceso circunscribe el de la salud-enfermedad y sus determinantes, por tanto, los comparten. De ahí la relación de que tanto el estudio del desarrollo humano como del envejecimiento tienen carácter interdisciplinario con miras a la transdisciplinariedad.

En el siguiente esquema se demuestra la interrelación entre los determinantes estructurales que provocan desigualdades en salud. Una estructura social determinada por el contexto socioeconómico y político que depende del país donde naces. Estos, a su vez, determinan los recursos materiales: condiciones de empleo, trabajo y el entorno residencial, entre otros. Ellos dan pie a lo que se denomina factores psicosociales, conductuales y biológicos, con una base de servicios de salud que también pueden impactar en los anteriores, generando en las personas desigualdades en salud. En resumen, los determinantes estructurales impactan en los intermedios. El resultado es personas con diferentes niveles de oportunidades en su desarrollo humano, lo cual limita envejecer exitosamente. De ahí la importancia de este abordaje en el presente estudio, como se muestra en la siguiente ilustración.



**Ilustración 3. Determinantes sociales de la salud.**

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [página web]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/).

Según Papalia, Olds y Feldman (2005), en la práctica común de las personas que estudian el desarrollo humano se establece un promedio o normas generales en cuanto a la conducta y sus causas. Se presentan sus excepciones a la regla muy individuales relacionadas con la forma en que las personas enfrentan, los acontecimientos y aspectos característicos en este proceso (carácter personal). Por ejemplo, una persona adulta puede enfrentar la jubilación con mucho entusiasmo. Otra persona emprende este mismo evento con mucha depresión o tristeza. Estas personas autoras sugieren que ciertas necesidades básicas del desarrollo deben ser satisfechas. Mientras que ciertas tareas del desarrollo deben ser superadas en cada período para que acontezca el desarrollo normal en las próximas.

Otro punto de vista sobre el desarrollo lo aporta Sen (1999a). Él expresa que para hablar del desarrollo de una sociedad hay que analizar la vida de quienes la integran. No puede considerarse que hay éxito económico sin tener en cuenta la vida de los individuos [las personas] que conforman la comunidad. El desarrollo es entonces el desarrollo de las personas de la sociedad. Por este motivo define concretamente: "...es un proceso de expansión de las capacidades de que disfrutaban los individuos [las personas]" (Sen, 1999b).

De esta manera, la capacidad humana planteada por Sen (1999b) centra su atención en la capacidad de las personas para vivir la vida. Por ello se analizan los motivos que estas poseen para valorar y aumentar las alternativas reales entre las cuales poder optar.

Cada persona, en función de sus características, origen y circunstancias socioeconómicas con las que convive, entre otros aspectos, tiene la capacidad de hacer ciertas cosas que valora por diferentes motivos. Tal valoración puede ser directa o indirecta.

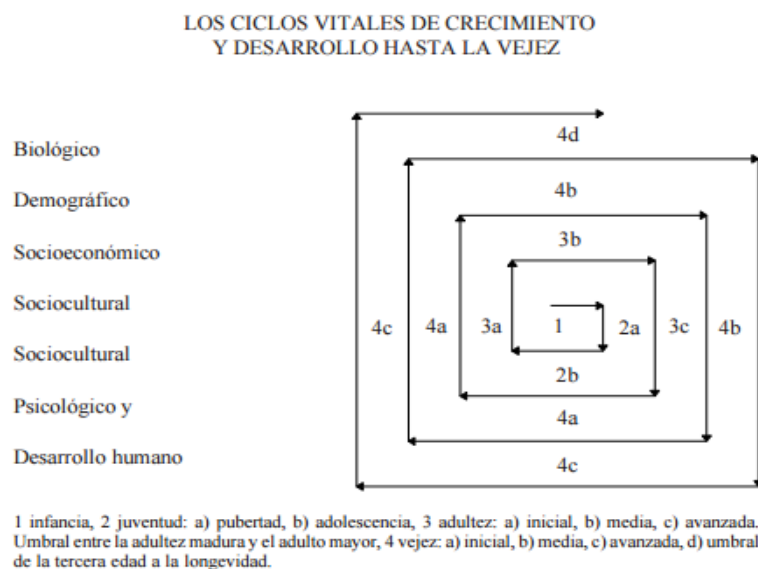
La valoración directa está en función de aquellos elementos que implican que puede enriquecer su vida. Es decir, que le permitan tener una mejor calidad de vida, como estar bien nutrido o sano. Por su parte, la valoración indirecta tiene que ver con la posibilidad de contribuir más y mejor en la producción. De esta manera, la perspectiva de la capacidad humana es más abarcativa que la teoría del capital humano. Esta última una expresión más limitada de la capacidad humana (Sen, 1999b).

Este mismo autor, se refiere a las capacidades como las libertades fundamentales (o reales) que pueden poseer las personas. Las define como las diferentes combinaciones de funciones que la persona puede conseguir y que le permiten lograr distintos estilos de vida. "Por ejemplo, una persona rica que ayune puede conseguir los mismos resultados funcionales en lo que se refiere a comer o nutrirse que una persona desfavorecida que se vea obligada a pasar hambre. Sin embargo, la primera tiene un conjunto de capacidades diferentes al de la segunda (la primera puede decidir comer bien y estar bien nutrida, mientras que la segunda no)" (Sen, 1999b).

Dentro de los determinantes de las libertades del hombre [las personas] menciona las instituciones sociales y económicas. Se refiere, por ejemplo, a los servicios de educación y salud, a los derechos políticos y humanos, tales como la libertad de expresión y el derecho a elegir las autoridades públicas.

Asimismo, Zetina (1999) ofrece otro de los aportes al ciclo vital de crecimiento y desarrollo hasta la vejez mediante el siguiente esquema:

#### Ilustración 4. Los ciclos vitales de crecimiento y desarrollo hasta la vejez.



**Fuente:** Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*,5(0) 23-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201903>.

Lo que Zetina (1999) desea resaltar es que dichas etapas del ciclo vital, a su llegada a la vejez, son vistas con abordajes diferentes por las distintas disciplinas. Se parte del supuesto de que en el estudio del proceso del envejecimiento se presentan variables interdependientes y secuenciales, relacionadas con diferentes momentos y sucesos. En ellas están presentes el ciclo biológico o fisiológico, el tiempo cronológico, el ciclo de vida familiar y el ciclo del cambio social e histórico. Pero, las etapas o movimientos tienen diferentes ritmos y se dan en las personas en forma diferencial. Ella plantea que es vital tener presente esta premisa para no usar categorías unívocas y rígidas, que todavía predominan, en relación con la vejez y el desarrollo del ser humano.

Consecuentemente, un acercamiento al envejecimiento activo que tenga en cuenta el ciclo vital reconoce que las personas adultas mayores son un grupo heterogéneo y que la diversidad tiende a aumentar con la edad. De esta manera, las intervenciones deben crear ambientes de ayuda y fomentar opciones saludables en todas las etapas de la vida.

La Organización Mundial de la Salud adopta este abordaje del envejecimiento activo a finales de los años 90. La intención era transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y reconocer los factores que, junto a la atención sanitaria, afectan la manera de envejecer de las personas y las poblaciones. Menciona a Kalache y a

Kickbusch, 1997, para afirmar que, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga, esta debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad [y educación, como el cuarto pilar del envejecimiento activo].

Esta Organización (2002) utiliza el término envejecimiento activo para expresar el proceso mediante el cual se consigue este objetivo. Se define como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación, seguridad [y educación], con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Este parte de la premisa que las personas puedan lograr su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital. Además de poder participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

Es importante mencionar que el término activo hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. No se trata solo de la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Promueve que las personas que se pensionan y las que están enfermas o viven en alguna situación especial o de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con la familia, los semejantes, la comunidad y la nación.

Desde este marco, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física para mantener la autonomía y la independencia a lo largo de la vida. Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de las demás personas: los amigos, los(as) compañeros(as) de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia, entre otras relaciones. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir de manera recíproca entre las personas, así como entre generaciones de las personas mayores y las más jóvenes) son principios importantes del envejecimiento activo.

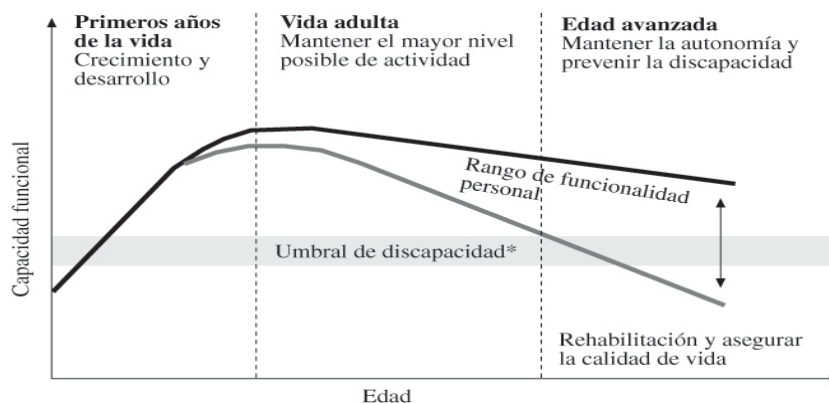
Esta visión menciona que el niño de ayer es el adulto de hoy y es el/la abuelo(a) de mañana. La calidad de vida que disfruta como persona adulta mayor depende de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de toda su vida. También de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soporte mutuo cuando sean necesarios.

En este mismo marco plantean en la siguiente figura la forma en que se logra el mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital, subrayando que los cambios

en el entorno pueden reducir el umbral de discapacidad y disminuir así el número de personas con discapacidad en una comunidad dada. A su vez, se refieren a la capacidad funcional, como la capacidad respiratoria, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular, entre otros. Mencionan su característico aumento en la infancia, llegando al máximo en los primeros años de la edad adulta y declinando a continuación. Sin embargo, señalan que ese ritmo del declive viene determinado, en gran medida, por factores relacionados primero con el estilo de vida adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el nivel de actividad física y la dieta, además, con factores externos y medioambientales.

De esta manera, la pendiente del declive puede llegar a ser tan inclinada que dé lugar a una discapacidad prematura. Sin olvidar que se puede influir sobre la aceleración del mismo y hacerlo reversible a cualquier edad, mediante medidas tanto individuales como de salud pública.

#### Ilustración 5. Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital.



**Fuente:** Kalache y Kickbusch, 1997, tomado de Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. Recuperado en: [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)

A su vez, plantea los determinantes del envejecimiento activo como se demuestra en la siguiente figura:

### Ilustración 6. Determinantes del envejecimiento activo.



*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. Recuperado en: [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)

Como se observa, el envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o determinantes que rodean a las personas, las familias y las naciones. Este concibe que estos determinantes deben transversar el diseño de las políticas y programas para que funcionen más eficientemente. Es importante mencionar que estos determinantes del envejecimiento activo pueden aplicarse a la salud de todos los grupos de edad, aunque ellos mismos afirman que no es posible atribuir una causalidad directa a ningún determinante. Es relevante señalar que todos estos factores, y la interacción entre ellos, son buenos predictores de la bondad del envejecimiento tanto de las personas como de las poblaciones.

Por ejemplo, existen pruebas de que estimular y asegurar el cariño en la infancia influye en la capacidad de una persona para aprender y congeniar con los demás en todas las etapas de la vida. Con respecto al empleo, se sabe que es un determinante a lo largo de la vida adulta y que influye enormemente en la preparación financiera para la ancianidad. En cuanto a la edad avanzada, es particularmente importante el acceso a una asistencia de larga duración, digna y de gran calidad y así sucesivamente.

Con respecto a los determinantes transversales, la cultura y el género. Se refiere que la cultura que rodea a las personas y poblaciones determina la forma en que envejecemos. Ella influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo. Por ejemplo, los valores y las tradiciones culturales determinan en gran medida la forma en que una sociedad dada considera a las personas mayores y el proceso de envejecimiento. Cuando las

sociedades son más proclives a atribuir los síntomas de enfermedad al proceso de envejecimiento, es menos probable que proporcionen servicios de prevención, de detección precoz y de tratamiento apropiado.

De esta manera, la cultura es un factor clave que determina si compartir el mismo techo con las generaciones más jóvenes es la forma de vida preferida y también influyen en las conductas en pos de la salud. De esta manera, las políticas y los programas que se instauren deben respetar las culturas y tradiciones actuales y desenmascarar estereotipos e informaciones erróneas.

Por otra parte, el sexo es un lente a través del cual se puede considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas instauradas y su impacto en el bienestar de hombres y mujeres. Según mencionan, en muchas sociedades, las mujeres tienen una situación social de inferioridad y un menor acceso a alimentos nutritivos, a educación, a un trabajo gratificante y a servicios sanitarios. El papel tradicional de las mujeres como cuidadoras de la familia también puede contribuir al aumento de la pobreza y a una mala salud en la ancianidad. Algunas de ellas se ven forzadas a renunciar a un empleo remunerado para hacerse responsables del papel de cuidadoras. Otras nunca tienen acceso a un empleo remunerado. Durante toda la jornada desempeñan tareas como cuidadoras sin salario, ocupándose de los(as) niños(as), de las personas progenitoras ya ancianas, de los esposos enfermos y de los(as) nietos(as) pequeños(as).

Al mismo tiempo, los hombres son más propensos a padecer lesiones debilitantes o a morir a causa de la violencia, los riesgos laborales y el suicidio. También suele suceder que se involucren en conductas de mayor riesgo, como fumar, consumir alcohol y drogas y exponerse innecesariamente al riesgo de herirse.

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento basado en las necesidades, que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos, a otro basado en los derechos, que reconoce los derechos e igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida, a medida que se envejece. También respalda su responsabilidad para ejercer la participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

Lo anterior da pie a mencionar el siguiente abordaje basado en los derechos humanos. Estos parten de la premisa que son derechos iguales e inalienables de todos los seres humanos. Establecen las bases para la libertad, la justicia y la paz en el mundo, según la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Por su parte, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), también se fundamenta en el logro de la igualdad y la dignidad de todas las personas. La prioridad de aplicar los principios de los derechos humanos es la piedra angular que dirige y clarifica la forma en que deben aplicarse sus normas y sus principios para cualquier propósito.

Es importante mencionar que este se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2016), generalmente este requiere de un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder para garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población.

Por su parte, en el portal del enfoque de derechos humanos basados en el desarrollo, Hacia una comprensión colectiva entre las agencias de la Organización de las Naciones Unidas (2017), se señala que algunos elementos de buenas prácticas son:

1. Los programas ven en el pleno ejercicio de los derechos humanos el fin último del desarrollo.
2. Las personas son consideradas agentes principales de su propio desarrollo, en lugar de receptores pasivos de productos y servicios.
3. La participación es a la vez un medio y un objetivo.
4. Las estrategias proporcionan empoderamiento, en lugar de negarlo.
5. Tanto los resultados como los procesos son supervisados y evaluados.
6. Los programas se centran en grupos de la población marginados y excluidos.
7. El proceso de desarrollo es de titularidad local.
8. Los programas tienen como objetivo reducir las desigualdades y empoderar a quienes se han quedado atrás.



9. El análisis de situación se utiliza para identificar las causas inmediatas, subyacentes y fundamentales de los problemas de desarrollo.
10. El análisis incluye a todos los grupos de interés, entre ellos, las capacidades del Estado como principal garante de derechos y el papel de otros agentes no estatales.
11. Las normas de los derechos humanos dirigen la formulación de objetivos, metas e indicadores medibles en la programación.
12. Los sistemas nacionales de rendición de cuentas deben ser reforzados con el objetivo de garantizar una revisión independiente del desempeño del gobierno, así como el acceso a vías de recurso para los sujetos agraviados.
13. Se promueve el desarrollo y el mantenimiento de alianzas estratégicas.

Esta perspectiva vino a suplantar la perspectiva basada en las necesidades básicas. Este se enfoca en identificar las exigencias o demandas de las personas beneficiarias y, apoyan iniciativas para mejorar la prestación de servicios, o bien fomentaban su cumplimiento. Es importante hacer esta distinción porque las necesidades no atendidas conducen a la insatisfacción, mientras que los derechos que no se respetan derivan en su violación. Legalmente es posible reclamar la compensación o la reparación. De esta manera, un abordaje basado en los derechos humanos también busca reforzar las capacidades de los garantes de derechos (normalmente, los gobiernos) de respetarlos, protegerlos y garantizarlos.

El objetivo de este, es abordar las complejidades del desarrollo desde una perspectiva holística, teniendo en cuenta las conexiones entre las personas y los sistemas de poder o influencia. Por otra parte, también pretende crear una dinámica para la rendición de cuentas. Hay que destacar aquí una doble necesidad. Por un lado, las personas y las comunidades requieren que se les informe acerca de sus derechos y se les permita participar en aquellas decisiones que las afectan. Por otro, los gobiernos y otros garantes de derechos a menudo requieren asistencia para desarrollar la capacidad, los recursos y la voluntad política necesarios para cumplir sus compromisos respecto a los derechos humanos. Es decir, la persona funge como titular y como garante de derechos. Se les reconoce como agentes que intervienen en su propio desarrollo, no en meros receptores pasivos de servicios. Informar, educar y empoderar a estos agentes es fundamental.

Por otra parte, su participación es esencial, no solo para garantizar su titularidad en el programa, sino también para mantener el progreso. Esto se relaciona en que no sólo se basa en los resultados per se, sino también en el modo en que ellos se logran.

Por tanto, no sólo desarrolla la capacidad de los garantes de derechos para cumplir con sus obligaciones, sino que los alienta a reivindicarlos, incentivando a ejercer la abogacía. De esta manera, los gobiernos tienen tres niveles de obligación: respetar, proteger y hacer cumplir cada derecho.

El respetar un derecho significa abstenerse de interferir en el disfrute de él. Proteger un derecho significa evitar que otras partes interfieran en el disfrute de ese derecho. Hacer cumplir un derecho quiere decir adoptar medidas activas para poner en práctica leyes, políticas y procedimientos, incluida la asignación de recursos, que permitan a las personas disfrutar de sus derechos.

Dentro de estos derechos se encuentra el derecho al trabajo. Este brinda la apertura para referirse al envejecimiento productivo y longevo. Esta visión propone que la actividad productiva debe mantenerse hasta que la persona así lo decida, aún en edades avanzadas. En la literatura gerontológica esta idea se ha introducido mediante el Dr. Butler, a principios de la década de 1980. Según este autor, por envejecimiento productivo debe entenderse “la capacidad de un individuo [la persona] o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en actividades de voluntariado, para ayudar en la familia y para mantenerse independiente como sea posible” (Butler, 2000).

No obstante, los trabajos de investigación desarrollados por Bass, et. al, en el año 1993 proponen una visión más amplia del término: “El envejecimiento productivo es cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produce bienes o servicios, sea remunerada o no, o desarrolla capacidades para producirlos”.

Desde este punto de vista, la visión del envejecimiento productivo hace referencia al concepto de productividad en su sentido amplio. Es el conjunto de beneficios colectivos que las personas mayores consiguen a partir de sus acciones individuales (Caro y Sánchez, 2005), es decir, la productividad apunta al “hacer con sentido”, que puede no necesariamente referirse a la esfera de la generatividad económica.

Las otras perspectivas, como el envejecimiento activo, saludable o exitoso, hacen hincapié en las acciones que realizan las personas mayores teniendo como principal

objetivo el beneficio individual, por ejemplo, el ejercicio físico. En cambio, el envejecimiento productivo apunta a la contribución social de las personas mayores y a la satisfacción de necesidades sociales de importancia, según su elección. Por lo tanto, contribuir es la clave para comprender el concepto de productividad desde esta perspectiva.

Entre la diversidad de actividades en que participan activamente las personas adultas mayores, colaborando notoriamente en las dinámicas diarias de la familia y la comunidad son:

Las remuneradas: la costura, el cuidado de personas enfermas, la docencia, la producción artesanal, el comercio o la profesión que han realizado a lo largo de su vida, entre otras.

Las no remuneradas: el voluntariado, el apoyo escolar, la colaboración comunitaria, los trabajos de jardinería y el cuidado de plazas públicas, las clases de catequesis en capillas y talleres artesanales culturales, el cuidado de nietos y nietas u otros familiares enfermos y la colaboración con tareas domésticas, que van desde cocinar hasta realizar una huerta para el consumo familiar, entre otras.

Así pues, las dimensiones del envejecimiento productivo son numerosas entre las personas adultas mayores y reconocerlas contribuye a superar las visiones estereotipadas de ellas.

Según el Primer informe de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (2008): “El trabajo, la familia, la educación, el descubrimiento de los propios talentos, la alimentación, las maternidades y paternidades, la recreación, la reflexión, el rescate de la historia familiar y comunitaria, la expresión artística, el cuidado de la salud, la formación en valores, son algunas de las situaciones cotidianas en las que la mayoría de las personas adultas mayores juegan un papel protagónico” (p.25).

Otra perspectiva del proceso de envejecer es la correspondiente al envejecimiento saludable. Esta posición es construida sobre la base del Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud (2015) por parte de la Organización Mundial de la Salud. A partir de esta visión se proponen los lineamientos para el desarrollo de las líneas estratégicas de salud. Estos son considerados una nueva estrategia que propone un cambio en la manera de pensar respecto a la salud en la vejez.

Según refieren las personas autoras, esta posición ya no parte sólo de la visión sobre la presencia o ausencia de enfermedades. También proyecta el bienestar y la capacidad de una persona adulta mayor de modo que pueda continuar haciendo lo que quiera y pueda. Por tanto, es definida como el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

Como bien se sabe, hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir hasta entrados los 60 años y más. La mayor esperanza de vida, sumada a las caídas importantes en las tasas de fecundidad, es la causa del rápido envejecimiento de las poblaciones de todo el mundo. Por ello esta organización hace el llamado a una acción pública integral con respecto al envejecimiento de la población. Para esto son necesarios cambios fundamentales, no solo en lo que hacemos, sino en la forma misma en que entendemos el envejecimiento.

El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud presenta un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional. Es preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas principalmente en las adultas mayores.

De esta manera la OMS, elabora una Estrategia y un plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud, en consulta con los Estados Miembros y otros asociados. Esta estrategia y plan de acción se fundamentan en los datos científicos del Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud y se basan en las actividades ya iniciadas para abordar cinco ámbitos de actuación prioritarios, según mencionan y se describen a continuación.

**1. Compromiso con un envejecimiento saludable.** Exige una sensibilización con respecto al valor del envejecimiento saludable, un compromiso y medidas sostenibles para formular políticas de base científica que refuercen las capacidades de las personas mayores.

**2. Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores.** Los sistemas de salud deben organizarse mejor en torno a las necesidades y a las preferencias de las personas mayores, deben reforzar la capacidad intrínseca de ellos y ellas e integrarse en diferentes entornos y personal de atención. Las actuaciones en ese ámbito están estrechamente relacionadas con el trabajo que se lleva a cabo en toda la Organización

para fortalecer la atención sanitaria universal y los servicios de salud integrados y centrados en las personas.

**3. Establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica.** Para atender las necesidades de las personas mayores se necesitan sistemas de atención crónica en todos los países. Ello requiere fomentar, a veces partiendo de cero, los sistemas de gobernanza, las infraestructuras y la capacidad del personal. La labor de la OMS en atención crónica, incluidos los cuidados paliativos, corresponde estrechamente con las iniciativas para reforzar la cobertura sanitaria universal, afrontar las enfermedades no transmisibles y establecer servicios integrados y centrados en las personas.

**4. Creación de entornos adaptados a las personas mayores.** Ello exige adoptar medidas para combatir la discriminación por razones de edad, permitir la autonomía y apoyar el envejecimiento saludable en todas las políticas y en todos los ámbitos de gobierno. Estas actividades aprovechan y complementan la labor que la OMS lleva a cabo en la última década. Con ella se quiere impulsar la adaptación a las personas mayores en ciudades y comunidades, en particular el fomento de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores y de una plataforma para compartir información de forma interactiva.

**5. Mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión.** Se necesitan investigaciones más centradas, nuevos mecanismos de medición y métodos analíticos para una amplia selección de cuestiones relacionadas con el envejecimiento. Esas iniciativas se apoyan en la amplia labor que ha llevado a cabo la OMS en la mejora de la información y en las estadísticas sanitarias, por ejemplo, el Estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo (SAGE).

Es importante mencionar que este posicionamiento de la Organización Mundial de la Salud se basa en la perspectiva de necesidades y no en el de derechos humanos.

Por lo tanto, hacen notar que, en el tiempo actual de retos impredecibles para la salud, ya sea, a causa del cambio climático, de nuevas enfermedades infecciosas o de la próxima bacteria que se haga resistente a los antibióticos, una tendencia es segura, el envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo. Ello tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto. Según su postura, este informe responde a los desafíos mencionados, recomendando

cambios igualmente profundos en la manera de formular las políticas para las poblaciones que envejecen y de prestarles servicios.

Estas recomendaciones se sustentan en un examen de los datos más recientes sobre el proceso de envejecimiento donde muchas percepciones y suposiciones comunes acerca de las personas mayores se basan en estereotipos obsoletos, señala el informe. Afirma que no existe una persona mayor “típica”. Datos empíricos demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona. Además, la diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria. Se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse, lo que pone de manifiesto la importancia de la perspectiva del curso de la vida.

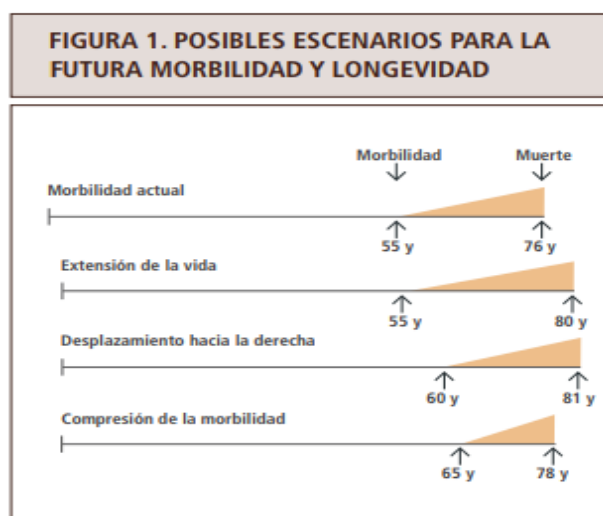
Aunque a la larga la mayoría de las personas mayores experimentan múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia. Además, contrariamente a lo que suele suponerse, el envejecimiento tiene mucho menos influencia en los gastos en atención de la salud que otros factores, como el alto costo de las nuevas tecnologías médicas. Guiado por estos datos, el informe pretende trasladar a un territorio nuevo y mucho más amplio el debate acerca de la respuesta de salud pública más apropiada para el envejecimiento de la población.

Parece ser que el mensaje general es optimista: con las políticas y los servicios adecuados, el envejecimiento de la población puede verse como una buena y nueva oportunidad, tanto para las personas como para las sociedades. El informe hace hincapié en que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad. Para la mayoría de las personas mayores, lo más importante es mantener la capacidad funcional. Los mayores costos para la sociedad no son los gastos que se hacen para promover esa capacidad funcional, sino los beneficios que pueden perderse si no se realizan las adaptaciones e inversiones apropiadas.

Otro de los abordajes del envejecer es el de envejecimiento exitoso. Según Castillo (2009), esta perspectiva surge desde que Fries plantea a la Sociedad Americana de Gerontología, en 1955, la tesis de la compresión de la morbilidad. En ella la medicina moderna va dando más vida a los años, más tiempo y extensión sin discapacidad, para diferir o aplazar la patología (enfermedad) hacia el final de los años, cuando se expresa y

visualiza la paradoja de vivir más, pero a expensas de qué. Lo anteriormente mencionado abre las puertas a un debate: si la discapacidad se relaciona con el aumento de los años o si la mayor longevidad ha resultado, al contrario de lo supuesto, en menos años de discapacidad.

### Ilustración 7. Posibles escenarios para la futura morbilidad y longevidad.



Adaptado de fires, NEJM1980 ; 303 : 130-5.

**Fuente:** Castillo, D. (2009). Envejecimiento exitoso. Recuperado en: [http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED\\_20\\_2/04ENVEJECIMIENTO.pdf](http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED_20_2/04ENVEJECIMIENTO.pdf)

Desde esta visión, los avances en el área de la salud influenciada por los conocimientos científicos que aportan al desarrollo de las ciencias de la salud, se da importante valor a la presencia o ausencia de enfermedad, por un lado, y a conceptos más geriátricos como la capacidad funcional o su pérdida, la discapacidad. Teniendo hoy la idea más desarrollada a intentar interpretar a las personas gerontes es que esta interpretación va más allá de lo funcional y biológico, como se ha venido mencionando en el presente estudio.

Si bien hace 50 años comenzó a hablarse de envejecimiento exitoso (Baker, 1958; Butler, 1974; Pressey y Simcoe, 1950), según menciona Castillo (2009) el término pasó desapercibido hasta que en 1987 es popularizado en un artículo de la revista Science por John Rowe y Robert Kahn. En el que distinguen cuánto de lo que se ve en la persona que envejece se debe a los efectos de la enfermedad y cuánto al envejecimiento “per se”. Estos conceptos, los replantean en 1997 realizando una definición más eficiente o real. Rowe y

Kahn (1997) mencionados por Castillo (2009), refieren que las personas autoras hacen la distinción entre envejecimiento habitual y envejecimiento exitoso (EE) como estados o procesos no patológicos. Según estos autores, el envejecimiento exitoso incluye tres componentes, a saber:

- a) La ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad.
- b) Alta capacidad cognitiva y funcional.
- c) Un activo compromiso con la vida. (Castillo, 2009, p.168)

### Ilustración 8. Envejecimiento exitoso.



*Adaptado de Rowe y Kahn, 1997.*

**Fuente:** Castillo, D. (2009). Envejecimiento exitoso. Recuperado en: [http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED\\_20\\_2/04ENVEJECIMIENTO.pdf](http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED_20_2/04ENVEJECIMIENTO.pdf)

Según Castillo (2009) los tres términos son relativos, y tienen entre sí cierta jerarquía, pero el EE es más que carecer de enfermedades o que mantener la capacidad funcional y mental, reconociendo la importancia de ambos elementos. Sin embargo, es la combinación o integración con el activo compromiso con la vida lo que da la totalidad del concepto de Envejecimiento Exitoso. Es decir, se incluye un elemento cualitativo como el tener actividades que desarrollar, mediante un compromiso con la vida. Cada uno de estos términos o componentes tiene también sus características. Por ejemplo, la baja probabilidad de enfermedad se refiere también a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgo, con los cuales colinda o limita esta. Traspasado cierto límite, por factores ambientales, médicos, genéticos, entre otros, ese riesgo aumenta, se transforma y



se convierte en enfermedad. El hecho de tener indemnes capacidades físicas y cognitivas se relaciona con la potencialidad de la actividad.

El activo compromiso con la vida, el tercer componente del concepto de EE, puede tomar distintas formas que se concentran en dos, las relaciones interpersonales y la actividad productiva, entendiendo esto último como algo amplio, de valor social, no necesariamente económico o pagado. Son contactos sociales, intercambio de información, soporte emocional, asistencia, ser capaz de servir a otros, estar presentes y activos, entre otros.

En el modelo que se describe, se cuestiona que el envejecimiento conlleve como proceso intrínseco, el aumento del riesgo de enfermedad y discapacidad, en gran medida determinado genéticamente. Esto por la evidencia actual de que muchas de las características del “envejecimiento habitual” se relacionan con los estilos de vida o factores relacionados con la edad, pero no dependen exclusivamente de ella.

Por tanto, Rowe y Kahn (1997) mencionados por Castillo (2009), refieren que los factores ambientales modificables son de mucha importancia. Esto se apoya, entre otros estudios, con el Swedish Adoption/Twin Study of Aging (SATSA), que se refiere a las características de 300 gemelos suecos seguidos, en los que se estudió, entre otros fenómenos, los coeficientes de heredabilidad de factores de riesgo cardiovasculares, enfermedad cerebrovascular, índice de masa corporal (IMC), perfil lipídico, presión sistólica y diastólica, entre otros. Se concluye la importancia de factores ambientales para que se desarrollen enfermedades relacionadas, por sobre el riesgo genético, pasada cierta edad, es decir, por sobre el envejecimiento en sí mismo.

Sin embargo, existen otros estudios que señalan evidencia sobre el rol de factores ambientales y de estilo de vida en las personas adultas mayores, sobre factores metabólicos y cardiovasculares. Por ejemplo, la edad se asocia con trastornos de la tolerancia a la glucosa, no claramente en rango de diabetes mellitus, pero que alteran los niveles de glucosa e insulina. También se ha documentado el aumento del riesgo de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular en las personas ancianas, lo cual se ve en ellas a medida que envejecen en forma habitual.

El mismo efecto se ha encontrado para el hiperinsulinismo. Sin embargo, se dispone de abundante literatura y evidencia, que fundamentan que detrás de estos factores de riesgo

y enfermedades, hay factores evitables, como la cantidad y distribución de grasa corporal, la baja o reducida actividad física y factores alimentarios de diversos tipos.

En resumen, según Castillo (2009), el modelo de Rowe y Kahn (1997), tiene el mérito de ser el primero que se ha planteado y que ha descrito factores intrínsecos que modulan el envejecimiento, como la variabilidad intraindividual, con factores externos, algunos modificables. Parte de la base, de algo que no está completamente zanjado en lo biológico ni filosófico, de que el “envejecimiento normal” es distinto a la enfermedad. Deja atrás la dicotomía entre sanos y enfermos, apareciendo la noción de “envejecimiento habitual”. Sin embargo, para que así sea, las intervenciones deben ser en las etapas medias de la vida, y no al final de esta. También se insinúa en este modelo, los factores psicosociales, menos estudiados, como las motivaciones, el compromiso con la vida, la inserción social, entre otros, dando a entender que el envejecimiento exitoso no es un problema exclusivamente biológico ni médico-centrista.

Sin embargo, según el perfil actual del envejecimiento en las personas adultas mayores alrededor del globo terráqueo frecuentemente las personas envejecen padeciendo enfermedades o cierta discapacidad, lo que ellos mismos llamaron envejecimiento habitual. Ellos mencionan que a través de diversos estudios cuando se les consulta a las personas cómo se sienten en su proceso de envejecimiento, muchos dicen sentirse bien, a pesar de su situación económica, social o de salud, entre otros. Esto hace pensar que el envejecer bien, va más allá de un concepto teórico y meramente ajeno a la ausencia de enfermedades. Hay más elementos que hacen percibir un buen envejecimiento. El hablar de “exitoso”, hace pensar que lo contrario es perdedor.

Por ejemplo, el tener una discapacidad o diabetes hace pensar que no ayuda a envejecer bien. Sin embargo, unos pueden tener depresión, pero percibir que envejecen bien. Algunos hablan de envejecimiento saludable, buen envejecer, envejecimiento efectivo, envejecimiento productivo, entre otros. En suma, estamos ante un concepto complejo, que tiene más fuentes, aspectos y dimensiones que analizar, más que la visión meramente biológica del “envejecer bien” siendo ésta insuficiente.

Desde este mismo, se plantea la necesidad de incluir la visión psicosocial, la cual enfatiza la satisfacción de la vida, la participación social y el funcionamiento (integración), en los recursos psicológicos, incluyendo el crecimiento personal. No obstante, la

continuidad en el quehacer social es un dominio del envejecimiento exitoso, para lo cual la sociedad, evidentemente, no está estructurada. Sin embargo, Rowe y Kahn (1997) refieren que hay estudios que muestran la importancia de la integración social y la participación recíproca con gente de otras edades [relación intergeneracional].

Desde el punto de vista psicológico, se incorpora al EE el sentirse autosuficiente o autovalente. Sentir el control sobre la propia vida, la autonomía y la independencia, las cuales habitualmente se ven comprometidas por tendencias sociales y culturalmente determinadas, como el paternalismo, la sobreprotección, e incluso, los diversos tipos de maltrato. Sin perder una visión realista de sí mismo, la persona adulta mayor necesita adaptarse, vivir, crecer y aprender de experiencias pasadas. Es, según Vaillant, un momento de declinación, de cambio y de desarrollo (Castillo, 2009).

En resumen, si bien siempre la salud es lo primero que se menciona y ocurre cuando se piensa en envejecer bien, no lo es todo. Están los factores psicológicos, las actividades y roles sociales, las finanzas, las relaciones sociales y el sentimiento de pertenencia, como lo es el barrio o vecindad donde se ha llevado la vida. De esta manera, sabiendo ya que el EE es menos dependiente de la genética de lo que se presumía, es importante incluir otro elemento de gran importancia. Si se percibe que un alto grado de interacción social por parte de las personas adultas mayores, es parte integrante del envejecimiento exitoso, entonces es preciso estimular, promover, invertir y mantener las redes sociales que mantenían desde jóvenes.

De lo anterior se deduce que el envejecer bien no se reduce a una sola persona, sino a una sociedad. Es un proceso interrelacionado, se da, en un ser que es social, en un lugar y en un tiempo histórico. De la misma manera se devela que los factores psicológicos tienen una importancia mayúscula en la percepción del propio envejecimiento, aun cuando se padezca enfermedad o discapacidad. Por ello es preciso abrir el espacio para la intervención, entregando optimismo dentro de una visión realista del momento o etapa.

Finalmente, se concluye que, desde una mirada Bioética, en la producción científica se debe enfatizar también un aspecto individual y no solamente colectivo. Se debe enfatizar la experiencia de cada persona y su proceso de envejecer, lo que le sucede y desea, para enmarcarse dentro de una congruencia vital que no responde exclusivamente al discurso científico, sino a uno también presente, ineluctable, que transita a la par, el

discurso biográfico, que le concierne a cada persona. Detrás o dentro de cada persona que está en el proceso de un envejecimiento exitoso, independientemente de la visión externa, se desarrolla, y acaso culmina bien una biografía, única e irrepetible, según refieren estos autores.

Dentro de las perspectivas del envejecimiento está la del envejecimiento en positivo. Esta posición no se limita a solucionar problemas, sino que busca crear un futuro deseable, donde los países enfrenten con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las personas mayores sean autovalentes, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como las personas más jóvenes. Es decir, el envejecimiento positivo le agrega a las perspectivas del envejecimiento saludable y activo una preocupación explícita por el bienestar subjetivo, al igual que lo plantea el envejecimiento exitoso.

Importante mencionar que como concepto el envejecimiento positivo contiene en sí mismo las significaciones del envejecimiento saludable y activo. Ellos integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos.

Los avances científicos de los últimos 40 años establecen que es posible definir el bienestar subjetivo con precisión, identificar sus determinantes y aplicar políticas públicas que consideren incrementar el bienestar subjetivo de los ciudadanos y las ciudadanas. La metodología estándar de medición consiste en solicitar directamente a las personas que auto-reporten su bienestar subjetivo en una escala de varios niveles.

Por ejemplo, reportar la satisfacción vital en una escala de 10 puntos que va desde completamente insatisfecho hasta completamente satisfecho. También, definir el nivel de felicidad en una escala de cuatro puntos: nada feliz, no muy feliz, bastante feliz o muy feliz. Utilizando auto-reportes del bienestar subjetivo, la investigación empírica, en diferentes disciplinas de las ciencias sociales y de la salud, ha generado avances significativos para identificar sus determinantes.

Los más de 20 mil estudios realizados anualmente en más de 150 países del mundo sugieren que las relaciones sociales, la salud, el trabajo y la genética son los principales determinantes del bienestar subjetivo. Dentro de las relaciones sociales, importa su calidad y no solamente su frecuencia. Una expresión extrema de relación social de mala calidad es

el maltrato a personas mayores. Muchos de los determinantes del bienestar subjetivo, incluyendo las relaciones sociales, pueden afectarse positivamente por las políticas públicas que implementan los gobiernos: prevención y atención del maltrato, pensiones de sobrevivencia, seguros de salud y desempleo, regulación de la jornada laboral, e incluso, el tratamiento de la depresión con componente genético.

En suma, actualmente existe abundante evidencia que indica que es posible medir el bienestar subjetivo con suficiente validez y precisión como para guiar las políticas públicas. Los sesgos en ningún caso son mayores a los de otras medidas frecuentemente utilizadas en políticas públicas. La tasa de no respuesta es más baja, la correlación con marcadores biológicos es alta, las pruebas de test-retest son consistentes, los resultados son generalizables, así como la evidencia acumulada aplicable a las políticas públicas.

Un aspecto central del envejecimiento positivo es la noción de que el bienestar subjetivo está determinado socialmente y no es un asunto puramente privado. El Informe de Desarrollo Humano en Chile del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2012), promueve una noción similar. Plantea una crítica fuerte a la idea de bienestar subjetivo o felicidad como algo que se alcanza en el espacio privado, alejado de la sociedad. Esta idea se encuentra presente en las conversaciones cotidianas, donde ocho de cada diez chilenos opinan que la felicidad depende de lo que uno mismo haga, antes que de las oportunidades que entrega la sociedad.

Entre los promotores de esta “privatización” de la felicidad se encuentra la publicidad y la literatura de autoayuda. Estos critican las condiciones sociales que dificultan el “estar y sentirse bien”, pero ofrecen soluciones individuales que no transforman a la sociedad. Este informe propone una visión alternativa que resalta los determinantes sociales y condicionantes estructurales del bienestar subjetivo, como tener las necesidades materiales cubiertas, gozar de buena salud y contar con vínculos significativos con las demás personas. De esta manera, el bienestar subjetivo es entendido de modo integral, como una evaluación favorable de la vida personal y social, ocupando métodos cualitativos, cuantitativos y experimentales. Definitivamente un nivel socioeconómico bajo, los estereotipos discriminatorios y la falta de oportunidades de participación pueden causar deterioros en el bienestar subjetivo de todas las personas.

El desarrollo de estos ha sido secuencial y acumulativo a lo largo del tiempo, de tal forma que los nuevos caminos incorporan los postulados de estos en vez de reemplazarlos, son complementarios no excluyentes. Lo que si es cierto es que cada uno de ellos promueve la integración social y familiar de las personas, lo que implica superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden desarrollar sus potencialidades. En las modificaciones que deben realizarse, según Zavala (2000), están involucrados el Estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada una de las personas lectoras de este documento.

El panorama anterior conlleva a plasmar otros conceptos importantes sobre el envejecimiento: la edad cronológica, la edad fisiológica, la edad funcional y la edad psicológica de las personas; que raramente coinciden entre sí.

Se comprende como edad cronológica los años en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento. En realidad, es otra de las construcciones sociales, porque a través del tiempo esta edad cambia según la cultura. Se convierte en un criterio administrativo de gran importancia que marca hechos trascendentales en la vida, por ejemplo: la jubilación. De igual manera, tiene un valor social o legal sumamente importante, más que el biológico.

Por su parte, la edad fisiológica se refiere al estado funcional de los órganos y sistemas comparados con patrones estándar para una edad. El ejemplo más típico y representativo al respecto es alguien que parece más joven de lo que realmente es por su edad cronológica. De esta manera, el envejecimiento no es el mismo para todas las personas. Inclusive cada uno de los tejidos, órganos y sistemas envejecen a ritmos diferentes en cada uno de nosotros. Por tanto, la velocidad del envejecimiento es heterogénea, incluso en la misma persona, por ejemplo, el ritmo de envejecimiento de las manos de una misma persona es diferente, al igual que entre personas homocigotas.

Una de las situaciones que más ejemplifica lo mencionado es una persona que puede tener 80 años cronológicamente y estar más sana emocionalmente y muy optimista ante la vida que una persona de 25 años. Podemos ver entonces, personas de más edad que estén físicamente mejor que otras más jóvenes. Lo anterior, hace que la edad fisiológica solo se pueda entender como un promedio de cada uno de estos elementos, esta heterogeneidad, incluso en una sola persona, hace muy difícil la medición de la edad fisiológica real.

Y la edad funcional hace alusión a la capacidad para mantener los roles personales y la integración de la persona en la comunidad. Para esto es necesario mantener unos niveles razonables de capacidad física y mental, es esta edad la que puede definir una calidad de vida satisfactoria y por tanto un envejecer con éxito, activo, productivo y en positivo.

A su vez, hay diversas teorías del envejecimiento, entre ellas las biológicas, psicológicas y sociales. Ellas brindan una mirada más amplia para comprender a la persona y a su familia dentro de este proceso inherente al ser humano inmerso en la sociedad. Esto permite tomar las mejores decisiones de intervención y garantizar que estas sean más reales y objetivas.

A nivel de la literatura hay múltiples procesos que explican el envejecer, como se ha hecho referencia en este apartado. Actualmente hay aproximadamente 300 teorías biológicas explicativas del proceso de envejecimiento. En este espacio se brinda una pincelada de los posicionamientos y de las teorías más relevantes según la autora de la presente investigación.

### **2.3.2 Gerontología**

Se refiere al estudio científico del proceso de envejecimiento que busca comprender y explicar el porqué del envejecimiento. La gerontología como una disciplina que estudia el envejecimiento en general, desde la célula hasta las sociedades humanas, desde lo individual o personal a lo colectivo. Dirige su foco de atención hacia el ser humano y se impregna en la problemática de la valoración y lo valorativo que caracteriza la condición humana dentro de la sociedad. Por lo tanto, el estudio del envejecimiento humano no puede escapar de ser tocado de una u otra forma por las energías típicas que han constituido la esencia del devenir humano: como historia, situación inmediata y potencial (Hidalgo, 2009).

Dentro de las aproximaciones a la gerontología se encuentra la Biogerontología, donde se contemplan las teorías biológicas del envejecimiento, este es el tipo de teorías adónde se involucran las diferentes capacidades de los órganos y sistemas que responden a cambios en el medio ambiente o el medio interno. Estas teorías involucran aspectos como el cambio en la apariencia física, la caída gradual del vigor y la poca resistencia a

enfermedades o condiciones desfavorables, que suelen ser propias del proceso normal de envejecimiento. Dentro de estas se encuentran las estocásticas, o las del error, y las no estocásticas o programadas.

Las teorías estocásticas o de tasa variable o las del error son las que se basan en la probabilidad. Según Goldstein et al. (1989) manifiestan que hay fuerzas externas (exógenas), es decir, ambientales que dañan las células y los órganos hasta que ya no pueden funcionar adecuadamente. Esto genera un daño estructural al organismo. También manifiestan que junto a estas fuerzas exógenas hay fuerzas internas genéticas que van dando paso al proceso de envejecimiento y se van visualizando las alteraciones a través del tiempo. Se basa como se menciona con anterioridad en la probabilidad de que suceda o no, como un juego de dados.

Por su parte, Carrell y Ebeling (1923), mencionados por García et al. (2006) proponen dentro de esta gama de teorías la del desgaste. Esta teoría se refiere a que las células y los órganos se desgastan con el paso del tiempo. El abuso o el desuso de unos órganos o de los sistemas del cuerpo producen envejecimiento prematuro. Por ejemplo, una persona que consume alcohol envejece más rápido que una persona que no lo consume. También, se refiere a aquellos agresores internos, relacionando al cuerpo con una máquina y aduciendo que este está determinado por el estilo de vida que se lleva. Por ejemplo, se explica que el estrés lesiona el medio interno y acaba por superar los mecanismos de autocontrol y auto reparación. Se genera entonces un daño permanente, el cual se manifiesta como déficit funcional, enfermedades y envejecimiento prematuro.

Otra de las teorías estocásticas es la del error catastrófico (Orgel, 1963). Esta teoría propone que, con el paso del tiempo, se produce una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determina el daño en la función celular, ya que hay una producción de proteínas anormales. Esta hipótesis postula que, si alguna de estas proteínas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, causa incluso más errores en la próxima generación de estas, y así sucesivamente, hasta llegar a una pérdida “catastrófica” de la homeostasis celular que conduce a la muerte celular.

Sin embargo, hay una contraposición a esta teoría. Ella dice que el envejecimiento no está acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas y se ha demostrado inequívocamente que no es así. Durante el proceso de envejecimiento aparecen formas



anómalas de algunas proteínas, pero no surgen de errores en la biosíntesis de estas, sino que se trata de modificaciones post-sintéticas. No obstante, una segunda posición refiere que se sabe de la producción de errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo. En contra de esta teoría, está la observación de que no cambia la secuencia de aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes, y no aumenta la cantidad de tRNA defectuoso con la edad, entre otros. Por tanto, hay poca evidencia científica que la apoya.

Otra de las teorías es la teoría del entrecruzamiento (Cross link) (Bjoksten, 1968), mencionado por García, et. al, (2006). Esta postula que la formación de enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, aumentan con la edad, lo que determina el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de esta. Esta teoría definitivamente no explica todos los fenómenos relacionados con el envejecimiento, como ninguna otra, pero sí algunos. Por ejemplo, se sabe que el desarrollo de “cataratas” es secundario al proceso de glicosilación que sufren las proteínas del cristalino y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a opacificación progresiva de este.

Brownlee, en 1991, revisó el papel fundamental que la glicación no enzimática ejerce en el desarrollo de las complicaciones diabéticas y menciona que esta comienza con la reacción de la glucosa con residuos de lisina y con ciertas bases de ácidos nucleicos. Se forma entonces una base de SCHIFF y se generan los AGE (productos finales de glicosilación avanzada), que alteran la función biológica de las proteínas extracelulares por reaccionar con lisinas esenciales, esto produce un aumento significativo de productos AGE con la edad, lo que la confirma como una de las causas del proceso de envejecimiento biológico.

Otras personas investigadoras han determinado que las complicaciones crónicas de la diabetes provienen de los entrecruzamientos de polímeros (meloidinas: polímeros segmentados provenientes de la deshidratación sufrida por la fructosamina y reagrupamientos con otras proteínas) y cadenas proteicas, con carácter irreversible. Constituyen así los pigmentos fluorescentes y amarronados que entrelazan las proteínas. Por otro lado, algunos otros afirman que las hipótesis sobre los radicales libres de oxígeno

y la glicación son componentes de una única vía bioquímica, porque el número de puentes cruzados aumenta con la edad, de forma similar a los productos generados por la acción de los radicales libres de oxígeno. Esto trae como consecuencia pérdida de la elasticidad, rigidez, con el subyacente cambio en el tejido, inflamación y degeneración.

De esta manera, la teoría de los radicales libres, propuesta por Denham Harman, 1956, suele ser una de las más populares. Ella propone que el envejecimiento es el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. Los radicales libres de oxígeno (RLO) se definen como biomoléculas de oxígeno, altamente inestables, que poseen un electrón desapareado o libre. La presencia de estas características los convierte en biomoléculas con una gran tendencia a combinarse con otras moléculas de diferente naturaleza y se alteran, inactivan o se destruyen. Esto los convierte en moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados. Ellos a su vez producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas, sin olvidar que vivimos en una atmósfera oxigenada y por lo tanto oxidante.

Así es como el oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y el manejo del oxígeno no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido, que da lugar al proceso de oxidación-muerte celular y daño tisular. Se cree que este tipo de daño puede causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, entre otros. La lipofucsina, llamada también "pigmento del envejecimiento" es el producto de la acumulación de organelos oxidados.

A manera de conclusión, se puede aseverar que las reacciones de los radicales libres contribuyen considerablemente al desarrollo de desórdenes estocásticos observados durante el envejecimiento. Además, están implicados en enfermedades degenerativas, autoinmunes como arteriosclerosis, amiloidosis, demencia senil tipo Alzheimer. Pese a que la teoría de los radicales libres es la de mayor aceptación en los últimos años, permanecen preguntas sin una contestación definitiva, por ejemplo, si los radicales libres contribuyen a la iniciación y/o propagación del envejecimiento.

Algunas evidencias se refieren a que se han encontrado una buena correlación entre los niveles celulares de superóxido dismutasa (enzima de acción antioxidante) y la

longevidad de diferentes primates. Además, estudios en ratas sometidas a restricción calórica han mostrado un aumento en la longevidad de éstas. Se cree que esto es debido a una menor producción de radicales libres. Por otro lado, no hay estudios que demuestren que animales sometidos a dietas ricas en antioxidantes logren aumentar su sobrevida. Desdichadamente, faltan más estudios para lograr comprender más a fondo el rol de los radicales libres en el proceso de envejecimiento. Lo que no es claro, es si logrando disminuir el daño por radicales libres, se logra aumentar la longevidad.

Biogerontología programada o teorías no estocásticas: Estas teorías también se conocen como las de la longevidad programada a través de un reloj biológico. Explican que el proceso de envejecimiento está delimitado por un proceso codificado, por el genoma. Es decir, está programado, es hereditario, por lo tanto, predeterminado. Entre este tipo de teorías se encuentra la teoría genética. Ella se refiere a que cada persona tiene un ciclo de vida limitado genéticamente. Este se manifiesta a través del Límite Hayflick, propuesta por Hayflick (1960). Él puntualiza en que las células tienen un máximo para dividirse (50 veces) y que esta división está controlada genéticamente. Ello propone un límite biológico al ciclo de vida de las células humanas y por ende de la vida humana, con una estimación de vida máxima de 110 años, aproximadamente.

Con respecto a esta teoría, es claro que el factor genético es un importante determinante en el proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados. Sin embargo, hay varias evidencias del control genético de la longevidad:

Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal.

Existe mucha más correlación en la sobrevida entre gemelos monocigotos, que entre hermanos.

La sobrevida de las personas progenitoras se correlaciona con la de sus descendientes.

En los dos síndromes de envejecimiento prematuro (S. de Werner y Progeria), en los cuales los (as) niños(as) mueren de enfermedades relacionadas con el envejecimiento, hay una alteración genética autosómica hereditaria. A nivel celular, es conocido el fenómeno de la apoptosis, o muerte celular programada. La progenia o síndrome de Hutchinson-Gilford es una enfermedad que comienza en la niñez y produce un envejecimiento rápido.

Otra de las evidencias que sostiene a este supuesto, es que, en el ser humano, células de piel fibroblastos obtenidas de recién nacido se pueden dividir 60 veces, células de personas adultas viejas se dividen 45 veces, y las células de las personas con Síndrome de Werner se dividen 30 veces solamente. Además, se sabe también que existen oncogenes estimuladores del crecimiento, los cuales al activarse determinan división celular infinita, lo que resulta en una célula inmortal (cancerosa).

La Teoría del marcapasos es otro de los postulados, según los autores es poco probable que se dé. Esta postula que los sistemas inmune y neuroendocrino son “marcadores” intrínsecos del envejecimiento. Su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. Siendo el timo el que juega un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres y otras enfermedades. Por tanto, se le conoce también como el "Reloj del envejecimiento", según Burnet, 1974. No obstante, ambas pueden formar parte de otra más amplia la teoría inmuno-neuroendocrina (Nandy, 1982), mencionado por Crespo (2006).

Esta teoría postula que los sistemas, así como se conocen, están interconectados de tal manera que, al activar el eje neuroendocrino no sólo se estimulan las hormonas suprarrenales. También puede actuar en la liberación de otras hormonas como la hormona estimulante de la tiroides (TSH), prolactina, hormona luteinizante (LH), donde de cada uno de estos mantiene su plasticidad y trabaja según demanda. Sin embargo, también hacen alusión al hecho de que conforme se avanza en edad, menor es la eficiencia de estos sistemas.

Por otra parte, la regulación de la longitud de los telómeros es una de las más recientes de este tipo de teorías programada. Esta supone que el acortamiento de los telómeros puede conducir a apoptosis (muerte celular programada) o a transformación neoplásica. También puede prevenir la replicación celular, enfatizando que la longitud de los telómeros es heredable y las variaciones genéticas pueden afectar la vida media del organismo, el envejecimiento, puede provocar la aparición temprana de patologías asociadas con la edad e incluso muerte precoz (Slagboom, et. al, 1994; Von Zglinicki et al. 2000).

En conclusión, existe fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto a nivel de células, como del organismo en su totalidad. Pese a esto, faltan más estudios que analicen la correlación entre este control genético y los factores ambientales.

Entonces, ¿por qué envejecemos? No existe una teoría sobre el envejecimiento que pueda explicarlo todo. Es un proceso multicausal como se ha venido expresando a lo largo del estudio. Envejecer probablemente sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y determinan finalmente en un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte.

En este punto, hay que tener en cuenta dos datos importantes:

El envejecimiento compromete un número de genes diferentes, se ha llegado a señalar hasta 100 genes implicados en la evolución de la longevidad. También hay mutaciones múltiples que afectan todos los procesos del envejecimiento.

El envejecimiento ocurre a todos los niveles: molecular, celular y orgánico.

Resumidamente, presentan postulados referentes a componentes de programación genética y otros causados por errores en macroprocesos del organismo asociados con el envejecimiento, ya sea este prematuro o con el curso de vida natural para cada persona.

De ahí la importancia de la historia genética familiar en el proceso de envejecimiento y en cuanto a salud se refiere. Se entiende como un proceso individual, pues hay una interacción con el factor externo y con decisiones de autocuidado que impactan en el curso de la salud y del envejecimiento individual. Esto se presenta inclusive en una misma cohorte, con manifestaciones de diferentes formas de envejecer tanto física, emocional y socialmente, entre otras. Ellas tienen que ver con la interacción con ese ambiente externo: tipo de trabajo, alimentación, práctica de ejercicio, y otras prácticas que van marcando el curso de la vida.

Otro de los posicionamientos dentro de la ciencia del envejecimiento es la sociogerontología, esta trata de responder a las siguientes interrogantes: ¿Qué papel tiene la persona adulta mayor en la sociedad actual? ¿Qué tipo de relaciones mantiene la persona adulta mayor en la familia, en la comunidad, en la sociedad? ¿Cómo es la vinculación social de las personas adultas mayores hoy en día? ¿De qué depende? Este tipo de

postulaciones se centra en las características de la sociedad y de las condiciones de vida de cada persona adulta mayor.

Generalmente, trata de explicar la respuesta de la persona adulta mayor a una sociedad que la condiciona y de ahí su comportamiento o accionar. Las personas envejecen en edad (cronológica), en su cuerpo (biológico) y en su mente (psicológico). También lo hacen en sus funciones y relaciones con otras personas, en su medio social: familia, amigos, amistades, vecinos(as) (sociológico). Todo esto determina las diferentes etapas de la vida de la persona, debilitando o fortaleciendo su bienestar integral.

Dentro de la sociogerontología se encuentran las teorías sociales del envejecimiento. Entre ellas la teoría del desapego. Este supuesto fue desarrollado por Cummings y Henry en el año 1961, mencionados por Hidalgo (2009). Es la primera teoría que surge desde lo social. La misma propone que el envejecer es un proceso universal, recíproco e inevitable, que va a variar según género. Sugiere que las personas adultas mayores conocen su deber y discretamente se apartan por el bien común social.

Propone, además, que ese retiro debe ser psicológico, social y emocional, ya que es lo más sano para ambos, sociedad y persona adulta mayor. Así, se le permite a la sociedad hacer espacio para personas más jóvenes, más energéticas, más productivas. Al mismo tiempo, le permite a las personas mayores prepararse para la muerte: desapego final. Este postulado al ser el primero que explica la vinculación de la persona adulta mayor con la sociedad es el que ha prevalecido, principalmente en la sociedad occidental. Es lo que ha dado pie al viejismo, a visualizar a las personas adultas mayores como “estorbo” para que se aislen y posteriormente mueran. Muchas veces esa muerte ocurre por depresión y no por edad funcional.

Efectivamente, este vínculo social está determinado por el conjunto de valores, normas, roles y sanciones derivadas de la sociedad, que como se ha venido mencionando se da desde la construcción del entorno social y es lo que le va dando significado al “SER VIEJO”.

Asimismo, dentro de las teorías sociales se encuentra la teoría de la modernización, propuesta por Cowgill, 1974 y Holmes, 1972, mencionados por Hidalgo (2009). Esta teoría se basa en los cambios sociales y su impacto en el envejecimiento. La tecnología industrial, las comunicaciones, los medios de transportes, la modificación actual de la

estructura familiar, la masificación de la educación, la aceleración de la urbanización, mediadas a través de la globalización, han pautado en algunas sociedades un nuevo orden económico que impacta las dinámicas a todas direcciones. Esto ha marcado en alguna medida el prestigio o la vigencia de las personas adultas mayores, mediado este por el grado de modernización del lugar de residencia, por ejemplo y de las mismas personas. Esto a su vez da como resultado aquellas personas que “no se modernizan” pérdida de vigencia y rezago social, por ende, desapego o desvinculación social.

En Costa Rica, en años anteriores, la herencia de las tierras hacía que las personas adultas mayores fueran “interesantes” y las familias por generaciones se mantenían alrededor de estas, en espera de la herencia. Actualmente, la modernización mediada por la tecnología, el cambio social del “tener” más que el “ser” ha hecho que la vinculación y la relación familiar cada vez sea más distante. Se debe considerar que esta modernización no ha solucionado las barreras físicas existentes que imposibilitan una mayor relación entre la persona adulta mayor y la sociedad, veamos dos ejemplos: la infraestructura y los medios de transporte. Cada vez más ciudades menos amigables con todas las edades, centros educativos que no promueven una actualización de conocimientos para las personas, muchos menos los de los más viejos ni en educación formal ni informal. Además, muchas de las personas adultas mayores, por lo mencionado anteriormente, no tienen motivación para vincularse.

Otro de los postulados es el de la teoría del intercambio social, propuesto por Dowd, en 1975 y mencionado por Hidalgo (2009). Menciona que la persona adulta mayor tiene los recursos, valores y motivos para realizar intercambio con las demás personas y lo hace a través de la transacción de conocimientos con personas de su misma edad o de otras edades, principalmente las más jóvenes. Esto hace que logre maximizar sus ganancias, disminuir sus pérdidas y consecuentemente gerotrascienda.

Por tanto, este intercambio es el resultado del esfuerzo que llevan a cabo los seres humanos por satisfacer las necesidades básicas, obteniendo beneficios que se sustentan en el Ganar-Ganar, es decir, las personas que realizan el intercambio trascienden siempre y cuando ambas estén en disposición de hacerlo y lo que logren intercambiar les genere ganancias a ambas partes. Esto hace que especialmente la persona adulta mayor tenga dentro de la sociedad: prestigio, poder y privilegios. De acá surgen las iniciativas de

conformar grupos que generen relaciones intergeneracionales sanas, la importancia de vivir el rol de abuelo o abuela, -cuando lo son- y de la participación social.

También dentro de las teorías sociológicas se encuentra la teoría de la competencia social y el resquebrajamiento de Kuypers & Bengtson, 1973. Esta propone que, en las personas, las pérdidas de las funciones sociales pueden presentarse por un estado o condición vulnerable. El/la que recibe mensajes negativos de su ambiente social, los interioriza y ellos le afectan en su autoconcepto. Hidalgo (2009) describe que “... la competencia social se refiere a las aptitudes que un individuo [persona] debe tener para poder interactuar satisfactoriamente con su entorno social. La pérdida de esas aptitudes tiene como efecto negativo el resquebrajamiento social...” (p.107).

Esto se puede ejemplificar con una persona adulta mayor que experimenta una alteración auditiva, se le dificulta escuchar o tiene sordera. Esta pérdida le posiciona en una condición de vulnerabilidad y provoca un resquebrajamiento social. Ante esta situación, también se propone la “reconstrucción social” para romper con el proceso negativo del resquebrajamiento o fracaso social. Para ello es fundamental crear servicios sociales orientados a responder a las diferentes necesidades de las personas adultas mayores, volviéndose una sociedad más inclusiva.

Igualmente se encuentra la teoría de la subcultura, propuesta por Rose, 1964, mencionado por Bravo (2014). Su fundamento es que las personas adultas mayores que coinciden en cierta edad comparten determinadas circunstancias e intereses. Esto les impulsa a reunirse e interrelacionarse entre sí con mayor frecuencia que con gente de otras edades, lo que genera una “subcultura de la edad”. Al tener afinidades en común, hay un mayor intercambio. Esta postura insiste en la importancia y en el equilibrio de mantener relaciones intergeneracionales y relaciones entre los pares.

Otra de las presunciones es la teoría de la actividad de Havighurt, Neugarten, Tobin, 1963. Esta teoría parte de la noción que la persona adulta mayor va a depender de sus interrelaciones sociales, lo que le va a dar significado y sentido de vida como persona. De esta manera, hay un reemplazo de roles sociales. Se pasa de ser madre a abuela, de trabajar a estar en jubilación y se espera que tenga o desarrolle una participación en actividades comunales.



Por su parte, la teoría de la continuidad propuesta por Atchley, Covey, Fox, entre otros (1963) mencionados por Belando (2007). Establece que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la adultez mayor. Se trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez. Por el contrario, se mantiene una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas. Esta teoría se basa en dos postulados básicos:

1. El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad, así como el sistema de valores permanecen intactos.
2. Al envejecer las personas aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

En resumen, a través de la vida se van perdiendo los roles, pero ganando otros. Pérdidas como el poder y la influencia impactan la autoestima de las personas. Cobra relevancia la construcción de nuevos caminos para retomar los hilos conductores del propio Ser, la vida continúa.

Por su parte, la psicogerontología: Se refiere a las diferentes circunstancias que la persona adulta mayor debe enfrentar para tener un envejecimiento exitoso, activo y/o saludable. Está relacionada con aspectos como el aprendizaje, la memoria, la inteligencia, la personalidad, emociones, motivaciones, entre otros. Dentro de las teorías de la psicogerontología se encuentra la teoría individualista de Jung (1960) mencionadas por Tabloski (2010). Esta se basa en la extroversión versus introversión.

Postula que la persona busca respuestas, se reencuentra. Hace una revisión interna sobre los logros y fracasos a lo largo de la vida, si los acepta continúa sin mayor problema su curso. Acá la persona es guiada hacia lo externo y ve cómo logra impactar el mundo, orientándose hacia las relaciones sociales y las cosas. Si no acepta lo que ve o siente, tiende a introvertirse. La persona es guiada hacia adentro, se preocupa más en el impacto del mundo en ella. Se siente mejor sola, con su mundo interior y los sentimientos propios, no con los del resto.

La teoría del desarrollo de Erikson (1950), mencionado por Schaie y Willis (2003). Se refiere al desarrollo en diferentes rangos de edades. Por ejemplo, se espera que, desde los 21 hasta los 40 años aproximadamente, la persona sea capaz de relacionarse más íntimamente, que ofrezca y requiera de un compromiso recíproco, una intimidad que genere

una sensación de seguridad, de compañía, de confianza. Si se evade este tipo de intimidad, uno puede estar rozando la soledad o el aislamiento, situación que puede acabar en depresión. Esto se refiere según Erikson a la intimidad frente al aislamiento.

Una vez superada esta etapa se prepara para el siguiente estadio, según este autor, generatividad frente a estancamiento que se extiende desde los 40 hasta los 60 años. Es un lapso de la vida en el que se espera que la persona dedique su tiempo a la familia. Se prioriza la búsqueda de equilibrio entre la productividad y el estancamiento, una productividad que está vinculada con el futuro, con el porvenir de los suyos y de las próximas generaciones. Es la búsqueda de sentirse necesitado por las demás personas, ser y sentirse útil. El estancamiento surge cuando la persona se pregunta ¿qué es lo que hago aquí sino sirvo para nada? Se siente estancada y no logra canalizar su esfuerzo para poder ofrecer algo a los suyos o al mundo.

Posteriormente, surge el octavo estadio referente a la integridad del yo frente a la desesperación. Erikson (1950) menciona que este estadio comprende desde los 60 años hasta la muerte. Es un momento en el que la persona deja de ser productiva, o al menos no produce tanto como era capaz anteriormente. Una etapa en la que la vida y la forma de vivir se ven alteradas totalmente. Los amigos, las amigas y familiares fallecen, se tiene que afrontar los duelos que causa la vejez, tanto en el propio cuerpo, como en el de las demás personas. Esto da pie a que la persona se remire, se acepte y se reorganice nuevamente. Aunque se dé un conflicto interno sobre la forma en que se ha vivido y se vive la vida, la idea es que la persona acepte las situaciones en el transcurso de su vida y no se detenga a pensar en haber vivido diferente, en haber tenido otra oportunidad.

Años después este autor y su esposa desarrollan el noveno estadio, el cual se da a partir de los 80 años. Hay cambios a nivel corporal en cualquier persona, pérdida de autonomía, se presenta una desesperanza como compañera íntima, debilitamiento de la confianza y autoestima y toman protagonismo la Fe y la humildad como vía más sabia, según las personas autoras.

### Ilustración 9. Estadios de la teoría del desarrollo de Erikson.

ESTADIOS	CRISIS psicosociales	RELACIONES / VINCULACIONES	FUERZAS BÁSICAS	PATOLOGÍA ANTIPATÍAS
1.- Infancia	Confianza Vs. Desconfianza	Madre / Orden cósmico	Esperanza	Retraimiento
2.- Niñez temprana	Autonomía Vs. Vergüenza	Padres / De ley y orden.	Voluntad	Compulsión
3.- Edad de Juego	Iniciativa Vs. Culpa	Familia Básica / Dramáticas e ideales	Finalidad	Inhibición
4.- Edad escolar	Industria Vs. Inferioridad	Vecindad, escuela / Formalismo-Tecnología	Competencia	Inercia
5.- Adolescencia	Identidad Vs. Confusión	Pares, grupo, liderazgo/ Ideología	Fidelidad	Repudio
6.- Juventud	Intimidad Vs. Aislamiento	Amistad, sexo: Afiliativas / cooperación y competición.	Amor	Exclusividad
7.- Aduldez	Generatividad Vs. Estancamiento	Generacionales: trabajo dividido- casa compartida/ Cultura-Educación-Tradición	Cuidado	Actitud rechazante
8.- Vejez	Integridad Vs. deseesperanza	Especie humana (mis especies) / Filosóficas	Sabiduría	Desdén

Fuente: <http://descubretumentemc.blogspot.com/2015/12/la-teoria-del-desarrollo-psicosocial-de.html>

También dentro de las teorías de la psicogerontología se encuentra el modelo SOC (Selección, Compensación y Optimización) y Sabiduría, propuesto por Baltes y Freund (1998), mencionados por Schaie y Willis (2003). Este pretende establecer las bases a partir de las cuales puede alcanzarse lo que ellos consideran como el estado final del desarrollo humano, la sabiduría.

Es importante mencionar que ellos parten del Modelo de sabiduría de Berlín, esta se considera el estado final más general del desarrollo humano por dos razones:

1) Representa el más alto nivel de conocimiento acerca de las metas y medios de la vida que, de acuerdo con los análisis antropológicos, culturales y filosóficos, ha generado la evolución humana.

2) Es un concepto general, que se concibe como un alto nivel de abstracción. Permite variaciones en las expresiones fenotípicas, combinando el universalismo con el particularismo personal, regional y cultural.

De este modo, las personas autoras afirman que la sabiduría configura el espacio más general de las metas y medios cognitivos, emocionales y de motivación, dentro de los cuales la posibilidad de vivir una buena vida es factible. Por ello, Bates y Freund (1998) consideran que esta sabiduría conduce a la naturaleza para que sea posible la adaptación que se espera de las personas para seguir adelante. De este modo, la sabiduría, como estado

final al que nos dirigimos, facilita la comprensión de los contextos y precipita la adaptación a las circunstancias que cada persona experimenta a lo largo de su recorrido. Cuando se alcanza la sabiduría como estado, se utilizan mejor las potencialidades. La pregunta más obvia al respecto es ¿existe algún modo de acercarnos a ese estado? Para ello, Baltes y Freund (1998) proponen este Modelo de Selección, Compensación y Optimización (SOC) como un camino hacia el potencial humano.

Para ellos, tal y como indican diversos campos de investigación, conocimiento y comportamiento están lejos de correlacionarlos con la sabiduría. Saber algo no necesariamente implica que se actúe en consecuencia, con la mejor de las ejecuciones. Una cuestión fundamental, entonces, es determinar cómo adquirir una sabiduría relacionada con el conocimiento que se pueda trasladar al desarrollo de mejores comportamientos para con uno mismo y para con los otros.

Por lo tanto, el SOC se conceptualiza como una serie de procesos que facilitan alcanzar esa clase de sabiduría, independientemente de los fines que cada persona quiera alcanzar. Esos procesos de regulación del desarrollo son la selección, que hace referencia al desarrollo, elaboración y compromiso con las metas, ya sean éstas metas de micronivel (dirigir la atención a la información que estamos buscando en Internet, por ejemplo) o de macronivel (crear un sentido y significado de la vida), para lo que establecen dos tipos de selección: La selección electiva que se produce a partir de elecciones conscientes y la selección basada en la pérdida que se produce en respuesta a una pérdida.

Por su parte, la optimización consiste en adquirir, refinar, coordinar y aplicar los medios y recursos relevantes para lograr esas metas en un dominio seleccionado. En este sentido, resulta fundamental la práctica de habilidades necesarias para lograr la meta, la adquisición de nuevas habilidades y la integración de estas con las preexistentes, hasta que se automaticen, de modo que se alcancen cuotas altas de ejecución.

La compensación: se refiere al proceso necesario del uso de medios alternativos para mantener un nivel de funcionamiento dado, cuando los medios existentes se han perdido. De este modo, la sustitución de medios o la activación de recursos internos o externos no utilizados son fundamentales dentro de este proceso.

Para las personas que proponen este proceso, la Sabiduría y SOC constituyen un conjunto de conocimientos y estrategias de comportamiento que, cuando operan unidos, forman un componente indispensable del potencial humano.

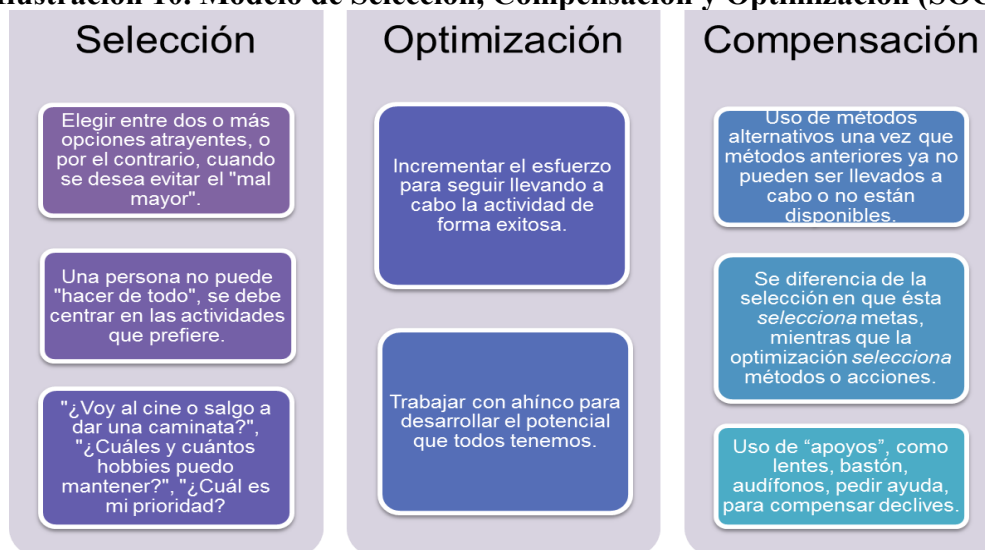
Por su parte, la sabiduría tiene un elemento que selecciona las metas y los medios que tienen una importancia fundamental en el curso de la vida y además son ética y moralmente deseables. En cambio, el SOC, especifica la forma en que se logran las metas, sin tener en cuenta la naturaleza ni los medios necesarios para alcanzarlas. Además, la relación entre SOC y Sabiduría es recíproca en el sentido de que los comportamientos relacionados con el SOC también deben ser importantes para la adquisición y el refinamiento de la sabiduría.

De esta manera, aprender a seleccionar las metas, optimizarlas y compensar las pérdidas de tal modo que ayuden a obtener un desarrollo exitoso, debe facilitar una visión interior en cuanto a las metas más apropiadas para una persona o edad específica que vive en un contexto histórico-social determinado.

Las personas autoras afirman que este modelo pretende ser un propósito general y una constelación universal de las propiedades del potencial humano. Su intención no es otra que contribuir a la búsqueda de un estado final. Este no se define como una propiedad específica, sino como un sistema de medios y metas integrados que considera a las personas como una globalidad en el contexto social y ciudadano.

Baltes y Freund (1998) proponen, de este modo, que la Sabiduría, entendida como el conocimiento sobre el pragmatismo fundamental de la vida, sea considerada como un estado final deseable del desarrollo humano que puede ser vivido e implementado a través de la optimización selectiva con compensaciones.

### Ilustración 10. Modelo de Selección, Compensación y Optimización (SOC).



**Fuente:** Yáñez, V. (2015). Adaptado de: Optimización selectiva (Baltes y Baltes, 1990). Recuperado de: <http://adultosmayoreshoy.blogspot.com/2015/06/la-optimizacion-selectiva-que-es.html>

En resumen, la psicogerontología tiene que ver con la idea de tiempo que muestra lo que se ha vivido, los hijos e hijas ya no dependen de nosotros, salen del hogar y dejan el nido vacío. Además, hay una serie de pérdidas significativas de cambios físicos o de muertes de personas muy queridas, objetos, mascotas, roles, habilidades. Lo anterior, da pie a una crisis de identidad que puede ocurrir ante las preguntas existenciales ¿Quién soy? ¿Qué hice hasta ahora? ¿Hacia dónde voy? Esto provoca estados de inquietud, angustia y desconcierto que pueden repercutir en el cuerpo como dolencia, si no se enfrentan con la sabiduría necesaria.

Si esa suma de cambios no se reconoce como parte del proceso de envejecer. Si no se compensan de manera adecuada con el establecimiento de otras tareas o habilidades que se convierten en ganancias, se pueden generar estados de tristeza, depresión, sensación de vacío, desgano y falta de motivación o aislamiento. De ahí, la importancia de que las personas desarrollen a lo largo de la vida un envejecimiento activo en los cuatro pilares, participación social, salud, seguridad y educación, prosiguiendo su proyecto de vida. Reconstruyendo su propia vida, reforzando la identidad e integrando el pasado al presente, al hoy.

En general, las teorías de la gerontología concuerdan en que cada ser humano envejece de distintas formas. El envejecimiento es un proceso individual que está estrechamente relacionado con el estilo y la historia de vida, la condición de género, de salud y de autocuidado que se ejerce, las relaciones interpersonales y el contexto. Es decir, el envejecimiento tiene que ver con aspectos psicológicos, sociales, económicos, culturales, educativos, familiares, personales, entre otros. De ahí las distintas explicaciones que hay del mismo, aclarando que crecer y envejecer son dos procesos ligados al ciclo normal. En cada uno es importante la calidad de vida.

Efectivamente, se puede aseverar que el proceso de envejecimiento es el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos (Marín, 2003, p.28). A su vez, Gómez y Otros (2000) refiere que el envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo [de la persona] y de su medio ambiente. También puede definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte (p.1).

Papalia et al. (2005) por su lado, proponen la existencia de dos tipos de envejecimiento, el primario y el secundario. El envejecimiento primario lo definen como un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal independientemente de lo que la gente haga para evitarlo. El envejecimiento secundario consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que a menudo son evitables y que están dentro del control de la gente.

Se espera, sin duda, que este proceso sea más notable durante la etapa de la adultez mayor, cuando se acentúan los signos y efectos del mismo (Hidalgo, 2009). Por lo tanto, el envejecimiento afecta a todas las personas y se diferencia desde un punto de vista individual o personal porque hay factores que influyen y permiten explicar el grado de intensidad de este proceso vital. Por un lado, los determinados genéticamente, que producen el envejecimiento primario o fisiológico. Por otro, los factores causados por el ambiente, enfermedades o alteraciones que dan lugar al envejecimiento secundario o patológico (Millán, 2011).

Uno de los retos ante el envejecer consiste en que está ocurriendo en muchos casos en un contexto caracterizado por una gran incidencia de la pobreza, una alta y creciente participación laboral en el mercado informal, una persistente y aguda inequidad social, un escaso desarrollo institucional y una baja cobertura de la seguridad social. Este último reto se relaciona estrechamente con el contexto en el que está inmersa la población de la investigación propuesta: persona adulta mayor con consumo problemático de sustancias psicoactivas y algunas de ellas experimentaron una situación de indigencia. De igual manera, ayuda a entender que el proceso de envejecimiento, unido al consumo problemático de sustancias psicoactivas y a la indigencia, es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida. Por lo tanto, urge considerar el efecto de estas sustancias y de la indigencia en la vejez; como consecuencia de las acciones realizadas en etapas precedentes, de ahí la pertinencia científica y social del desarrollo de la presente investigación.

#### **2.4 PERSONA ADULTA MAYOR**

En relación con el término adultez mayor, este ha sido representado con diversas palabras, la mayoría de ellas desde un sentido peyorativo, cargado de mitos y estereotipos, a lo largo del tiempo. Algunos de estos términos son persona antañona, senil, caduca, longeva, añosa, anciana. Algunos son referentes al número de décadas que se ha vivido: septuagenaria, octogenaria, nonagenaria, centenaria; abuela, geronte; entre otros.

Es interesante destacar que no existe una estandarización de un término específico. Se hacen intensas críticas porque muchos de estos términos son discriminatorios, ofensivos y hasta peyorativos, por ejemplo "...la persona etiquetada de senil condiciona su conducta al significado social de la etiqueta, es decir, decrepitud, dependencia, enfermedad, y termina asumiendo estas características como propias, fundiéndose realmente con esta identidad" (Aranibar, 2001, p.15).

Lo anterior, sin lugar a duda afecta considerablemente la autopercepción y autoestima, visualizándose a la persona adulta mayor como un objeto. Así como la visión de mundo de cada ser humano al llegar a una edad específica (que es difícil definir en número de años), una persona comienza a ser vieja, generalmente a los 60 o 65 años, según la Ley Integral para la persona adulta mayor y su reglamento (Ley 7935), la determinación



de la vejez por el recurso cronológico (la edad) produce un grupo muy heterogéneo de personas, ya que cada una tiene su propia y exclusiva biografía, donde coexisten diferentes experiencias según clase social, sexo, raza, área de residencia; entre otros.

Además, no debe olvidarse que en el rango de las personas de 60 años y más se encuentran subgrupos de edad, con diferencias tan marcadas (Aranibar, 2001, p.62). Como se ha mencionado en esta investigación en reiteradas ocasiones, en cada cultura, contexto social y en cada etapa de la historia el significado y la definición de vejez cambia significativamente.

Es el viejismo o edaísmo lo que hace que las personas adultas mayores sean miradas con cierto desprecio. Este término consiste en atribuirle a la edad todo tipo y cosas negativas, logrando establecer una diferenciación clara entre las personas adultas mayores y el resto de la población, desde una posición negativa para rechazar y discriminar. Lo anterior, da pie a la gerontofobia, pues son aquellas personas que rechazan todo aquello que se puede parecer a las personas adultas mayores por tener un miedo irracional para hacerse viejo o vieja. Tristemente tanto el viejismo como la gerontofobia resultan ser muy comunes en la época actual, sin estar exento Costa Rica, más no se presenta así en la cultura oriental.

Como se menciona, a través de la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (1999) se pretende garantizar la igualdad de oportunidades y una vida digna en todos los ámbitos como por ejemplo: las pensiones de régimen no contributivo, la cual debe satisfacer sus necesidades fundamentales, han contribuido o no a un régimen de Pensiones; a la asistencia social: mediante instituciones como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Banco hipotecario de la vivienda (BHANVI), Consejo Nacional de la persona adulta mayor (CONAPAM) a través de la Red de Atención Progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores del territorio costarricense, la participación en el proceso productivo, a la atención jurídica, a ser parte integrante y activa de la sociedad, entre otros.

Sin embargo, muchas veces a pesar de las leyes que puedan existir, es la interiorización del concepto de adultez mayor que tiene la sociedad costarricense la que pesa más en el ejercicio de los derechos y la participación de esta. Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico irreversible, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo de atención a la salud tradicional

las que restan oportunidades y como menciona Chawla (1988) citada por Zavala (2000) las personas adultas mayores no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma en que son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellas.

Lo anterior, pone de manifiesto el tema de los mitos y estereotipos. Un mito es aquella persona o cosa a la que se le atribuyen cualidades o excelencias que no tiene o una realidad de la que carece. Puede considerarse como un tipo de creencia generalizada, cimentada a través de varias generaciones. De esta forma, la vejez ha sido valorada de todas formas, tanto positiva como negativamente. La primera hace referencia a la consideración de la persona adulta mayor como una persona sabia, cargada de experiencias, de alto estatus social, merecedora de un gran respeto y con una clara posición de influencia en las demás personas. La segunda, destaca la vejez como un estado deficitario, cargado de pérdidas significativas e irreversibles.

Desde otro punto de vista, la Ley Integral para la persona adulta mayor en Costa Rica, considera persona adulta mayor a “toda persona de sesenta y cinco años o más” (Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, 1999: Artículo II). Sin embargo, se denota una visión reduccionista, ya que plantea una determinación meramente cronológica. Es decir, se reduce a tan sólo el número de años vividos, sin embargo, resulta importante tomarla en cuenta para la delimitación de las personas sujetas a investigación en este trabajo. Para el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, en general no existe un acuerdo sobre el inicio de la vejez. La sociedad moderna tiende a definir la vejez en términos de edad cronológica por conveniencias estadísticas y se utiliza para establecer la demarcación entre las etapas de la vida (CONAPAM, 1999).

Lo anterior hace que el CONAPAM asegure que la adultez mayor es una construcción social. Es la sociedad la que impone la condición de “viejo”. Subraya que se debe entender la vejez como una fase más del ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos. Ellas se presentan de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado la vida.

La definición de vejez en esta investigación está determinada no sólo por lo que en el territorio nacional establece mayor de 65 años sino por la definición de vejez que refiere

la Dra. Sordo (2016) en su conferencia “No quiero envejecer”, el cual avala que se es viejo o vieja, cuando los recuerdos superan a los proyectos; entendiéndose esta como una etapa que permite continuar relaciones y proyectos o bien iniciarlos. Es una etapa de la vida que ofrece la oportunidad de realizar tareas, sueños, metas pendientes o bien de retomarlos. Por tanto, ser viejo no es una cuestión de edad, sino la actitud propia y la calidad de vida, la persona optimista mira su vejez con esperanza y encuentra en ella siempre buenas razones y nuevas ilusiones.

Lo que si es cierto es que en esta etapa es cuando se expresan con mayor vigor las transformaciones y o cambios a diferencia a otras.

Al estar inmersas en una sociedad poco amigable con las personas adultas mayores, con la dicha de que cada vez hay mayor cantidad de personas sensibilizadas a ellas, es importante colocar sobre la mesa el tema del abuso y maltrato a las personas adultas mayores.

Según CONAPAM (2013), este término es utilizado como una categoría que incluye diversos tipos de comportamientos que ponen en riesgo la integridad física y emocional de la persona adulta mayor. Este se relaciona con la violación de cualquiera de los derechos fundamentales del ser humano, ya sea, mediante conductas intencionales y destructivas o no intencionales que se mantienen en el tiempo y que laceran la intimidad de la persona, en todo su ser.

Un maltrato puede consistir en acciones u omisiones, intencionales o no. Pueden ser de tipo físico, psicológico, sexual, patrimonial, negligencia y abandono y/o violación de los derechos. Este provoca sufrimiento innecesario, dolor, pérdida y lesiones que deterioran la calidad de vida de la persona. Generalmente, los tipos de maltrato lo realizan las personas que mantienen una relación muy estrecha y basada en la confianza: familiares, cuidadores principales, acompañantes o personal de atención directa, a través de golpes, gritos o regaños, asimismo puede tratarse de someter a la persona a la indiferencia, el menosprecio o el olvido.

El estudio de población adulta mayor costarricense de la Gran Área Metropolitana, perspectivas y necesidades del Instituto de Estudios Sociales en población 2002, determina que un 35% de las personas adultas mayores enfrenta problemas familiares relacionados con maltrato y abandono. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2009)

establece una tipología del maltrato con sus respectivos indicadores tal y como se presenta continuación.

De los tipos de maltrato mencionados, los que competen para este estudio son la negligencia y el abandono. Estos consisten en un acto de omisión intencional o no, en el que se incumple con la satisfacción de las necesidades y actividades básicas de la vida diaria de la persona adulta mayor. Esta satisfacción puede ser física, psicológica y económica, por ejemplo, úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestimenta inadecuada, malnutrición, desnutrición, falta de afecto, ausencia de medicación, movilización, seguridad, ausencia de las prótesis y alguna ayuda técnica, entre otros. Esto genera un deterioro en la calidad de vida de las personas.

También se encuentra el tipo de maltrato institucional o social. Este incluye abusos y maltratos por parte del personal de instituciones, organizaciones públicas y privadas que brindan servicios y/o cuidados a las personas adultas mayores. Mencionemos, por ejemplo, la negativa para brindar una atención preferencial, infraestructura inadecuada que imposibilita el fácil acceso a los servicios, negación de atención y exceso de trámites, entre otros. Al respecto, el estudio población adulta mayor costarricense de la Gran Área Metropolitana, perspectivas y necesidades del Instituto de Estudios Sociales en población 2002, advierte que un 18% de las personas adultas mayores carecen de atención y sufren de maltrato y abandono por parte de la sociedad y de las instituciones públicas y privadas.

A su vez, se encuentra el maltrato estructural. Se refiere al que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales y económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato. Incluye la falta de políticas de recursos sociales y de salud, mal ejercicio del incumplimiento de las leyes existentes, de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen de la persona adulta mayor. Esto va en detrimento de la persona adulta mayor y no permite la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades. Se expresa socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social. Los otros tipos de maltrato a los que se refiere la Organización Mundial de la Salud (2009) son el físico, el sexual y el psicológico. Por lo tanto, es sumamente importante tener en cuenta que una sola persona adulta mayor esté siendo víctima probable y simultáneamente de varios tipos de estos maltratos.

La dimensión sociocultural del conjunto de actividades que son específicas de las personas adultas mayores les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La limitación que la sociedad les hace vivir a través de la falta de tareas específicas conlleva la dificultad para reconocer que tienen de un modo particular de vivir sus propias potencialidades.

En conclusión, para muchas personas, vivir hasta llegar a ser una persona adulta mayor es uno de los logros más reconocidos del siglo XX. Serlo y vivir con dignidad, libre de cualquier forma de maltrato o abuso, debe ser una meta común para todas las sociedades del siglo XXI.

Otro de los temas transversales de la presente investigación se refiere a las sustancias psicoactivas, el cual se menciona continuación.

## **2.5 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Una sustancia, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (2002) puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico (p.181). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2004) la define como sustancia psicoactiva o droga que:

“Cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias” (p.58).

A su vez, el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica (IAFA) (2006), la define como: toda sustancia que sea de uso terapéutico o no, con capacidad de causar efectos a nivel del sistema nervioso central, y la cual debe de cumplir con el principal criterio de selección emanado del Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dichos criterios de selección, establecidos por esta Organización, dependen de la evidencia existente de que la sustancia sea capaz de iniciar o llevar indirectamente al consumo problemático. Esto la convierte en un problema social, de salud pública y debe de

ser controlada a nivel nacional e internacional (Barrios, et. al, 2008). Al tener un efecto en el sistema nervioso central, ocasionando dependencia por la tolerancia desarrollada es que se les conoce como sustancias psicoactivas.

De esta manera, surge el consumo problemático de sustancias que se caracteriza por el grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos, que indican que la persona permanece consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, continúa con un patrón de repetida autoadministración que, a menudo, lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la misma (DMS-IV, 2002).

Cuando se refiere a este consumo problemático de la sustancia es porque ya la persona ha tenido un amplio recorrido con la misma y surgen los términos como el uso, el abuso, la dependencia, la progresividad, la recaída, la negación y la cronicidad. (CCSS y CENDEISS, 2003).

Según el DSM IV-TR (2002):

1. El uso de sustancias, se refiere a la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), sin que se presenten los síntomas característicos de la dependencia o el abuso; generalmente se trata de un uso único o sumamente esporádico de la sustancia.
2. Con respecto al consumo se entiende como la ingesta o exposición a una sustancia que se da de manera esporádica y generalmente dentro de una situación social, este se va a diferenciar del uso de sustancias en tanto que la frecuencia de la ingesta es un poco mayor, y sin embargo no llega a clasificarse como una dependencia o abuso.
3. El abuso, por su parte, se diferencia de la dependencia en tanto que se establece un patrón desadaptativo de consumo el cual se ve manifestado por una serie de conductas desfavorables y recurrentes que se relacionan con el consumo repetido de la sustancia.
4. Por dependencia se comprende como la presencia de un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. (p.216-218)

### Ilustración 11. Escalera del consumo problemático de sustancias psicoactivas.



*Fuente:* Elaboración propia.

Es importante mencionar que, con el uso y el abuso, la persona inicia la dependencia, que se lleva a cabo en tres actos relevantes según el tiempo de uso en: dependencia del grupo de referencia, dependencia psicológica y dependencia física, posteriormente avanza a la tolerancia, a la recaída, a la negación y se instaura la cronicidad (CCSS y CENDEISSS, 2003). Estos términos se desarrollan más adelante mediante el componente neurobiológico para lograr una mayor comprensión.

Agregado a esto, cada sustancia psicoactiva posee una serie de características específicas que se ven establecidas por las particularidades de los efectos de la droga. Estos se pueden evaluar para establecer si existe una dependencia o abuso de esta (DSM IV-TR, 2002).

Es importante mencionar que dentro de las sustancias que comprenden esta definición se encuentran el alcohol, los alucinógenos, las anfetaminas, la cafeína, el cannabis, la cocaína, los opioides, la heroína, la morfina, la nicotina y el éxtasis (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado, 2002). Estas se caracterizan por provocar efectos en la persona que varían según la sustancia, pero mantienen en común una serie de activaciones anormales en la consciencia de esta. Por lo tanto, su consumo es uno de los principales problemas de salud pública del mundo y este país no es la excepción. Hasta la actualidad no se le ha dado la importancia necesaria y requerida. Estas sustancias pueden ser legales e ilegales.

Por su parte, la OMS (2004) señala que las sustancias psicoactivas pueden verse divididas en tres categorías de acuerdo con su uso legal. En la primera categoría se encuentran aquellas sustancias que son utilizadas como medicación (sustancias químicas)

para diagnosticar, prevenir, tratar y aliviar el dolor, las enfermedades, el sueño o a la lucidez y para tratar desórdenes del estado de ánimo. Estos medicamentos solo pueden ser adquiridos con receta médica y también pueden crear dependencia en las personas. Como segunda categoría están aquellas sustancias cuyo uso es ilícito, dentro de las cuales se encuentran los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y otros estimulantes. Por último, la tercera categoría se ve comprendida por aquellas sustancias de consumo lícito o ilícito como el tabaco y el alcohol. Desde el punto de vista de los organismos judiciales, las drogas se clasifican en: legales, ilegales, lícitas e ilícitas; controladas y no controladas.

A través de la historia de la humanidad, las sustancias siempre han estado en contacto con el ser humano, por motivos mágico-religiosos, medicinales o terapéuticos y por recreación, entre otros usos. Culturalmente, las más permitidas han sido el tabaco y el alcohol. Según la OMS estas son las más frecuentes, ya que permanecen en la cotidianidad como parte del proceso natural de familias, círculos de amistades y en actividades familiares, comunales, fiestas patronales, entre otras. Esto logra una actitud permisiva que pone en riesgo a todas las personas y a su entorno si hay un consumo indebido o problemático y no se toman las medidas necesarias para evitar o disminuir los daños.

En la sociedad se cree comúnmente que tanto el alcohol como el tabaco no son drogas, a pesar de provocar deterioro en la consciencia, alteración de las emociones y por ende en la comunicación con las demás personas. Es decir, se da una afectación del estado de salud en general, al igual como sucede con las sustancias como la marihuana, heroína, cocaína, entre otras.

Dentro de las clasificaciones también hay aquellas que se categorizan según sus orígenes en naturales, sintéticas o semisintéticas. Por su parte la industria las clasifica a partir de su uso en medicamentosas o alimenticias.

También se clasifican según sus efectos en el sistema nervioso central en: Depresoras como: el alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, derivados del opio: morfina, heroína y cocaína, las cuales producen agotamiento, pérdida de la fuerza y del ánimo, disminuyen la capacidad motora, las del lenguaje, la percepción de la realidad, pérdida del control y del equilibrio, reducción de la capacidad autocrítica y en un caso extremo puede



llevar a la persona a un estado de letargia, mejor conocido como somnolencia, paro respiratorio e incluso la muerte.

Por lo tanto, a las personas consumidoras de este tipo de sustancias se les suele ver sentadas sin interacción y/o acostadas, hablando lentamente. Se quedan dormidas con facilidad porque el abuso de este tipo de sustancias al ser depresoras del SNC produce un sueño profundo, hasta provocar inactividad. Al mismo tiempo, sienten un estado de liberación, de relajación, así como de alegría.

Si una persona tiene un consumo problemático a cualquier sustancia sin duda alguna todos sus órganos se ven dañados. Entre los problemas orgánicos que se presentan con mayor frecuencia en las personas que consumen alcohol se encuentran cirrosis, hepatitis, gastritis, pancreatitis, cáncer, trastornos cardiovasculares como cardiopatías, hipertensión arterial y trastornos neurológicos. Otros eventos que se presentan, pero de tipo conductual son accidentes de tránsito, accidentes laborales, violencia intrafamiliar, actos vandálicos, contagio de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

También están las sustancias estimulantes como la cafeína, cocaína (crack), anfetaminas (éxtasis), fenilciclidina que tienen un efecto gratificante que induce a la persona a querer repetir el consumo, lo que conduce posteriormente a la aparición del fenómeno adictivo. Los efectos más comunes que estas sustancias producen en el organismo humano son: el aumento en la presión sanguínea, en la temperatura corporal y en el ritmo cardíaco, asimismo, euforia, sensación de bienestar, sentimiento exagerado de felicidad, ansiedad, disminución del apetito, estados de pánico, miedo, indiferencia al dolor, fatiga, alteraciones del sueño, comportamiento violento, sentimiento de mayor resistencia física, entre otros.

Un consumo moderado de cocaína ocasiona elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, mayor rendimiento en la realización de tareas, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa. Si hay un consumo crónico se han presentado alteraciones de la percepción crítica y discriminativa, seudoalucinaciones, auditivas y visuales, conductas estereotipadas, bruxismo y movimientos compulsivos, entre otros.

Además, se encuentran las sustancias alucinógenas, ácido lisérgico (LSD), conocidas también como: la mezcalina, el peyote, psilocibina (hongos), entre otros. Estas se

caracterizan por producir cambios en el conocimiento, en la función mental y en la conciencia. Es decir, la persona que las consume percibe objetos o sensaciones que en realidad no existen. La mayoría de estas sustancias se fabrican en laboratorios clandestinos y otras se encuentran en algunas plantas. Por algún tiempo, en la historia de la humanidad, se utilizaron para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y para el alcoholismo crónico. Por supuesto, hoy no tienen ningún tipo de utilidad por el peligro que presenta su uso.

El consumo de estas sustancias de síntesis produce euforia y locuacidad caracterizadas por explosiones de alegría y risa sin motivo, desinhibición y aumento de energía. Además, estimula a restablecer relaciones sociales y facilita los contactos amistosos y sexuales. Su consumo hace que las personas sientan ansiedad, insomnio, irritabilidad, lo que suele desencadenar taquicardias, hipertensión arterial, fiebre. Ya en dosis muy elevadas genera estado de confusión, alucinaciones visuales, auditivas y miedo irracional. Como este tipo de sustancias se utiliza principalmente en eventos como fiestas o discotecas, suele combinarse con alcohol y otras drogas, lo que resulta ser altamente peligroso e incluso mortal.

Con respecto al uso de la marihuana, así como el uso del tabaco, su efecto depende de la cantidad o dosis que se consuma. Presentan efectos estimulantes o depresores.

Si una persona realiza un consumo excesivo de tabaco suele presentar dolores de cabeza, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, ansiedad, vasoconstricción, hipertensión arterial y colapso cardiorrespiratorio. Si hay un consumo crónico puede presentar inapetencia, acidez estomacal, disminución de la memoria, alteración de la memoria, diarrea, tos, bronquitis crónica, enfisema, cáncer pulmonar, entre otros.

Además, el tabaco es por sí mismo un factor de riesgo desencadenante de enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis, neumonía, asma y enfermedades cardiovasculares como los infartos de miocardio. Este último es uno de los eventos que estadísticamente, a nivel nacional e internacional, se está presentando en personas cada vez más jóvenes, entre los 30 y 40 años de inicio de su envejecimiento, aproximadamente.

Con respecto a los efectos de la marihuana, la persona se vuelve eufórica y realiza cambios a nivel de la conciencia, pero no llega a la alucinación. Esta produce un estado de ensoñación, con ideas incoherentes entre sí, además de incontrolables. En pequeñas cantidades, las personas suelen experimentar somnolencia, aumento del apetito, inquietud y sensaciones de bienestar, alteración de la percepción, euforia, relajamiento, trastornos de la memoria, dificultad de la coordinación de la motora fina (trabajos manuales), aumento del deseo sexual, sequedad de la boca, taquicardia, dilatación bronquial, risa explosiva sin razón aparente. Si, por el contrario, esta sustancia es consumida en grandes cantidades, produce daño en la memoria, disminución de la capacidad de respuesta del sistema inmunológico (defensor del cuerpo), alucinaciones, ansiedad, delirios paranoides, baja producción de espermatozoides, bloqueo de la ovulación, disminución del nivel de testosterona, entre otros.

En fin, los efectos de las sustancias psicoactivas pueden ir desde una simple alteración de la percepción hasta un trastorno mental severo y su impacto se genera en lo fisiológico, psicológico y socioemocional. Estos efectos dependen de diferentes variables como el sexo de la persona, las medidas antropométricas: talla, peso, índice de masa corporal, el estado nutricional, el estado de salud en general, los signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria, temperatura corporal, el tipo de sustancia consumida, el tiempo de consumo, la frecuencia de consumo, el contexto en el que se desenvuelve la persona y consume la sustancia, entre otros.

En el caso de la población costarricense, se encuentra que hasta hoy es el alcohol la droga que posee el más alto consumo, seguida por el tabaco y la marihuana. Dentro de las drogas de menor consumo se encuentra la cocaína y el crack (ICD, 2016).

En el caso de las mujeres, el uso de psicoactivos está influenciado por muchos factores y determinantes sociales que afectan su salud. Ellas son más propensas a recurrir a las drogas, debido a la exposición previa a la violencia, a la presencia de personas consumidoras en sus familias o relaciones exteriores, a la inestabilidad emocional, económica; entre otros factores. Ellas corren el riesgo de no ser protegidas por la política estatal (UNODC, 2015), además de la accesibilidad que las drogas psicoactivas se facilitan en el contexto.

Por lo tanto, los determinantes sociales se convierten en un factor de estrés enorme de inestabilidad emocional en el que la depresión, la soledad, la privación del sueño y el aislamiento se convierten en características comunes que influyen en que las mujeres recurran a las drogas. De tal manera, según la información anteriormente citada, la población femenina parece tener un mayor porcentaje de consumo debido a los factores negativos que lo fomentan.

Según Castillo (2003), mencionada por la Caja Costarricense de Seguro Social y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) (2003) por falta de conocimiento y capacitación, esta enfermedad ha sido invisibilizada dentro de los servicios de salud. Sin embargo, dada la situación nacional actual, es de urgencia que esta problemática sea abordada integralmente y así mejorar la salud mental de la población. Por su parte, Ávila (2003) mencionado por la Caja Costarricense de Seguro Social y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) (2003) manifiesta que el primer paso en la recuperación de las adicciones es la conciencia progresiva y la comprensión de la magnitud del problema.

A principios del siglo XXI se considera que la comunidad científica ha intensificado los estudios, las investigaciones y las capacitaciones de personal voluntario y de salud. Ha utilizado una cantidad considerable de recursos económicos para la promoción de estilos de vida activos y saludables, así como para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas o en riesgo.

Sin embargo, lo anterior es solamente un aspecto del fenómeno, ya que existen otros grupos que niegan el proceso adictivo y le dan connotaciones místicas y míticas. Esta sucesión de eventos es tan vieja como la humanidad misma, su descripción se encuentra inclusive en los proverbios bíblicos y en otros libros de la antigüedad.

En el presente, parte de la población mantiene la creencia de que la fuente original de la dependencia a las sustancias lícitas e ilícitas está representada por los conflictos que los niños y las niñas vivieron durante su desarrollo. Se piensa que el primer paso para la recuperación puede ser la intervención psicológica. Sin embargo, hoy en día se conoce que la adicción se instaura por múltiples causas que, durante el desarrollo del proceso, le dan identidad propia y la convierten en una enfermedad en sí misma y no en parte de otra (CCSS y CENDEISSS, 2003).

En lo que se refiere al uso o los motivos de consumo de las distintas sustancias psicoactivas, el informe realizado por la OMS (2004) establece que generalmente el inicio se da porque la persona desea beneficiarse de su uso, para tener una experiencia placentera o para evitar el dolor [dolor físico, emocional o social]. Sin embargo, a pesar de esto el consumo problemático de sustancias psicoactivas siempre se ve acompañado de daños, los cuales dependen de la sustancia consumida, la cantidad y el tiempo de consumo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2004), los efectos nocivos de las sustancias psicoactivas pueden dividirse en cuatro categorías:

1. Los efectos crónicos en la salud,
2. Los efectos biológicos de la sustancia para la salud, ya sean agudos o a largo plazo, estos efectos abarcan especialmente las sobredosis.
3. Consecuencias sociales adversas del uso de sustancias psicoactivas: problemas agudos como ruptura de relaciones, arrestos; entre otros.
4. Consecuencias sociales adversas del uso de sustancias: problemas crónicos como el ausentismo laboral o familiar e inclusive se puede agregar la indigencia.

Por tanto, este fenómeno es el resultado de un proceso muy complejo, en el que se ven involucrados una serie de factores que intervienen en su determinación. Es decir, no es unicausal sino multicausal o multifactorial. A estos factores se les conoce como factores de riesgo y factores de protección. De esta manera, la relación entre los factores de riesgo, los factores protectores, ambientales y hereditarios, durante el desarrollo humano de la persona, llegan a ser una influencia importante que la coloca en un estado de vulnerabilidad o no al consumo. Generalmente, este consumo se da de forma voluntaria y autoadministrada. Inicia siendo esporádico y se acompaña por una sensación de autocontrol.

Se conocen como factores protectores a los estilos de vida activos y saludables, que evitan el incremento de personas consumidoras potenciales y experimentales. Sin embargo, los factores que pueden funcionar como protectores también pueden convertirse en factores de riesgo como lo son: los medios de comunicación masiva, la comunidad, la policía y los gobiernos locales.

Entre los factores de riesgo se pueden mencionar:

- ✓ Desempleo.
- ✓ Violencia familiar.

- ✓ Conducta antisocial.
- ✓ Accidentes de tránsito.
- ✓ Enajenación y rebeldía.
- ✓ Baja o nula religiosidad.
- ✓ Conductas sexuales precoces.
- ✓ Confusión y pérdida de valores.
- ✓ Historia familiar de alcoholismo.
- ✓ Historia familiar de conducta antisocial.
- ✓ Dificultades en las relaciones familiares.
- ✓ Psicopatología, especialmente depresión.
- ✓ Alcoholismo materno, paterno o de ambos.
- ✓ Deficiente o escaso aprovechamiento escolar.
- ✓ Familiares con escasas habilidades paternofiliales.
- ✓ Desorganización estructural-funcional en la comunidad.
- ✓ Problemas emocionales y de conducta en los hijos e hijas.
- ✓ Antecedentes de abuso infantil, intrafamiliar o extrafamiliar.
- ✓ Escaso rendimiento laboral y frecuentes ausencias por enfermedad.
- ✓ Uso de alcohol y experimentación con psicotrópicos a edades tempranas.
- ✓ Uso de psicotrópicos en los hermanos, en la familia o los amigos cercanos.
- ✓ Problemas legales, básicamente por alteración del orden público y delitos menores, pero también fraude, delitos sexuales y violentos (incluso asesinato).
- ✓ Alteraciones conductuales como vagancia, baja empatía hacia las demás personas, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, insensibilidad al castigo, entre otros.

Es importante mencionar, que aquellas personas que poseen como factor de riesgo determinados trastornos psiquiátricos pueden tener un mayor riesgo de consumo problemático de sustancias psicoactivas que aquellas que no los desarrollan.

Algunas investigaciones hacen referencia que incluso puede haber un sustrato neurobiológico común entre el abuso de sustancias y determinados trastornos mentales asociados; así como, factores biológicos de vulnerabilidad individual que contribuyen tanto

al inicio precoz como a la cronicidad del consumo problemático de sustancias psicoactivas, considerando que éstos factores individuales interaccionan con factores ambientales, los cuales pueden incrementar dicha vulnerabilidad o bien atenuarla si en cuyo caso actúa como factores protectores.

### Ilustración 12. Factores de riesgo del consumo problemático de sustancias psicoactivas.



**Fuente:** National Institute on Drug Abuse. (NIDA) (24 de noviembre, 2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion> en 2017, August 14

En la figura anterior se ve expresado la interrelación de los diversos factores que entran en juego en el inicio del consumo problemático de sustancias psicoactivas y que facilitan el proceso de adicción. Se observa la forma en que las características individuales de la persona que interactúan con los factores ambientales, contexto en el que se encuentra inmersa la persona: familia, comunidad, instituciones educativas, amistades, entre otros. Además, se observan las oportunidades en el ambiente para acceder y consumir drogas y, por último, se trata de interpretar el nivel de tolerancia social hacia ese consumo. Estos tres elementos interrelacionados favorecen en gran medida el inicio del consumo. Inicio que depende de los valores morales de las personas, de las habilidades de la vida, del autoconocimiento, de sus propios intereses, de su proyecto de vida y de la calidad de relación con su familia y grupos de pares; entre otros.

En este punto es importante recordar que el ser humano es un ser biológico, psicológico y social, cuyo comportamiento, pensamientos y sentimientos están sujetos a sufrir cambios causados por el entorno que impactan en su proceso de envejecer, como lo son los factores de riesgo, algunos de los más conocidos y explorados en investigaciones son:

1. Carencia de normas en la casa.
2. Deficiente desarrollo en el área social y afectiva.
3. Cambio en los valores comunales, sociales y personales.
4. Poca o nula comunicación entre padre, madre, hijo, hija y viceversa.
5. Ausencia de las personas encargadas sean estos el padre, la madre o personas tutoras.
6. Una actitud permisiva de parte del padre, la madre o personas tutoras a nivel conductual y con respecto al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Es importante resaltar que no todas las personas expuestas a los factores de riesgo llegan a consumir drogas o a verse involucradas en otros problemas de tipo social o personal. Esto se debe como se ha mencionado con anterioridad, a que el consumo problemático de sustancias psicoactivas se da por la interrelación de diversos factores, por la consolidación de los factores protectores personales, familiares, contextuales, genéticos que favorecen el desarrollo de estilos de vida saludables y ayudan a las personas a enfrentar las situaciones adversas que se les presenten.

En este sentido, el consumo problemático de sustancias psicoactivas inicia con una predisposición genética que interactúa con los factores de riesgo a nivel familiar, social, ambiental, escolar, comunitario y que promueve una iniciación al consumo, como se visualiza en la ilustración número doce.

Actualmente, se desconoce qué factores de riesgo resultan más comprometedores. Se sabe que de acuerdo con el número de ellos y con la forma en que interactúen puede aumentar la probabilidad de consumo.

Existen diferentes maneras de entender la enfermedad de la adicción a las sustancias psicoactivas; entre ellas:



- ✓ Algunos autores ponen énfasis en un sistema social de creencias reforzado constantemente por la sociedad de consumo, en la cual se promueve más el “tener” que el “ser”.
- ✓ Otros hacen referencia a los aspectos genéticos y neuroquímicos. Estos centran la atención en el consumo por su capacidad de alternar los mecanismos fisiológicos cerebrales, los cuales se traducen en sensaciones placenteras.
- ✓ Estudios más recientes indican que no solo la predisposición genética a padecer la dependencia a las drogas se hace presente, sino también la personalidad, determinada por la estructura mental. Ahora bien, estos rasgos se relacionan estrechamente con el medio en el que se desenvuelve la persona. Por lo tanto, estos aspectos pueden convertirse con el tiempo en factores de riesgo determinantes en el inicio del consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- ✓ Otras posiciones, más bien mencionan que la combinación de factores hereditarios, ambientales y relacionales, van a determinar la experiencia de vida durante el desarrollo de la persona. Aspectos que la hacen más o menos vulnerable al consumo.

Es importante mencionar que el problema se da cuando la persona encuentra sentido para su vida en la vivencia bajo la droga. Experimenta estados y sensaciones gratificantes e inmediatas que no le ofrece su familia, sus amistades, amigos, amigas, la sociedad ni la vida en general. La persona escapa de su situación en las sustancias psicoactivas, replegándose a sus efectos y haciendo un falso sentido de vida a la sombra de estas. Lo que resulta en vivir para la droga.

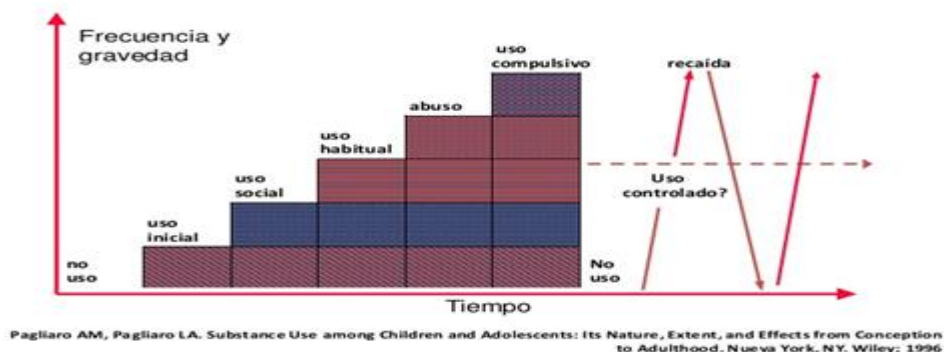
Por eso muchos autores manifiestan que el problema no radica en ese primer contacto con esta, sino en el significado de ese primer contacto. La persona cree que logra liberarse de su situación conflictiva de su presente.

Para poder entender cómo se da la adicción, es importante referirse al a neuroadaptación. Esta se desarrolla cuando se ejecuta la modificación morfológica en el sistema del núcleo accumbens, lo que provoca un trastorno neurofisiológico por el consumo problemático de sustancias psicoactivas y posteriormente a la enfermedad adictiva.

Lo anterior implica un proceso de adaptación de las células cerebrales a los efectos de las drogas, así como un aumento en la cantidad de droga consumida para obtener los

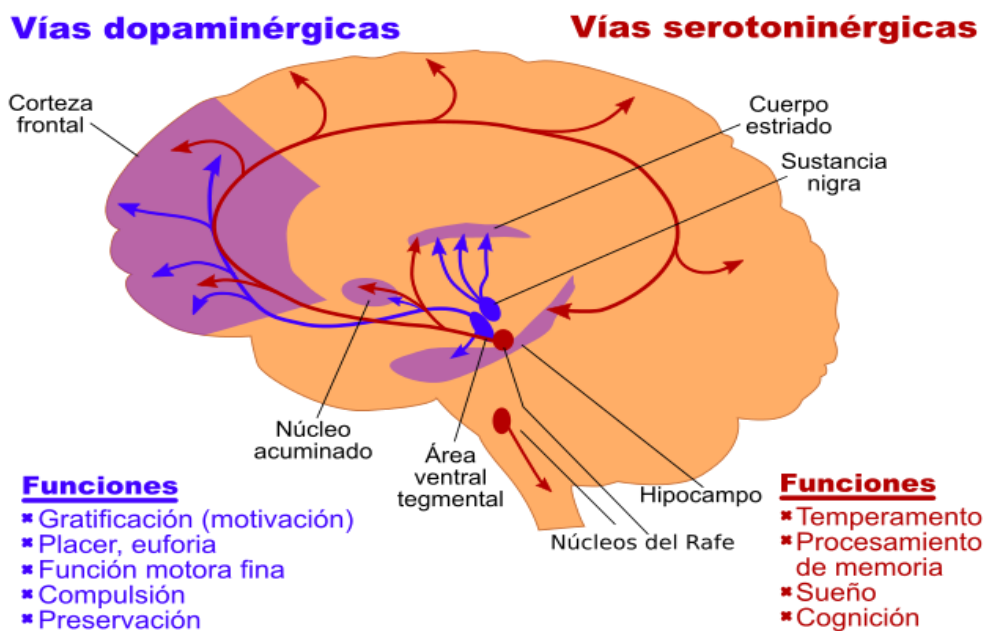
efectos deseados. De esta manera, conforme aumenta la cantidad, la frecuencia y el tiempo de consumo, aumenta también la sensación de deseo por consumirla, generando tolerancia y posteriormente, dependencia.

### Ilustración 13. Historia del uso problemático de sustancias psicoactivas.



Según la Sociedad Española de Toxicomanías (2011) los estudios con animales han evidenciado que los efectos reforzadores de las sustancias psicoactivas tienen un sustrato neurobiológico común que es el efecto de liberación de dopamina en el núcleo accumbens, relacionando el deseo imperioso por la sustancia con la liberación de dopamina en el estriado ventral.

### Ilustración 14. Sistema dopaminérgico.



*Fuente:* lifeder.com. (s.f). Dopamina: funciones y mecanismo de acción. Recuperado de: <https://www.lifeder.com/dopamina/> el 27 mayo, 2016.

Por tanto, los circuitos que intervienen en la memoria y en el aprendizaje pueden jugar un papel decisivo en la enfermedad adictiva mediante la asociación repetida del efecto reforzador de las sustancias de abuso, con determinados estímulos ambientales o internos, como se ha venido mencionando. El cual induce un poderoso efecto de condicionamiento, no sólo a la propia sustancia, sino también a las señales que predicen su posible disponibilidad, como las situaciones estresantes, como una pequeña dosis de la sustancia, que pueden disparar estados de ese deseo intenso de consumo de sustancias psicoactivas que reciben el nombre de “craving” y que pueden conducir a la recaída.

### Ilustración 15. El ciclo de la adicción.



Cuando el efecto disparador de ese deseo imperioso se produce por la administración de una pequeña dosis de la sustancia, éste es conocido como efecto “priming” o efecto “cebador”, que es un efecto que se relaciona con la memoria implícita por el cual la exposición a determinados estímulos influyen en la respuesta que se da a estímulos presentados con posterioridad. Por ejemplo: este tipo de memoria hace alusión a las experiencias previas, en este caso, la experiencia en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y el “placer” que estas generan, el cual facilitan el recuerdo de esa información almacenada, pero sin tener conciencia plena de ellas.

Además, se pueden producir efectos de priming cruzado, que es el que se refiere cuando una sustancia activa el consumo de otra, es decir, se da entre sustancias diversas, de manera que un pequeño consumo de cannabis, cocaína o benzodiazepinas (BZD) pueden disparar el deseo desesperante de consumo de alcohol en una persona que presenta dependencia del alcohol y viceversa. De ahí que sea recomendable evitar el consumo de otras sustancias activadoras del sistema dopaminérgico cuando una persona se encuentra en recuperación tanto del alcoholismo como de la dependencia de otras sustancias.

A esto se le llama efectos reforzadores que generan procesos de condicionamiento. Siguiendo las leyes del condicionamiento, cuando un determinado comportamiento, como la autoadministración de una droga (fumar), va seguido de un efecto reforzador (relajación), se incrementa la probabilidad de que dicho comportamiento se repita en el futuro (recaída), lo que se conoce comúnmente como condicionamiento clásico.

De esta manera, tanto los estímulos internos o externos, asociados a los efectos reforzadores positivos o negativos de las sustancias psicoactivas, se convierten en estímulos condicionados y pueden poner en marcha respuestas condicionadas para la búsqueda y consumo de la sustancia, incluso sin la presencia de dicha sustancia (“priming”). Estas respuestas condicionadas son de gran relevancia, ya que pueden generar estados de deseo intenso o de “craving” como le nombran algunas personas y crear pautas estereotipadas de búsqueda y consumo de esta, que pueden aparecer de manera involuntaria.

### Ilustración 16. Modelo integral del consumo de sustancias psicoactivas propuesto por la OMS.



**Fuente:** Drogas y sus efectos (marzo, 2014). Dr. Pedro Acuña Quesada. Recuperado de: <http://slideplayer.es/slide/120170/> el 15 de octubre, 2016.

Las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas pueden describir con bastante precisión sus episodios de deseo imperioso de consumir o de pérdida de control, tras un pequeño consumo, y sus dificultades para evitarlo cuando se exponen a determinados estímulos condicionados (Guardia, et. al, 2004; 2006; 2007).

Esto resulta en un aprendizaje decisivo de la conducta de autoadministración cuando el condicionamiento a estos estímulos internos o externos se ha consolidado, son los propios estímulos condicionados, los que se activan como señales anunciadoras del efecto reforzador. Estos pueden poner en marcha conductas automatizadas de búsqueda y de consumo de drogas, sin mediación de los procesos cognitivos de reflexión, análisis, planificación o inhibición de la conducta que se genera en el córtex frontal. En esta se encuentran los lóbulos prefrontales, que son el sustrato anatómico para las funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas son aquellas que nos permiten dirigir nuestra conducta hacia un fin y comprenden la atención, planificación, secuenciación y reorientación sobre nuestros actos que se encuentran suprimidas o bloqueadas pues prevalecen las acciones primitivas como conductas automatizadas que buscan placer.

Además, los lóbulos frontales tienen importantes conexiones con el resto del cerebro como la figura de una persona que dirige una orquesta; son los encargados de tomar la información de todas las demás estructuras y coordinarlas para actuar de forma conjunta. A su vez, están implicados en los componentes motivacionales y conductuales; por lo que si se produce un daño en esta estructura puede suceder que la persona mantenga una apariencia de normalidad al no existir déficits motrices, de habla, de memoria o incluso de razonamiento; existiendo sin embargo un importante déficit en las capacidades sociales y conductuales.

De esta manera, estas personas con este tipo de lesiones pueden ser por un lado apáticas, inhibidas; o por el contrario: desinhibidas, impulsivas, poco consideradas, socialmente incompetentes, egocéntricas, entre otros; teniendo una importancia central en nuestra actividad cognitiva. Dentro de este proceso de neuroadaptación, se puede visualizar un funcionamiento deficiente del córtex frontal (hipofrontalidad) que se manifiesta conductualmente como un bajo control de impulsos. Puede aparecer en personas que sufren depresión o trastornos de conducta. Se caracteriza por una elevada impulsividad, un

deterioro de la capacidad de inhibición de respuestas inapropiadas y un bajo nivel de autocontrol conductual.

Los mecanismos del control de la conducta se han convertido en un importante foco de investigación. Los humanos pueden demorar o inhibir las respuestas disparadas por los estímulos ambientales, sin embargo, dicha capacidad depende del buen funcionamiento el lóbulo frontal (Fillmore, 2003 mencionado por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011).

### Ilustración 17. Sistema de recompensa cerebral.



*Fuente:* Psicologompensa cerebral.apacidad depende dJustina Kucinskaite. Recuperado de: <http://psicologiycomunicacion.com/el-circuito-de-la-dopamina/> el 15 de octubre, 2016.

Este evento es la evidencia que ya se ha producido una modificación morfológica en el núcleo accumbens, donde la comunicación del centro del placer (cerebro primitivo) con el cerebro racional (corteza frontal) se ha visto interrumpida. Por ello la persona se encuentra fuera del control voluntario y ha desarrollado una grave adicción, de ahí que su respuesta se expresa a través de una deficiencia en el autocontrol. Esto genera una “robotización” de la conducta que caracteriza a la persona adicta.

**Ilustración 18. Comunicación interrumpida entre el centro del placer (cerebro primitivo) con el cerebro racional (corteza frontal).**



*Fuente:* SlideShare (19 Octubre, 2012). Circuito de recompensa\_e\_dependencias\_ii\_rev.PatriziaStreparava. Recuperado de: <https://pt.slideshare.net/CurareDolorem/circuito-de-recompensaependenciasiirevel> 15 de Octubre, 2016.

Diversos factores ambientales pueden contribuir tanto al desarrollo como al empeoramiento de esta conducta adictiva. Sin embargo, el factor estrés resulta de mayor relevancia biológica, ya que en primer lugar depende de la respuesta individual de cada persona. Esta puede tener también factores de predisposición individual e incluso algunos pueden estar en relación con factores genéticos de mayor o menor respuesta ante estas situaciones de estrés.

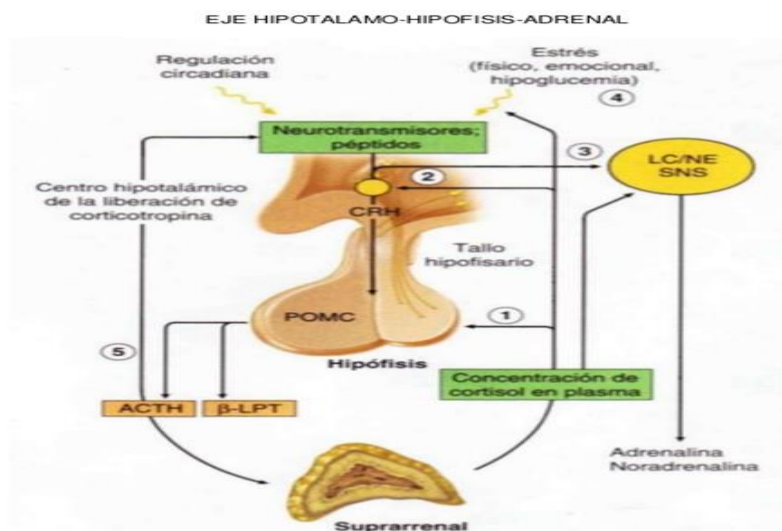
En segundo lugar, tanto el estrés crónico como el abuso de determinadas sustancias pueden alterar el funcionamiento de dicha respuesta ante el estrés. Algunas personas pueden ser más vulnerables que otras para desarrollar dicha disfunción.

Dentro de los eventos determinantes del estrés se encuentran aquellas experiencias vitales que suelen ser estresantes. Ellas pueden jugar un papel decisivo en el desarrollo de una adicción y también en las dificultades para la recuperación, para muchas personas. Por ejemplo, los malos tratos y los abusos físicos o sexuales desde la infancia, o bien, el hecho de haber sido víctima de un accidente, catástrofe o incluso de situaciones de acoso laboral o sexual en el medio laboral.

Lo que sucede es que el estrés produce activación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HHS) y la liberación de glucocorticoides. Estos pueden producir sensibilización del circuito de la recompensa cerebral, aumentando las propiedades

reforzadoras de las sustancias adictivas (Piazza y Le Moal, 1998 mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011), las cuales pueden preceder al abuso de sustancias (Jose y Otros, 2000; Rospenda y Otros, 2000; Uhart y Wand, 2008 mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011).

### Ilustración 19. Eje hipotalámico-hipofisario-suprarenal (HHS) y glucocorticoides.



*Fuente:* SlideShare (26 febrero, 20). Dermatología. Tema: Corticoesteroides. Universidad Libre Seccional, Barranquilla. Acuña, et. al. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/Vanealviz/trabajo-dermatologia-uso-de-corticoesteroides>, el 15 de Octubre, 2019.

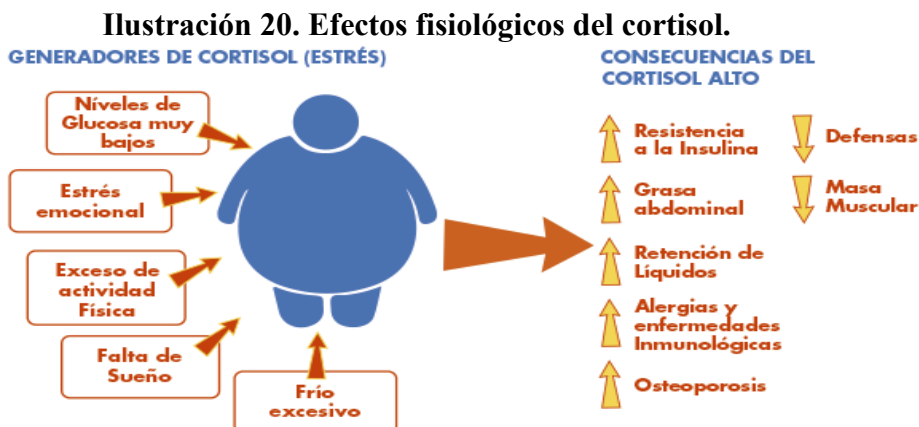
El hipercortisolismo, aumento de la hormona cortisol, puede estar presente de una manera habitual en algunas personas, tal vez tras haber sufrido acontecimientos vitales estresantes en su infancia o incluso en la etapa prenatal. También puede ser inducido en cualquier etapa de la vida y puede generar una mayor vulnerabilidad hacia la autoadministración de morfina o de anfetaminas (Deminière y Otros, 1992; Deroche y Otros, 1992, mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011). Es posible incluso que las diferencias individuales en la actividad del eje HHS, que dan lugar a mayor o menor liberación de cortisol, puedan tener relación con una mayor o menor vulnerabilidad hacia la adicción en algunas personas.

Por lo tanto, en algunos casos, la transición del consumo ocasional de drogas hasta la adicción puede estar mediada por estados de estrés elevado y continuado. Ellos conducen a una disfunción del circuito de la recompensa cerebral y a una escalada progresiva del consumo. Una vez establecido el estado de adicción, una elevada liberación



de glucocorticoides y péptidos asociados al estrés puede crear un estado de estrés interno que se manifiesta clínicamente con los mismos síntomas que aparecen en los trastornos de ansiedad (Koob y Kreek, 2007; Uhart y Wand, 2008 mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011).

Dicho estado emocional negativo puede contribuir a una mayor escalada del abuso de sustancias y puede precipitar la recaída. Las personas en recuperación de adicción suelen presentar un aumento del deseo aumentado de consumo (Sinha y Otros., 2003; Fox y Otros, 2007 mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011) e incluso una recaída, tras la exposición al estrés (Noone y Otros, 1999; Breese y Otros, 2005; mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011).

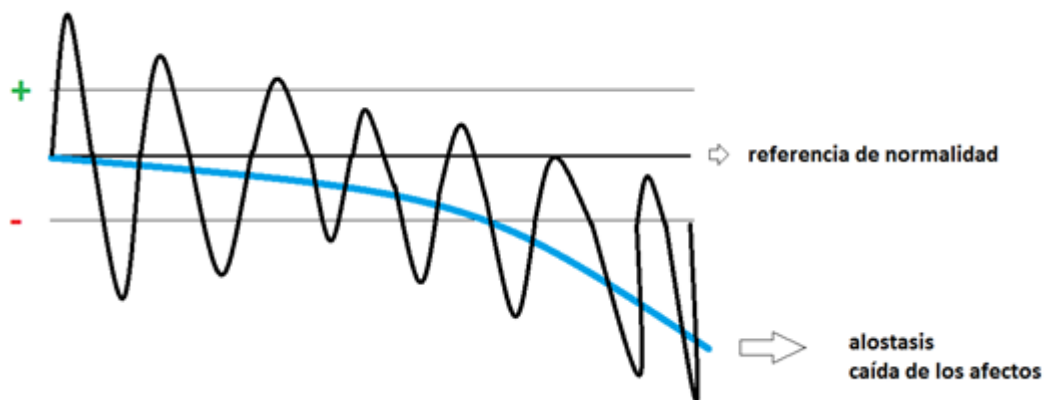


*Fuente:* Nutrición inteligente (22 mayo, 2015). El estrés también afecta tu respuesta a la Insulina. Recuperado de: <http://www.nutricioninteligente.cl/el-estres-tambien-afecta-tu-respuesta-la-insulina/> el 15 de Junio, 2019.

Esta misma sociedad menciona que el estrés repetido puede generar un proceso de alostasis. Este se define como una desviación crónica de los sistemas reguladores del estado normal (homeostasis), con el establecimiento de un nuevo punto de ajuste. En dicho estado de alostasis se mantiene aparentemente la estabilidad de la función de recompensa mediante cambios maladaptativos en el circuito del estrés y de la recompensa. La disregulación crónica del eje HHS se ha relacionado también con el desarrollo de trastornos del ánimo y de ansiedad. La exposición a concentraciones elevadas de cortisol se relaciona con trastornos médicos, como hipertensión arterial, obesidad, resistencia a la insulina, dislipemia, osteoporosis, deterioro de la inmunidad (McEwen, 1998 mencionado por la

Sociedad Española de Toxicomanías, 2011), trastornos depresivos mayores, trastornos de pánico y trastornos por estrés postraumático (Ströhle y Holsboer, 2003 mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011).

**Ilustración 21. Alostasis.**



*Fuente:* Psicología y adicción (04 agosto, 2015). Teoría de la Desregulación Homeostática Hedonista. Lorena Alfaro. Recuperado de: <https://psicoadicciones.wordpress.com/2015/08/04/teoria-de-la-desregulacion-homeostatica-hedonista/> el 15 de octubre, 2016.

Por otra parte, la asociación entre el estrés y la depresión ha sido bien estudiada y relacionada con estados prolongados de hipercortisolismo. Esto puede llegar a producir una disregulación del eje HHS junto con las alteraciones de los sistemas neurotransmisores de monoaminas (noradrenalina, serotonina y dopamina) (Tafet y Bernardini, 2003 mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011).

En adicciones, la carga alostática es un estado de estrés persistente. El favorece que los acontecimientos ambientales, que habitualmente pueden disparar la conducta de búsqueda de drogas, tengan incluso un mayor impacto (Koob y Kreek, 2007, mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011).

Por lo tanto, el estrés y su consecuencia, la liberación excesiva de glucocorticoides, inducen un incremento en la liberación de dopamina. Esto ocurre en regiones mesocorticolímbicas, que sensibilizan el circuito de la recompensa cerebral, durante la fase de adquisición de la adicción. La señal amplificada de la dopamina, debida al estrés, contribuye a un mayor efecto reforzador de la sustancia y a una mayor vulnerabilidad hacia la transición desde el consumo ocasional hasta la adicción.

Sin embargo, el estrés excesivo y prolongado puede inducir cambios alostáticos que conduzcan a la situación opuesta, una disminución de la señal de la dopamina, en respuesta a las drogas y una mayor expresión de la hormona liberadora de corticotropina (CRH).

El exceso de CRH puede manifestarse clínicamente como un estado emocional negativo, caracterizado por ansiedad, disforia y el deseo imperioso de consumo, que se puede considerar como un estado de estrés interno. Este estado emocional negativo puede ser aliviado por la administración de esta o de otras sustancias de abuso, incluidos el alcohol y las benzodiazepinas (BZD). El efecto de alivio de malestar va a producir un intenso efecto reforzador, evidentemente negativo, que puede conducir al abuso de la sustancia que consiga tal alivio.

De esta manera, la respuesta individual al estrés depende por un lado de factores ambientales y genéticos y por otro también del tipo y la duración del estrés. Las personas que presentan abuso de sustancias tienen elevadas tasas (40%-60%) de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y entre las personas que sufren un TEPT, el abuso de sustancias puede llegar a ser del 60-80% según la sociedad española anteriormente mencionada y sustentado por los autores Keane y Otros, 1998; Kofoed y Otros, 1993.

La exposición al estrés puede inducir el aumento desesperante de consumo, ansiedad y emociones negativas en las personas que se encuentran en recuperación. Los estudios de seguimiento han comprobado que un mayor nivel de estrés puede estar asociado al deseo imperioso de consumo y también al mayor consumo de alcohol. Inclusive durante la recuperación de la dependencia del alcohol y de las BZD se pueden producir estados de abstinencia prolongada en los que elevados niveles de CRH y una excesiva activación del eje HHS contribuyen a generar estados de intenso “craving”, conductas de búsqueda de la sustancia y, por lo tanto, una mayor vulnerabilidad hacia la recaída.

Una de las evidencias en cuanto a este punto, se da con los fármacos activadores del sistema dopaminérgico, como los que se utilizan para el tratamiento de la Enfermedad de Parkinson. Ellos pueden ser adictivos, pueden favorecer el desarrollo de otras conductas adictivas. La lesión del sistema dopaminérgico de la enfermedad de Parkinson, junto con la exposición prolongada a los fármacos agonistas dopaminérgicos, puede causar una disfunción del sistema de la recompensa cerebral. Se manifiesta clínicamente como una conducta adictiva al juego, alcohol, compras excesivas, actividad sexual compulsiva o

atracones de comida. Ello contribuye a empeorar la calidad de vida de las personas que sufren Parkinson y de sus familiares.

Este proceso explica el desarrollo de la dependencia de sustancias, considerada como una enfermedad del sistema nervioso central (SNC). Ella se debe a una disfunción neurobiológica de estructuras cerebrales mesencefálicas, límbicas y corticales y de circuitos cerebrales implicados en la motivación y la conducta, como se ha venido mencionando.

También dentro de este proceso se encuentra la abstinencia, que reaparece frecuentemente en la persona adicta, se convierte en un condicionamiento aversivo que promueve conductas de evitación. Es decir, la persona se ve más beneficiada o con mayor placer a una conducta de autoadministración, para evitar dicho sufrimiento psicológico, la abstinencia. De ahí, se explica la recaída. En este estado, un nuevo consumo consigue su objetivo, la persona se va a “sentir aliviada” rápidamente y esto contribuye a un poderoso efecto reforzador negativo de la conducta de autoadministración de drogas y a un condicionamiento cada vez más intenso, convirtiéndose en un círculo vicioso. A nivel neurobiológico, los estímulos condicionados pueden por sí mismos producir liberación de dopamina en las sinapsis del sistema límbico y disparar estados de recaídas, de búsqueda y autoadministración de la sustancia de la cual se ha desarrollado dependencia.

De esta manera, las sustancias psicoactivas son sustancias químicas que modifican el funcionamiento de determinados sistemas de neurotransmisión y circuitos cerebrales. Desde estas modificaciones estructurales en el cerebro se producen los cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales que se describieron con anterioridad.

Es importante mencionar que la administración aguda produce cambios transitorios, que revierten cuando finaliza su efecto farmacológico. Sin embargo, el consumo crónico puede dejar una importante huella en la memoria emocional. Puede remodelar las conexiones y vías neuronales, produciendo cambios de larga duración en el funcionamiento cerebral y dejando a la persona más vulnerable hacia el reinicio de su consumo.

Todo este proceso se genera mediante la activación del circuito de la recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico (sistema amígdala-accumbens e hipocampo). Utiliza los mismos mecanismos fisiológicos que los reforzadores naturales: agua, comida, conducta sexual; entre otros. Los estudios con animales han evidenciado que los efectos reforzadores del alcohol y las otras drogas tienen un sustrato

neurobiológico común que es el efecto de liberación de dopamina en el núcleo accumbens (Wise, 1988 mencionado por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011).

Las neuronas dopaminérgicas (DA) que provienen del área tegmental ventral se proyectan hacia estructuras límbicas y de la corteza frontal. Presentan una activación fásica en respuesta a los estímulos reforzadores primarios, como son comida, agua o estímulos relacionados con la conducta sexual. Es decir, aquellos que tienen una importancia capital para la supervivencia de la persona. Juegan un papel decisivo en el aprendizaje motivacional, tanto de las conductas apetitivas de aproximación, como de las consumatorias.

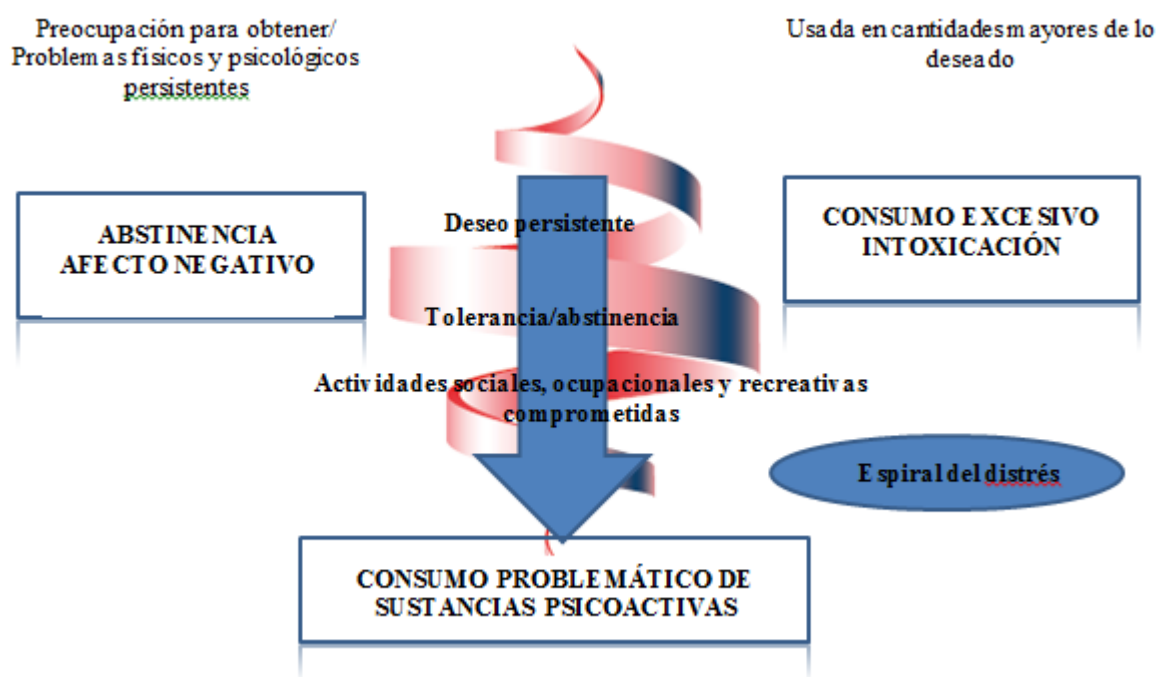
A diferencia del fenómeno de la “saciedad”, que se produce tras una conducta consumatoria relacionada con los reforzadores naturales (agua, comida, actividad sexual), las drogas producen efectos apetitivos o incentivos que pueden inducir un deseo aumentado, tras un primer consumo. Se acompaña de dificultad para controlar dicho consumo, cuando la persona presenta sensibilización del sistema dopaminérgico, donde las estructuras relacionadas con el sistema dopaminérgico mesolímbico mantienen una conexión directa con otros sistemas de neurotransmisión, como el sistema opioide endógeno, serotoninérgico y GABAérgico, entre otros.

Sin embargo, con el desarrollo del proceso adictivo, la motivación hacia el consumo repetido (de la sustancia) puede ser el resultado de un proceso denominado alostasis hedónica. Es el modelo propuesto por Koob y Le Moal, 1997 y Koob y Otros, 2004, según el cual la administración crónica (de la sustancia) conduce a un estado de regulación, a la baja del circuito de la recompensa y a un reclutamiento de los factores de estrés. Ellos contribuyen a estados emocionales negativos, aumentando de este modo la “necesidad” de un consumo reiterado de la sustancia (Sociedad Española de Toxicomanías, 2011).

Así se explica cómo las sustancias psicoactivas activan el circuito de la recompensa cerebral, biológicamente relacionado con la supervivencia, generando estados de “necesidad” drogas. Estos pueden ser vividos subjetivamente como necesarios también para la supervivencia y como primera prioridad para la persona adicta. Pueden ser incluso subjetivamente, una “cuestión de vida o muerte”, en momentos de abstinencia aguda intensa.

Partiendo de lo mencionado en el párrafo anterior, Koob y Le Moal (1997) proponen que la adicción se compone de tres fases: preocupación/anticipación, atracones/intoxicación y abstinencia/emociones negativas. La motivación es el motor principal que incentiva la adicción en la fase inicial. Durante la segunda fase de atracones e intoxicaciones agudas, se produce la regulación a la baja del circuito de la recompensa, con un aumento del umbral para la recompensa cerebral (Koob y Kreek, 2007, mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011). Es el equivalente a la fase de mantenimiento de la adicción. En la tercera fase de abstinencia y emociones negativas se produce a una mayor escalada la recaída y del consumo.

### Ilustración 22. Criterios de la dependencia a las sustancias psicoactivas.



*Fuente:* Elaboración propia adaptado de Koob GF and Le Moal M, Science, 1997, 278:52-58.

Estos mismos autores, refieren que cuanto más intensos son los efectos reforzadores de una determinada sustancia, más persistentes van a ser también los recuerdos relacionados con ella y más imperiosa la necesidad o el deseo (“craving”) de experimentarlos de nuevo. Es un deseo que se caracteriza por ser imperioso. Puede dispararse en determinadas situaciones y también puede poner en marcha comportamientos automáticos de búsqueda y de consumo de la sustancia.

Ahora bien, ese consumo reiterado de sustancias va creando un “estado de necesidad” (tolerancia) que va adquiriendo una preferencia sin igual sobre otros intereses y aficiones. A la vez, un deterioro progresivo de la capacidad de autocontrol sobre su autoadministración (adicción). Ello produce cambios en la manera de pensar, opiniones, actitudes y motivaciones relacionados con la sustancia o sustancias de abuso (de la que la persona es consumidora, abusadora o dependiente). La persona tiene una actitud cada vez más favorables hacia el consumo de la sustancia, de la cual ha desarrollado cierto grado ya de dependencia.

Por tanto, ya a este nivel de desarrollo de la enfermedad adictiva, la persona se convierte no sólo en una persona con consumo problemático de sustancias psicoactivas, refiriéndonos a un aspecto fisiológico, sino también en un adepto, término utilizado en algunas ocasiones para referirse a la adicción psicológica. La persona empieza a anticipar solamente las posibles ventajas y efectos positivos del consumo de la sustancia, considerando que cualquier ocasión puede ser apropiada para consumirla. Se produce por tanto un cambio importante en la “mentalidad” que puede llegar a ser tan irracional, pero emocionalmente tan intensa.

Como lo mencionan los siguientes autores: “...como el que se puede producir en un proceso de enamoramiento, durante cuya “luna de miel” la persona amada queda revestida de un manto protector en el que la idealización y el deseo pueden neutralizar cualquier resquicio de duda, convirtiéndose así a la persona amada en totalmente ideal” (Guardia, et. al, 2011, p.27-28). De hecho, en ocasiones, la pasión amorosa puede generar también una adicción hacia la pareja y dicha adicción interpersonal puede ser la puerta de entrada al mundo del alcohol y otras drogas. Algunas personas se han iniciado en el consumo problemático de sustancias psicoactivas de la mano de otras con las cuales tenían una relación adictiva. O bien se han excedido en el abuso de drogas, tras la muerte o separación de dicha persona.

Por tanto, el trasfondo neurobiológico de las relaciones interpersonales adictivas y el de las conductas adictivas tanto químicas como comportamentales, pueden tener muchos aspectos comunes y, en consecuencia, se habla de una enfermedad adictiva que puede tener manifestaciones cambiantes, a lo largo de la vida de cada persona.

Posteriormente, a este desarrollo de la enfermedad adictiva, se entra entonces en ciclos en los que se alternan períodos de abstinencia con episodios de recaída que configuran el círculo característico de la adicción.

Todo este proceso de adicción está relacionado con los efectos reforzadores de las sustancias adictivas. Estos efectos pueden ser positivos y aumenta la probabilidad de que se emita una respuesta, gracias a la presentación de un estímulo positivo o apetitivo. También pueden ser negativos, por los cuales también se incrementa la probabilidad de respuesta, pero mediante el efecto de evitación o alivio de un estímulo negativo o aversivo.

Esto explica por qué las sustancias psicoactivas pueden aliviar de manera rápida, aunque transitoria, los estados emocionales desagradables de ansiedad, estrés postraumático, insomnio, fobias, mal humor, angustia, preocupación, culpabilidad, depresión, inseguridad, entre otros. La persona que padece dichos síntomas percibe que el consumo de sustancias le ayuda a sentirse mejor. Parece que actúan como un medicamento que mitiga estados emocionales que pueden llegar a ser muy desagradables o aversivos. Sin embargo, la persona suele no contemplar el efecto de rebote, cuando finaliza su efecto farmacológico, ni las consecuencias negativas del consumo. Tal vez porque se van a producir horas o días después, siendo el efecto de alivio inmediato el que queda fuertemente asociado al consumo.

Este efecto de rebote, que se da después de la finalización del efecto de distintas drogas, consiste en la reaparición de los síntomas, ansiedad, insomnio, entre otros. Sin embargo, estos reaparecen con una mayor intensidad que la que sentía antes del consumo de dichas sustancias. En el contexto, es promovido por las mismas personas del sector salud.

Una de las evidencias que se encuentra a nivel de la literatura, es que, durante la abstinencia del alcohol, se da una reducción de la transmisión gabérgica. Ella puede estar asociada a un estado de hiperexcitabilidad del sistema nervioso central. Por este motivo, los agonistas GABA como las benzodiazepinas, pueden producir el mismo efecto de reforzador negativo que el propio alcohol. Este puede ser uno de los mecanismos que contribuyen al desarrollo de la dependencia de benzodiazepinas, en las personas alcohólicas y viceversa. Por otro lado, las personas que se encuentran en tratamiento con benzodiazepinas pueden obtener un mayor efecto reforzador de las bebidas alcohólicas, ya que estas pueden aliviar



los síntomas de rebote de las benzodiazepinas, tales como ansiedad, angustia, insomnio; entre otros.

Anteriormente se consideraba que la dependencia de sustancias tenía una vertiente física o fisiológica, cuya principal manifestación clínica son los signos de tolerancia aumentada y del síndrome de abstinencia, relacionada con alteraciones de estructuras mesencefálicas como el locus cerúleo, el área tegmental ventral (ATV) y otras. Sin embargo, aspectos como ese deseo incontrolable de consumo, el deterioro del autocontrol se consideraban como manifestaciones clínicas de la llamada dependencia psicológica.

Actualmente se puede afirmar que los síntomas relacionados con la dependencia psicológica son en realidad manifestaciones clínicas de una disfunción de los circuitos cerebrales que intervienen en la recompensa, memoria, aprendizaje, condicionamiento e inhibición de respuestas inapropiadas. Una disfunción que afecta a otras estructuras cerebrales localizadas en regiones límbicas que forman parte del sistema de la amígdala ampliada. Por tanto, la diferenciación entre dependencia física y psicológica ha dejado de tener sentido y es más apropiado hablar de dependencia o adicción indistintamente, ya que dependencia y adicción son dos términos que se pueden considerar sinónimos.

Dentro de la enfermedad adictiva conviene tener en cuenta por lo menos tres subgrupos de síntomas. No tienen que estar presentes todos a la vez para poder efectuar el diagnóstico de la adicción. Un primer grupo atribuible a la neuroadaptación mesencefálica que se presenta clínicamente con síntomas de tolerancia y abstinencia. Un segundo grupo atribuible a la neuroadaptación límbica que se expresa con los fenómenos de condicionamiento y de ese deseo incontrolable de querer consumir. Y un tercer grupo atribuible a la neuroadaptación prefronto estriada que se manifiesta con deterioro en la inhibición de respuestas inapropiadas.

Ni la tolerancia aumentada, ni la abstinencia son síntomas imprescindibles para el diagnóstico de la dependencia. Tampoco ese deseo imperioso de consumo es un síntoma imprescindible para poder efectuar el diagnóstico. La dificultad para controlar las respuestas de búsqueda y consumo de la sustancia puede manifestarse con una amplia gama de niveles de gravedad que van desde una leve alteración hasta una gravedad extrema.

De esta manera, una persona que sufre una conducta adictiva presenta sólo una parte de los síntomas característicos de la adicción: dificultades para controlar el consumo sin

manifestar ese deseo incontrolable de querer consumir, ni abstinencia, deseo imperioso de consumir sin abstinencia ni dificultades para controlar, o bien abstinencia sin “craving” ni dificultades para controlar, aunque puede presentar también todos los síntomas a la vez.

Los síntomas de neuroadaptación mesencefálica son característicos de tolerancia, abstinencia y son específicos para cada grupo de sustancias. Pueden ser parecidos entre las diversas sustancias depresoras: opioides, alcohol y BZD, o bien, entre los psicoestimulantes: cocaína, anfetaminas, metifenidato.

Los síntomas de neuroadaptación límbica son los síntomas cognitivos, motivacionales, emocionales y conductuales de los estados del deseo desesperante de consumo. Son parecidos para todas las sustancias, pero se pueden agrupar en los que están relacionados con el efecto reforzador positivo, que son los síntomas apetitivos y los relacionados con el efecto reforzador negativo, que son más bien de tipo evitativos.

Y los síntomas de neuroadaptación prefronto-estriada que son las manifestaciones cognitivo-conductuales de la compulsión al consumo y la dificultad para controlar la conducta adictiva. Por tanto, al igual que ocurre con otras enfermedades del sistema nervioso central, las alteraciones del comportamiento parecen simplemente psicológicas. Sin embargo, se disponen de suficientes evidencias científicas que confirman la disfunción orgánica que subyace a la conducta adictiva, que además puede mejorar con diversos fármacos. De la misma manera, puede ser disparada o agravada por la administración de fármacos agonistas dopaminérgicos; he ahí la importancia del conocimiento neuronal e interacción o asociación entre las diferentes sustancias psicoactivas.

Existen fármacos eficaces para el tratamiento de la abstinencia de sustancias y también un abordaje farmacológico de dichos estados de abstinencia. Existen otros fármacos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de los estados de “craving”. Otros que pueden facilitar el autocontrol de la persona cuyo objetivo es el de reducir o evitar el consumo de alcohol o de otras sustancias.

Las adicciones tienen un tratamiento farmacológico especializado. Los progresos en la farmacoterapia han aportado beneficios sustanciales al tratamiento de las conductas adictivas, sobretodo del alcoholismo y del tabaquismo.

Pero lo más interesante es que la sensibilización es un fenómeno que persiste en el tiempo. Una vez desarrollada hacia una sustancia, puede extenderse también a otras:

sensibilización cruzada (Hyman, Malenka y Nestler, 2006 mencionados por la Sociedad Española de Toxicomanías, 2011). Este puede ser uno de los fenómenos que constituyen el trasfondo neurobiológico, tanto de la aceleración del proceso adictivo, para una determinada droga o para el alcohol, como también de la vulnerabilidad aumentada hacia el abuso o dependencia de otras sustancias o de otras conductas adictivas comportamentales, que previamente no existían en las personas que han desarrollado dependencia de alcohol y otras drogas.

**CAPÍTULO III**  
**REFERENTE METODOLÓGICO**

### 3.1 PARADIGMA, ABORDAJE Y DISEÑO

#### 3.1.1 Paradigma

Según Lincoln y Guba, 1985; Guba, 1990; Guba y Lincoln, 1994, los paradigmas deben entenderse como sistemas de creencias básicas (principios, supuestos) sobre la naturaleza de la realidad investigada (supuesto ontológico), sobre el modelo de relación entre la investigadora y lo investigado (supuesto epistemológico) y sobre el modo en que se puede obtener conocimiento de dicha realidad (supuesto metodológico).

Por otro lado, Ritzer (1993), expresa que un paradigma es “una imagen básica del objeto de una ciencia que sirve para definir lo que debe estudiarse. Las preguntas que es necesario responder, cómo deben preguntarse y qué reglas es preciso seguir para interpretar las respuestas obtenidas, define e interrelaciona los ejemplares, las teorías y los diseños e instrumentos disponibles” (p.598). Es decir, se concibe a las perspectivas, creadoras de imágenes del objeto, diseño y sujeto del conocimiento como partes del paradigma que las engloba.

Todo lo anterior orienta a quién investiga [posición que asume], además de la selección de diseños, en aspectos ontológicos y epistemológicos fundamentales (Guba y Lincoln, 1994, pp. 105), los cuales se encuentran interrelacionados. De modo que la creencia básica o principio que asuma la persona que investiga a nivel ontológico, la debe llevar a adoptar posturas consonantes en los planos epistemológico y metodológico.

Considerando lo anteriormente expuesto, la presente investigación se aborda desde el paradigma naturalista o humanista, el cual se fundamenta en González (2011). Él refiere que es aquel cuya naturaleza se basa en las múltiples realidades construidas, interrelacionadas y dependientes de las demás. La relación sujeto-sujeto se da bajo la interacción entre ambos y suelen ser inseparables. Además, señala este autor que este paradigma no permite la posibilidad de generalización, más bien se centra en un tiempo y en un espacio específico. Es decir, su escenario se establece en el campo, en la comunidad, en el afuera y no así en un laboratorio. La relación sujeto y objeto de estudio se da a través de la comunicación. Esto permite en su aproximación entender la propia existencia cultural entre ambos, la autocrítica y la utilización de abstracciones conceptuales, que dan pie a la “cualidad”.

Por su parte, Ruiz (2009) manifiesta que este paradigma se centra en lo humano, en lo interior, en lo subjetivo, en el significado y en los sentimientos de las personas. Tiene como tarea, interpretar, comprender, describir y observar, desde lo inductivo y concreto a través de las historias de las personas, con un alto compromiso ético y político (p.13). Asimismo, Sullcaray (2013) menciona que las tres características esenciales de este paradigma son primero la realidad. Es una construcción social intersubjetiva y no existe una realidad objetiva e independiente de su comprensión y conceptualización (la ontología es nominalista). Segundo, la relación entre el sujeto y el objeto de investigación. Aquí, el conocimiento viene a hacer un proceso constructivo de comprensión e interpretación de la realidad, donde se incorporan necesariamente los valores (subjetividad) de la persona investigadora (la epistemología es subjetivista). Tercera, la generación del conocimiento, en el cual las estrategias de investigación son abiertas y libres. Las hipótesis se van construyendo a posteriori como parte de procesos de observación continuos y el proceso de investigación supone una comunión e identidad entre sujeto y objeto (metodología es interpretativa).

Al ser el consumo de sustancias psicoactivas y el envejecimiento individual y poblacional, fenómenos sociales complejos. No se pueden explicar ni comprender en toda su existencia. Por eso, se pretende realizar con esta investigación una aproximación de las personas involucradas en este proceso a través del paradigma mencionado. El fin es lograr un acercamiento a su realidad para reconstruir sus vivencias y desde allí comprenderla y luego realizar su respectiva interpretación.

Para lograr este cometido, es importante acercarse al contexto desde la misma persona que se investiga, desde su experiencia, desde su propia mirada e interpretación, no solo personal sino también contextual. Para ello, se requiere de un proceso participativo de las personas involucradas y de un acompañamiento de la persona investigadora.

Lorenzo (2014) , manifiesta que este hecho se da cuando las personas pueden observar su mundo histórico social desde adentro y comprenderlo. A su vez, Rodríguez (2003) revela que esta comprensión es entendida como el paso mediante el cual se aprende de lo psíquico a través de sus múltiples exteriorizaciones. Agrega que para comprender es necesario entender las acciones humanas mediante la captación o aprehensión subjetiva, empática, de los motivos y propósitos de los actores; aspectos importantes a considerar para

el desarrollo de la presente investigación. Las personas colaboradoras son las actrices y los actores principales.

En resumen, es manifestar como realidad, la estructura esencial del mundo vivido de las personas adultas mayores con el consumo de sustancias psicoactivas, del modo en que es vivida y percibida la realidad interna y personal, única y propia de cada ser humano participante.

Partiendo de los fundamentos del paradigma naturalista, el problema y demás interrogantes a investigar sobre el consumo de sustancias psicoactivas en las personas adultas mayores de la provincia de San José, Costa Rica, se abordan desde lo cualitativo y el diseño fenomenológico-hermenéutico. A continuación, se explica el posicionamiento del abordaje.

### **3.1.2 Abordaje**

Según el abordaje de investigación se busca la producción del conocimiento, desde diversas perspectivas que, a través de un modelo estructurado y sistemático de observación, descripción y análisis de problemas, se logran ofrecer soluciones a diversas problemáticas.

Blasco y Pérez (2007) señalan que la visión cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas. Asimismo, refieren que, para recoger información, se utiliza una variedad de instrumentos como las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida. En ellos se describen las rutinas y las situaciones problemáticas, así como el significado en la vida de los participantes.

Por otra parte, los mismos autores refirieron que desde lo cualitativo se producen datos descriptivos como las palabras de las personas, en forma oral o escrita y la conducta observable, y es inductiva. Las personas investigadoras desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. Además, expresan que siguen un diseño de investigación flexible, comenzando sus estudios con interrogantes vagamente formuladas.

En este abordaje la persona investigadora ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística. Las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a

variables, sino considerados como un todo, aunque para alcanzar esta visión total necesitamos subdividir en factores vinculados a la vivencia humana. Se estudia a las personas en el contexto de su pasado y en las situaciones actuales en que se encuentran. De esta manera las personas investigadoras cualitativas son sensibles a los efectos que ellas mismas han creado sobre las personas que son objeto de su estudio e interactúan con las personas informantes de un modo natural y no intrusivo.

De igual modo, se trata de asumir la comprensión a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Desde un punto de vista fenomenológico y para la investigación cualitativa es esencial experimentar la realidad tal como otros la perciben. Es de esta manera que se identifica con las personas involucradas en el estudio para poder comprender cómo ven las cosas. Por ello se apartan de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. También ven las cosas como si ellas estuvieran ocurriendo por primera vez. Nada da por sobreentendido, todo es un tema de investigación. De igual modo, todas las perspectivas son valiosas. No busca la verdad o la moralidad, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. A todas las ve como a iguales.

Este requiere que las personas investigadoras sean humanistas para conocer en los participantes, en lo personal y experimentar lo que sienten en sus luchas, situaciones o problemas cotidianos. Se aprende a rescatar lo que la gente realmente dice y hace. Observándolas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente y viendo los documentos que producen, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias.

Por lo tanto, todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Ningún aspecto de la vida social es demasiado trivial como para no ser estudiado. Las personas científicas sociales son alentadas a crear su propio diseño, se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas. Estos le sirven a la persona investigadora, este nunca es esclavo de un procedimiento o técnica.

En referencia a lo anterior Hernández et al. (2010) identifica lo cualitativo, como el que explora los fenómenos en profundidad, se conduce básicamente en ambientes naturales, analiza múltiples realidades subjetivas, no tiene secuencia lineal, los significados se extraen de los datos y no se fundamenta en la estadística. Thomas et al. (2005), expresa que usa



palabras más que números. La información sucede de manera natural por observación y por entrevistas no estructuradas. Se da la preferencia por los símbolos, más que por los comportamientos. Es decir, se intenta, registrar el mundo desde el punto de vista de la gente que está siendo estudiada.

Por lo tanto, partiendo desde esta visión y por el posicionamiento asumido por la investigadora, el abordaje es cualitativo. Tiene la particularidad de ver el escenario y a las personas desde una perspectiva holística. Es decir, las personas, los escenarios o los grupos son considerados como un todo, sin dejar de lado el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan actualmente. En esta misma línea, Fernandes et al. (2007) narra que, desde esa naturaleza holística, descriptiva, basada en significados, se debe enfatizar en la importancia de conocer, entender e interpretarlos no solo los significados sino también los eventos. Además, sugiere que no se debe considerar el tiempo en que ocurren, sea en el pasado o en el presente.

En esta misma línea Campos (2009) declara que el “mundo, la realidad y la vida misma” son más profundos y complejos que números y medidas (p.7). Que estos deben ser estudiados desde una óptica o perspectiva más natural, más flexible y propia de situaciones humanas (p.16); tales como las relaciones interpersonales, percepciones, creencias, rutinas de vida, entre otros. De igual modo expresa que no basta describir la realidad, sino tener una comprensión de ella. Se requiere centrarse más en el significado y en la interpretación de experiencias y situaciones (p.18). A su vez, señalan que “la teoría no puede sesgar la observación de la realidad, sino, más bien, las observaciones deben dar lugar a la teoría” (p.7).

De esta manera, por un lado, Bisquerra, (2004) manifiesta que la idiosincrasia de la investigación cualitativa enlaza este tipo de diseño caracterizándolo como inductivo, abierto, flexible, cíclico y emergente. Es decir, surge de tal forma que puede adaptarse y evolucionar a medida que se va generando conocimiento sobre la realidad estudiada. Por otro lado, Taylor y Bodgan (2000) mencionan que este tipo de investigación produce datos descriptivos, desde las propias palabras, en forma oral o escrita, de las personas, y la conducta observable. Además, es inductiva, porque se pretende desarrollar conceptos y comprensiones partiendo de los datos generados por las personas en estudio. Es, a la vez, interpretativa, porque va dirigida a dilucidar la realidad.

Por su parte, Creswell (2017) reafirma lo mencionado con anterioridad, mencionando que el empezar una investigación cualitativa requiere de un fuerte compromiso para estudiar un problema y demanda tiempo y recursos. En el sentido que para ello quién investiga se compromete con un extenso tiempo de trabajo de campo: recolectando grandes cantidades de datos, lidiando con la logística de la entrada al campo, como tratar de obtener acceso, empatía (rapport) y una perspectiva de una persona con acceso a información privilegiada.

A su vez, este mismo autor refiere que el análisis de datos es un proceso complejo y demorado por la gran tarea de revisar grandes cantidades de datos y de reducirlas a algunos temas o categorías. Así como la escritura de largos pasajes, porque la evidencia debe justificar las afirmaciones y mostrar las múltiples perspectivas. Así como la incorporación de citas; de tal forma que participar en esta forma de investigar donde no hay directrices firmes o procedimientos específicos y que evoluciona y cambia constantemente, complica el decirles a otros cómo uno planea desarrollar el estudio y cómo otros podrían juzgarlo cuando éste esté terminado.

Creswell (2017) afirma que la indagación cualitativa, se justifica por la pregunta de la investigación, comienza con un cómo o con un qué?, entonces es cualitativa. Se justifica también cuando el tema necesita ser explorado, por la necesidad de presentar una visión detallada del tópico para dar respuestas al problema y, por otra parte, una visión detallada no existe. Cuarto, por que necesita estudiar a las personas en su ambiente natural. Esto implica ir a dicho ambiente o lugar de estudio, obtener acceso y reunir el material. Si le interesa escribir en un estilo literario; quién escribe se presenta en el estudio, empleando el pronombre personal yo, o tal vez se envuelve en un tipo de narración más relatorial.

Sexto, porque se cuenta con el tiempo y los recursos suficientes para gastar en la extensa recolección de datos y en el detallado análisis de la información textual. Séptimo, si la audiencia es receptiva a éste. Y, por último, y no menos importante para enfatizar el rol de la persona que investiga como aprendiz activo que puede contar la historia desde el punto de vista de las personas más que como la experta que emite juicios sobre ellos.

Es por lo que la investigadora como futura gerontóloga enmarca el objeto y sujeto de estudio (consumo de sustancias psicoactivas en la adultez mayor) asumiendo que el envejecimiento es un proceso inherente al ser humano que inicia en la concepción. Sin

embargo, este atraviesa un ciclo y un curso de vida (el cual lo determina). De ahí la pertinencia de aproximarse a interpretar las vivencias de consumo de sustancias psicoactivas de las personas adultas mayores, desde el abordaje cualitativo.

### **3.1.3 Diseño**

El diseño generalmente es un proceso planificado que explica fenómenos. La finalidad es establecer relaciones entre hechos y enunciar leyes que fundamenten el funcionamiento del mundo. Además, que permitan obtener, con estos conocimientos, aplicaciones útiles, actuales e innovadoras.

Otra de las características que suelen destacar del método científico es que consiste en una serie de pasos o estadios. Ellos vienen a ser una serie ordenada de procedimientos formados por reglas y principios coherentemente concatenados.

Esta estructura pauta cómo se observa, qué se observa, porqué se observa, y a quiénes se observa, entre otros aspectos, conforme a lo estipulado, para luego poder alcanzar un resultado válido en la investigación que se sigue. Se resalta que siempre rescata el uso de herramientas especiales y asociadas con lo fidedigno para así conseguir resultados muy cercanos a la verdad.

Por lo tanto, a través de este, se es capaz de proporcionar respuestas a las interrogantes formuladas en la investigación, lo cual ayuda a descifrar y ordenar los conocimientos.

Para la presente investigación el diseño que se plantea es el fenomenológico hermenéutico (interpretativo). Según Ayala (2008), la fenomenología y la hermenéutica son dos importantes tradiciones filosóficas europeas. Sus nociones y aspectos metodológicos fundamentales están siendo desarrollados y aplicados de forma fértil en investigación. En esta área la fenomenología hermenéutica desde hace ya algunas décadas sobresale como una metodología [diseño] de investigación cualitativa, muy valorada en la geografía anglosajona. La autora continúa manifestando que esta ha sido y es particularmente aplicada en la psicología y en la atención sanitaria. Más recientemente, en áreas como recursos humanos y gestión empresarial, así como en otras disciplinas de las ciencias

sociales. Su valor fundamental es su capacidad de acceder a la comprensión profunda de la experiencia humana investigada desde diversos ámbitos disciplinares.

Sin embargo, manifiesta la misma autora, en el ámbito hispanoamericano es apenas conocida y, por ende, infrutilizada. Esto es algo que afirmaban ya hace varios años Latorre, del Rincón y Arnal (1996). La situación no ha cambiado desde entonces (p. 221). Este punto, hace que la metodología sea pertinente y con valor científico, pues da a conocer las líneas fundamentales de esta propuesta.

Según Gerrish y Lacey (2008), la investigación fenomenológica se divide en dos tipos: la fenomenología descriptiva y la fenomenología interpretativa o hermenéutica. Según estas personas autoras; la fenomenología descriptiva mantiene la línea de Husserl y ha sido traducida a un diseño de investigación empírico por Giorgi, sus colaboradores y estudiantes (2003). Por consiguiente, la fenomenología interpretativa o hermenéutica mantiene la línea de Heidegger, Gadamer y Ricoeur (1974). Sus visiones se han aplicado de formas diversas para respaldar la investigación cualitativa. (p.p 228)

Como es sabido, la investigación fenomenológica comienza con la recopilación de ejemplos de las experiencias cotidianas para describirlas y reflexionar sobre ellas. Husserl (1970) denomina estas situaciones rutinarias el mundo cotidiano, mientras que otros fenomenólogos han utilizado el término experiencia vivida. Así, experiencias vividas como el consumo de sustancias psicoactivas se escoge como fenómeno para escribir y estudiar en profundidad. El propósito es encontrar perspectivas que se puedan aplicar de un modo general, más allá de los casos estudiados, para resaltar lo que tienen en común como seres humanos. Este mismo autor, Husserl (1970), denomina dichos temas comunes esencias, se conocen también como estructuras esenciales.

Desde el punto de vista de Barrantes (2002), la fenomenología es la ciencia que tiene como tarea describir lo que aparece...la verdad y la realidad, entendidas como relativas e históricas. Martínez (2006) refiere que Heidegger (1974), precisa que la fenomenología se enfatiza en la ciencia de los fenómenos. Esta consiste en “permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo” (p. 11). En consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto, verdadero y a su vez científico.

Por su parte, Husserl (1970), (padre de la fenomenología), lo define como una actitud y también un método para conocer la realidad de una manera. Un modo de comprender el mundo no quedándose en una mera explicación de los hechos (positivismo), sino adentrándose en su propio núcleo constituyente: las esencias de las cosas [o también llamadas según Gerrish y Lacey (2008), estructurales esenciales (p. 229)].

Según Cibanal y Arce (1997), dicho diseño permite situarse frente al otro (al tú) con un tipo de comprensión de orden superior, por una intuición del "ser-hombre" [ser personal] (Binswanger). A su vez, Husserl (1970), lo considera como una filosofía, un abordaje y un diseño. Del mismo modo enfatiza en la intuición reflexiva para describir la experiencia tal como se vive y, desde su punto de vista, todas las distinciones de la experiencia deben carecer de presuposiciones y prejuicios. En cambio, se deben buscar los fundamentos teóricos que permitan crear una base segura para describir la experiencia y conseguir la realidad del mundo tal y como es.

A la vez, Capalbo (1996) enuncia que la actitud fenomenológica, invita a dejar que las cosas aparezcan con sus características propias, como ellas son. Esto permite que la esencia [o la estructura esencial] se manifieste en la conciencia del sujeto, con el objetivo de no transformar, no alterar la originalidad de los fenómenos.

Según Van Mannen (1990), para llevarse a cabo este proceso se consideran los cuatro "existenciales" básicos: el espacio vivido (espacialidad de las personas adultas mayores del estudio), el cuerpo vivido (corporeidad), el tiempo vivido (temporalidad) y las relaciones humanas vividas (relacionabilidad o comunalidad) (p. 108). Todo lo anterior es considerado por Husserl como el mundo vivido. Aunque lo vivido por la persona no es a veces inmediatamente perceptible desde el exterior. Eso es posible, pues su situación, a pesar de la modificación de una dimensión fundamental de la existencia humana, permanece un fenómeno humano (Husserl) (pp. 27-28). De allí que es necesario comprender a la persona adulta mayor en su dimensión humana y en su situación particular, con su historia individual y exclusiva.

Por su parte, Heidegger (2000) la define como una interpretación, una aclaración explicativa del sentido del ser, un mundo sociohistórico donde la dimensión fundamental de toda conciencia humana es histórica y sociocultural y se expresa por medio del lenguaje (texto). Asimismo, menciona que las personas son un ser en el mundo, pero no sólo un

mundo físico. Este incluye sus relaciones con las demás personas, además es un mundo que ellas construyen y modifican, pero sobre todo uno en el que se encuentran inmersas, así como en el estudio de su mundo sugiere la forma de interpretarlo y vivirlo. Estas son situaciones consideradas procesos que experimentan las personas y que se originan en la relación entre la persona y el medio. Por ello la pertinencia de realizar este acercamiento desde este diseño.

Esto fundamenta las bases para entender a las personas que se estudian, para saber cuáles son sus significados, comportamientos, sentimientos y experiencias. Así podemos brindar lineamientos para la intervención gerontológica basada en las necesidades, reales, sentidas, potenciales emergentes y específicos que presentan. De igual modo, la relación intersubjetiva es más humana, desde ella se trata de entender a la persona como un igual.

La fenomenología pues, se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia. Busca describir los significados de los fenómenos experimentados a través del análisis de sus descripciones. Por lo tanto, la persona investigadora debe entender lo que la gente siente o piensa cuando está frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana. Lo anterior permite brindar intervenciones más acordes a lo que la persona espera de quien la atiende o cuida. Es la ciencia que considera cómo revelar y hacer visibles las realidades o cómo acceder a la variedad que profundiza toda realidad.

Entre los aportes prácticos de la fenomenología, según Cibanal y Arce (1997), se pueden citar: una actitud terapéutica centrada sobre la verdadera escucha (escucha activa según la psicoterapia fenomenológica rogeriana) [centrada en la persona], sobre la apertura a lo que es verdaderamente el otro, dejándose interrogar por su presencia, el hecho de no buscar a todo precio una categoría nosológica [descripción de enfermedades, en este caso la adicción, por ejemplo] en la cual encerrar a la persona, salir de las explicaciones causales simplistas y reduccionistas (en el sentido peyorativo de los términos). La fenomenología, a través de la intuición (proceso inductivo) conduce a aquello que verdaderamente interesa a Husserl: lo eidético, la esencia de la persona, lo que esta es con todo lo que conlleva; tener presente en la conciencia la importancia de la búsqueda de la unidad de la persona, de su historia igualmente, permanecer permeable a su intuición de “estar en el mundo”, a su “esencia” y a la intencionalidad que da a su persona (p. 28).

Desde el punto de vista de Van Manen (2003), hay que partir del hecho de que “el método de la fenomenología es que no hay método” (p.48). En efecto, la fenomenología hermenéutica “no es un método en el sentido de un conjunto de procedimientos de investigación que se pueden dominar de un modo relativamente rápido” (Van Manen, 2013b). Sin embargo, aunque la fenomenología no cuenta con un “diseño” específico convencional, sí que se desarrolla a través de un camino.

Este camino según la autora se inspira en la tradición considerada como “un conjunto de conocimientos e ideas. Una historia de vida de pensadores y autores que, si son tomados como ejemplo, constituyen, tanto una fuente como una base metodológica para presentar las prácticas de investigación en ciencias humanas” (Ibíd.). De la misma forma, este “camino” de la investigación supone una determinada orientación intelectual y actitudinal de la persona investigadora enraizada en las nociones y presupuestos de la fenomenología y la hermenéutica.

Por tanto, el referencial fenomenológico hermenéutico busca la interpretación del significado de la experiencia vivida. Contribuye a la búsqueda de la comprensión de la persona sujeta a la investigación y viene, por lo tanto, al encuentro de los propósitos de esta. Coexiste como un modo de conciencia, un modo de ser y de mirar, que asume el compromiso de reinterpretar todos los conocimientos como expresiones de las experiencias – sentido del ser humano.

En esta misma línea, Cibanal y Arce (1997) estima que lo humano conlleva a comprender, que hay un “saber sobre el objeto” (intencionalidad temática) que se esfuerza, sin cesar y en vano, por reconquistar el punto de vista del objeto a través de los hechos (intencionalidad operante). Siendo, la unidad del YO comprendida como la unidad de la historia de la persona (p. 27). Se debe considerar, según los autores antes mencionados, que pasar a través de una relación terapéutica del YO (Ego) a la dimensión del otro, pone en juego una "intersubjetividad trascendental", que se sitúa en un "intermundo que mediatiza los intercambios" (Merleau-Ponty). Intercambios que implican comprensión si la distancia relacional existe. Con esto se verifica que a través de la relación se logra o se puede llegar, al "fenómeno", lo que aparece a la luz, sin llegar a deformarlo por unos modos sesgados de observación.

Dicho de otra manera, el cuerpo es la "sede" de movimientos que es preciso comprender no solamente como consecuencias de las emociones, inhibidas o no. Toda relación de causalidad de forma el abordaje de la realidad.

Lo anterior como refiere Merighi (2002), el pensar, esencialmente, no es construir teorías, buscar datos científicos y desarrollar técnicas de intervenciones. Es un acto fenomenológico: descubrir o redescubrir el sentido y esencia de la forma como se muestran existencialmente en aquello que antes era considerado como teoría, concepto, definiciones [y un acto hermenéutico: reflexionar e interpretar las experiencias vividas en el mundo vivido].

De esta manera, las sustancias psicoactivas pueden ser resignificadas por el prisma de la fenomenología existencial y ser comprendidas fenomenológicamente en la perspectiva de quien vive este fenómeno. También se puede realizar supuestos interpretativos a través de la hermenéutica. Este mismo autor, menciona el siguiente ejemplo: la enfermedad, tal como es vivida por las personas, presenta dos aspectos. Uno de naturaleza estructural formal que permite entenderla tal como es ella, en ella misma, en cualquier espacio y tiempo. Otro de naturaleza material o de contenido, que expresa la situación existencial concreta de la persona enferma. Esta condición existencial aparece en su corporeidad [que en el marco de esta investigación puede visualizarse como biogeronte] y también por medio del lenguaje [psicogeronte], de su vida socioeconómica [sociogeronte] y cultural. Se encuentra vinculada a la historicidad propia en el modo de ser de cada persona que se encuentra enferma [mundo vivido de las personas adultas mayores en relación con el consumo de sustancias psicoactivas].

Según Ayala (2008), la persona investigadora desde la fenomenología-hermenéutica está interesada primordialmente en el estudio del significado esencial de los fenómenos, así como en el sentido y la importancia que éstos tienen. En el caso de la presente investigación, el interés se orienta a la determinación del sentido y a la importancia del consumo de sustancias psicoactivas en las personas adultas mayores. Para esta autora, siguiendo la línea de pensamiento de Van Manen (2003), es esencial comprender la idea fenomenológica-hermenéutica de la naturaleza del conocimiento del objeto y de las personas sujetas a estudio. Asevera que sólo a partir de este sustrato de ideas pueden ser comprendidas y asumidas las actividades de investigación.



De esta manera, según Rojas (2008) se debe utilizar cuando las realidades, cuya naturaleza y estructura solo pueden ser captadas desde ese marco de referencia interno del sujeto que las experimenta, como lo es el presente estudio. Por lo tanto, se caracteriza por fundamentarse en la fenomenología hermenéutica. La finalidad de la investigación es comprender e interpretar la realidad, los significados, percepciones, interacciones y acciones que tienen las personas adultas mayores participantes, con respecto al consumo de sustancias psicoactivas. A través de estos se establecen patrones interpretativos.

El supuesto central de este estudio se puede resumir en una afirmación: la concepción fenomenológica confirma la visión holística que debe desarrollar la persona investigadora al relacionarse con la persona sujeta del estudio. Debe buscar la comprensión del significado de las experiencias relativas al consumo de sustancias psicoactivas, vivida en las diversas fases del ciclo vital, en los diversos ámbitos: personal, comunitario, familiar, entre otros. Debe contextualizar las condiciones históricas, culturales y sociales en la que se inserta. Se considera como un todo y nunca de manera aislada, en partes. A su vez, debe interpretar esas vivencias (hermenéutica).

Gerontología, como disciplina humanística, necesita diseños de investigación que la acerquen a su objeto de estudio (el proceso de envejecimiento de la persona). Por lo tanto, este diseño ayuda a visualizar a cada persona como un ser con respuestas y sentimientos propios. Sólo él o ella los experimenta de manera única. Es fundamental que no se generalice sobre la conducta humana, ya que es la persona misma quien construye su mundo. Lo vive de acuerdo con su propia percepción de la realidad. Esto hace que tenga sus propias respuestas a diversas situaciones, incluidas la adicción, respuestas que también son influidas por una gran cantidad de factores.

Por lo que se acude a este diseño desde el abordaje cualitativo. Él ofrece una gama de posibilidades para poder explorar este tipo de contextos. Además, proporciona una visión que se adapte mejor al ambiente que en este caso la persona investigadora necesita examinar; basándose en el estudio de los fenómenos que determinan la conducta humana. Así pues, es un abordaje desde un proceso inductivo, en el que se considera el encuentro relacional con lo que vive, siente y piensa la persona, como un acontecimiento único, que permite observar al ser humano como un ente indivisible, singular y único en el mundo, que vive, siente y percibe de manera individual y propia.

De esta manera, la recolección de datos se realiza desde la corriente filosófica fenomenológica hermenéutica porque permite el estudio de las vivencias de las personas adultas mayores que consumen sustancias psicoactivas. Es importante mencionar que según Gerrish y Lacey (2008), las personas investigadoras fenomenológicas descriptivas como hermenéuticas usan el término mundo de vida en vez de usar el término tradicional: datos (p. 228).

Este estudio es fenomenológico, respeta plenamente la relación que hace la persona de sus propias vivencias. Al tratarse de algo estrictamente personal, no hay ninguna razón externa para pensar que la persona no vivió, no sintió o no percibió las cosas como dice y lo hizo. Hermenéuticamente introduce ese contenido, la dinámica de la persona estudiada, sus implicaciones y busca estructurar una interpretación coherente del todo.

Es importante reseñar que este estudio, tema poco estudiado da pie a generar más investigación. Además de reconocer que el consumo de sustancias psicoactivas no es solo una situación que atañe a las personas en edades tempranas, sino que es un fenómeno también presente en la etapa de la adultez mayor, siendo un valioso insumo para investigaciones futuras del tema en estudio.

Desde esta perspectiva el presente estudio es abordado desde el diseño fenomenológico hermenéutico.

Según Heidegger (2000), la persona además de existir para sí (conciencia de sí) también existe para los otros (conciencia de las conciencias de los otros), de ese modo su existencia es inseparable de la existencia de los otros, entrelazándose ambas. Por lo tanto, concluye que esta es responsable de las elecciones de su existir como un ser que experiencia el mundo.

Desde el punto de vista de la persona autora, se han exagerado las distinciones entre la fenomenología descriptiva y hermenéutica. Ambos tipos de fenomenología comparten los siguientes aspectos: comenzar con una descripción del mundo de la vida, utilizar reducciones o sensibilización, tipo analítico irreflexivo y concluir en una esencia o función de horizontes para caracterizar los fenómenos vividos. Esto se logra a través de un texto de forma narrativa fenomenológica-hermenéutica como resultado final del diseño aplicado.

### 3.2 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se desarrolla en la asociación albergue de rehabilitación para el alcohólico adulto mayor indigente, el cual se le domina como el *contexto físico*. Este es una organización no gubernamental (ONG) que funge como la única institución de rehabilitación y tratamiento que alberga sólo a adultos mayores con consumo problemático de sustancias psicoactivas. Fue fundada el 25 de septiembre de 1995 por un grupo de personas alcohólicas recuperadas, según refieren en su página de facebook, motivadas por la angustiosa problemática de la persona adulta mayor con consumo problemático. La misión de dicho lugar responde a ser:

Una asociación de bienestar social fundada por un grupo de alcohólicos recuperados, preocupados por la situación de la persona adulta mayor alcohólica e indigente. Nuestro accionar se orienta a la atención integral de adultos mayores carentes de recursos económicos y familiares, ofreciéndoles condiciones y características de un ambiente familiar que permita crear y fortalecer factores protectores que garanticen que nuestros beneficiarios permanezcan en actividad física y mental mediante el programa de Rehabilitación. (Asociación albergue de rehabilitación para el alcohólico adulto mayor indigente, 2017, 10, 3. Página facebook de la asociación. Recuperado de <https://www.facebook.com/albergueadultomayortirrases/?fref=mentions>)

Actualmente, el albergue beneficia a 50 adultos mayores en promedio y en sus 18 años al menos ha acompañado en su proceso de recuperación a 430 adultos mayores. Según refieren la dinámica en el lugar es que ellos mismos se encarguen de la limpieza y mantenimiento de las instalaciones, lavan su ropa, sus utensilios para comer, cultivan en la huerta, arreglan los jardines. Acompañan a sus iguales a citas médicas tanto al EBAIS como a diferentes hospitales, e incentivan la rehabilitación social y familiar. En esta misma línea refieren que tres beneficiarios obtuvieron su condición de cuidadores de adultos mayores, dos aplicándose en el curso de la C.C.S.S, y uno de ellos y una funcionaria de la cocina según curso impartido por la UNED.

Hoy, es el depositario de los fondos y administrador de la Red Nacional de Cuido Integral para la Persona Adulta Mayor en el cantón de Curridabat, y ha recibido premios como el del Dr. Diego Fernando Trejos Corrales "Por el mejoramiento de la calidad de vida de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica en 2012, otorgado a la Institución y en el

año 2014 a la persona administradora Don Gerardo Zeledón Romero por el CONAPAM (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor).

La institución es seleccionada debido a que por un lado, no hay estudios del consumo problemático de sustancias psicoactivas en adultos mayores residentes en esa institución y, por otro lado, existe una inquietud en la investigadora durante su experiencia de dos semestres de hacer prácticas docentes con estudiantes de Enfermería, en donde ha observado que es el único lugar oficial donde hay este grupo de personas, unido a la experiencia como docente-facilitadora mediante los temas de neurobiología de sustancias psicoactivas y drogas emergentes, en el Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en Tratamiento y Atención en Drogas-Costa Rica, desarrollado en la Escuela de Enfermería con alianza interinstitucional: Instituto Costarricense de Drogas (ICD), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA); entre otras.

**Contexto temporal:** La investigación se desarrolló en el periodo comprendido del 2016 al 2019, en sus diferentes fases de preparación, ingreso al campo, recolección de los datos, análisis, devolución y confirmación de estos.

### **3.3 PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

Según la Ley reguladora de investigación biomédica en Costa Rica (2004), la persona que participa en un proyecto de investigación, puede ser una persona sana o con una condición relevante, que participa voluntariamente para dar respuestas a las preguntas que están siendo investigadas. Para este estudio, las personas del estudio son aquellas que expresan su deseo de participar firmando el contrato (consentimiento informado), donde las unidades de la misma poseen ciertas características comunes (personas adultas mayores con consumo problemático de sustancias psicoactivas), las cuales se estudia y da origen a la información de la investigación.

**Criterios de inclusión.** Hombres, adultos mayores de 65 a más años de edad, costarricenses, con consumo problemático de una o más sustancias psicoactivas, albergados por lo menos seis meses antes de realizar el estudio, en la Asociación Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente de Tirrases, del Cantón de Curridabat, Provincia de San José en Costa Rica, que expresaron su deseo de participar

firmando la fórmula del consentimiento informado, sin presencia de deterioro cognitivo (persona lúcida), con capacidad de mantener una comunicación fluida.

Y como criterios de exclusión se consideraron a aquellas personas menores de 65 años, que tenían una estancia menor a seis meses en el Albergue, que declararon haber consumido alguna sustancia recientemente entre un periodo de uno a cinco meses, ser extranjero, y que no viva en la GAM.

### **3.4 REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA: ALGUNOS PRE-SUPUESTOS DE LA INVESTIGADORA (“PONER ENTRE PARÉNTESIS”)**

**Este concepto dentro de la investigación fenomenológica es muy importante y relevante de mencionar porque puede impactar en el análisis de los datos, incluso en lo que se pregunta, desde los anteojos de la investigadora y con intención previa o inductiva a lo que se desea escuchar por ideas o conocimientos previos, preconcebidos.**

Según Gerrish y Lacey (2008) le denominan “poner entre paréntesis”, por la cual quién o quiénes investigan intentan suspender (o poner entre paréntesis) las ideas preconcebidas o presupuestos investigativos de modo que se pueda abordar el fenómeno a estudiar “con ojos nuevos”. Esta suspensión Husserl la denomina “reducción fenomenológica”, donde consigue una cierta imparcialidad, de tal manera que implique veracidad de lo narrado por quién lo narra, ejerciendo una escucha activa, que conlleva obligadamente a una autodisciplina, para que la información fluya por sí sola y los datos “hablen” íntegramente antes de imponer la comprensión o interpretación propia. Dentro de los presupuestos con los que la investigadora se acercó al estudio, se detallan:

1. Las personas con antecedentes de consumo problemático de sustancias psicoactivas tienen relaciones familiares conflictivas siendo un factor de riesgo para su involucramiento de su rehabilitación y recuperación.
2. La mayoría de los hombres tienen mayor predisposición a ser personas con consumo problemático a ciertas sustancias psicoactivas que las mujeres, por la construcción social, sin embargo, ninguno de los dos está exentos a este fenómeno.
3. La mayoría de las mujeres son personas con consumo problemático a los fármacos más que los hombres.

4. La mayoría de los centros de rehabilitación para personas con consumo problemático a sustancias psicoactivas practican la sustitución de una sustancia por otra sin considerar el avance al no consumo.
5. No es lo mismo envejecer siendo hombre que siendo mujer, por los roles de género establecidos través de la construcción social, aún menos siendo mujer con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, también es cierto, que la persona lectora debe considerar que de alguna manera inconsciente puede ser que estas preconcepciones estén reflejadas a lo largo de esta investigación, pero se puede aseverar que si se percibe así, debe interpretar que no fue con intención pero podría sugerir a la consideración de una limitación involuntaria presentada en el estudio, pero siempre con una intención positiva de cómo las diferentes perspectivas utilizadas y propuestas en la presente investigación, reflexiones e interpretaciones tienen como propósito arrojar nuevos conocimientos sobre el tema estudiado.

### **3.5 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

En este apartado se detallan los instrumentos y las técnicas que se consideraron importantes para recabar información de las personas involucradas en este proceso acerca del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Cabe mencionar que algunos de los instrumentos son construidos ad hoc por la investigadora y otro es el instrumento de consentimiento informado normado por la Universidad de Costa Rica. En cuanto a las técnicas estas corresponden a la lógica cualitativa y al paradigma naturalista.

#### **3.5.1 Instrumentos**

Un instrumento de investigación es aquella herramienta que permite a la persona investigadora obtener (capturar y/o registrar) información importante y sintetiza en sí toda la labor previa de la investigadora. Resume los aportes del referente teórico acerca de la temática en estudio. Esto porque selecciona datos que corresponden a las categorías y a los constructos y, por lo tanto, a los conceptos que se utilizan. También sintetiza el diseño concreto elegido para el estudio. Por ello, se constituye en el insumo fundamental para el

análisis del planteamiento del problema y su posterior resolución. De tal forma se alcanza la correspondencia necesaria entre teoría y hechos.

En los estudios cualitativos, la recolección y el registro de la información consiste en la descripción detallada de situaciones, eventos, personas, comportamientos observables, citas textuales de las personas, sobre los significados, sentimientos, pensamientos, saberes y vivencias (Pérez, 2006). Por lo tanto, la información tiene que ser grabada, ya sea en audio o en vídeos, entre otros.

La presente investigación, por ser de tipo fenomenológica hermenéutica contempla el uso de instrumentos y técnicas de recolección de datos que permitan un acercamiento con las personas. Según Campos (2009), entre los instrumentos más utilizados por este diseño se encuentran la observación (participante y no estructurada), la entrevista a través de diferentes medios (estructurada o semiestructurada, individual o grupal), la narración, el incidente crítico, las representaciones gráficas (conceptuales o de relaciones), el análisis documental, entre otras (p. 19).

Cabe destacar que la recolección de datos se realizó en dos momentos: en un primer momento, se utilizaron como instrumentos, la ficha de registro y el consentimiento informado y como técnica, la visual y la transcripción de la información.

En un segundo momento, se destinó a la recolección de información relevante y completa acerca de los significados, sentimientos, pensamientos, saberes y acciones de las vivencias, en relación con el consumo de sustancias psicoactivas de las adultas mayores de la Asociación Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente de Tirrases, del Cantón de Curridabat, Provincia de San José en Costa Rica. Se priorizaron como instrumentos el cuaderno de campo, para la observación y las guías de preguntas generadoras y el grupo focal. Lo anterior porque la investigadora es consciente que la información recopilada mediante las preguntas generadoras, se profundizan con el grupo focal. Se contextualizó con la observación participante de las diversas situaciones y experiencias vividas durante los procesos desarrollados.

A continuación, se describen tanto los instrumentos como las técnicas de los momentos antes mencionados.

**Ficha de registro de información general (Anexo N°1)**

Este instrumento es construido por la investigadora. Tiene como propósito registrar algunos datos sociodemográficos de las personas en el estudio. Estos datos permitieron evidenciar el perfil de ellas, así como identificar alguna relación entre ellos y el consumo. La información que se incluyó es la identificación de la institución, el encabezado por el título de la investigación, número y nombre del anexo. Posteriormente, en una tabla se presenta la siguiente información: las siglas del nombre de los participantes, edad, género, nacionalidad, escolaridad, estado civil actual, ocupación u oficio actual, fecha de ingreso. Asimismo, se consideró importante incluir la aceptación para participar en el estudio por medio del consentimiento informado y un espacio para posibles observaciones.

**Contrato de consentimiento de participación (Anexo N° 2)**

González (2002), (citado en Botto, 2011), apunta que como la investigación cualitativa indaga la condición humana, permite la construcción del conocimiento mientras acoge la complejidad, la ambigüedad, la flexibilidad, la singularidad y la pluralidad, lo contingente, lo histórico, lo contradictorio y lo afectivo, condiciones propias de la subjetividad del ser humano y de su carácter social. Por ello, el valor de la investigación reside en la manera de abordar dichas complejidades, en la búsqueda y construcción de significados. De ahí la importancia, al momento de planificar una investigación cualitativa, de contemplar la dimensión ética. Ella no solo incluye una reflexión acerca de los fines y procedimientos utilizados durante el proceso. También considera la manera en que la persona investigadora pretende abordar aquellas dificultades que puedan darse a lo largo del estudio.

De allí que las consideraciones bioéticas en una investigación cualitativa adoptan dos dimensiones éticas fundamentales. A. Una ética procedural. Ella implica la búsqueda de la aprobación por parte de un comité de expertos autorizados (comité de ética) para el desarrollo de la investigación. En el presente estudio se cumplió según la normativa de la comunidad universitaria. B. Una ética en la práctica, que alude a los desafíos que día a día impone la misma investigación.



Este segundo aspecto con frecuencia representa una parte decisiva en la toma de decisiones frente a dilemas prácticos que incluso no se hubieran considerado en la revisión efectuada por el comité de ética (Botto, 2011, p. 356). Premisa considerada en la presente investigación. Por lo que Exequiel (citado en Botto, 2011), propone siete requerimientos básicos para evaluar aspectos éticos en el marco de las investigaciones, los que se describen a continuación:

**1. Valor científico o social**, es decir, sus resultados deben promover una mejora en la salud o en las condiciones de vida de las personas. En este caso, el valor social se caracterizó por hacer visible a la población en estudio. Tratar de comprender y aprender de su mundo vivido, que este les permita a su vez a las personas remirarse y poder emprender un proyecto de vida en pro de su calidad de vida.

**2. Validez científica**, para ello debe estar planificado a base de una metodología rigurosa que conduzca a resultados válidos. Este es un punto especialmente importante porque incorpora la ética dentro de los factores intrínsecos a cualquier metodología. Este valor se alcanza pues la presente investigación sugiere aportar al cuerpo de conocimiento no sólo los resultados a obtener mediante su análisis exhaustivo sino la metodología y el diseño.

**3. Selección equitativa de las personas**, la determinación para que participen debe considerar los objetivos de la investigación, destacando cuáles son los criterios de inclusión y exclusión. De esta manera la selección es comandada por un juicio científico más allá de las vulnerabilidades o del estigma social. En este caso, este aspecto se explicita en el documento escrito.

**4. Proporción favorable del riesgo-beneficio**, esto implica, que los procesos que se ejecuten con las personas sean seguros y efectivos. Prevalciendo el principio de no-maleficencia generado desde la primicia hipocrática de *Primum non nocere*, es decir, “ante todo, no hacer daño”. Ella busca el balance entre los beneficios y los riesgos, pero que prime el de beneficiencia. Si por alguna razón no intencional se irrumpe alguna molestia, aunque sea esta menor, se refiere a las personas profesionales competentes como atenuante y se da seguimiento a la situación emergente. Punto que se incorpora y considera en el consentimiento informado propuesto (Ver apartado C y D del anexo N° 2).

**5. Revisores independientes:** Dado los posibles conflictos de intereses de las personas investigadoras, se sugiere contar con instancias de evaluación integradas por personas autorizadas que sean independientes al estudio y que puedan decidir sobre su desarrollo. Esto evita distorsiones en el diseño y salvaguarda la responsabilidad social. Este aspecto se logró alcanzar con el acompañamiento de las personas del comité asesor del presente estudio. A su vez con su sometimiento a aprobación por parte de la Comisión de la Maestría Académica en Gerontología y posteriormente a la Comisión de ética y de Trabajos Finales de Graduación por parte del Sistema de Educación Superior de la Universidad de Costa Rica, instancias todas integradas por personas con alta experiencia investigativa.

**6. Consentimiento informado:** Es uno de los aspectos indiscutibles en cualquier investigación. Su propósito es otorgar el control de las personas sujetas respecto a su incorporación o retiro del estudio y asegurar su participación, en la medida que se respeten sus creencias, valores e intereses (Ver anexo N° 2).

**7. Respeto a las personas potenciales o a las personas inscritas:** La preocupación ética acerca de las personas no finaliza cuando se firma el consentimiento. En cualquier estudio es necesario considerar permanentemente el respeto por las personas, su privacidad y el derecho de cambiar de opinión respecto a su participación en la investigación, recibiendo todo el apoyo y las atenciones que sean necesarias. Este aspecto se considera en la fórmula de consentimiento informado en el punto E, F, H, J del Anexo N° 2. Con relación al principio de respeto de la dignidad de las personas, se aplicó en el presente estudio a través del reemplazo del nombre de las personas por otros sustitutos, de tal manera que no revelen datos personales. Con respecto a la información brindada se custodió por la persona que investiga, y se consideró la devolución de los resultados a las personas, además como parte de la validación de la técnica a utilizar.

De la misma forma, el principio de autonomía se representa respetando la capacidad y libertad de la persona investigada para elegir lo que quiere contar o no. También si desea participar o no en la investigación, así como retirarse de la misma. De igual modo, tiene la facultad de informarse de todo lo que se requiere para participar y del compromiso que asume si decide colaborar. Por último y no menos importante, el principio de justicia distributiva, que constituye el trato a cada persona como corresponda, con la finalidad de

disminuir las situaciones de desigualdad. Principio que se considera esencial a la hora de brindar la oportunidad a las personas, en igualdad de condiciones, sin distinción alguna por su condición de género, social, económica, religiosa, entre otras.

En resumen, tal como lo plantea Botto (2011), la dimensión ética de la investigación cualitativa no debe considerarse sólo como un elemento externo tal como depender de las opiniones de un comité ajeno al proceso. Más bien debe considerarse como un factor constitutivo del diseño, es decir, la ética como parte esencial de la metodología, aspecto sumamente relevante y considerado en el presente estudio.

Desde esta mirada, es que la presente investigación se desenvuelve bajo los principios bioéticos esbozados en los: “Lineamientos del comité ético científico de la Universidad de Costa Rica para investigaciones con seres humanos, biomédicas y no biomédicas”: respeto a la dignidad de las personas, beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia distributiva y precaución. Y por ello, la investigadora considera que es el instrumento más importante. Tiene como fin brindar toda la información necesaria, así como colaborar en situaciones puntuales durante el proceso de investigación.

Además, garantiza la confidencialidad de la investigadora de la información recabada durante el estudio. Es aplicado como consecuencia de la operacionalización de los principios bioéticos, lo anterior permite el fortalecimiento de la relación entre las partes, pero además es una práctica que permite centrarse en la persona, respetándola como tal y brindándole la oportunidad de su propia toma de decisiones. Se desarrolló mediante un diálogo durante el cual la persona decide sobre su participación. Esta decisión se da generalmente de acuerdo con sus valores y con su proyecto de vida, como clara expresión de su autonomía moral.

Cabe señalar que se aplicó el consentimiento informado a cada participante en el estudio. Según menciona el manual de investigación de la Universidad de Costa Rica (2006), el consentimiento informado es esencial e indispensable, la persona cuando corresponda, antes de aceptar su participación en una investigación, debe conocer la naturaleza, duración y propósito del proyecto, diseños utilizados y cualquier riesgo, inconveniente o posible efecto o limitación que, sobre su salud o su persona, pueda sufrir durante su participación en la investigación. Por lo tanto, debe quedar constancia, debidamente documentada y firmada, del cumplimiento de este requisito y del

consentimiento de la persona o de su representante legal (p. 11). Una copia de este es entregada a la persona involucrada en este proceso. Por lo tanto, fue un compromiso firmado por todas las partes: personas y la investigadora.

Dicho instrumento está estructurado por varios apartados a detallar: la identificación de la institución, el encabezado por el nombre del código y especificaciones propias del formulario del consentimiento informado de la institución, el título de la investigación. Posteriormente se especifica el nombre y el número del anexo, el código del proyecto, nombre de la persona investigadora principal y del participante. El cuerpo de este por: el propósito del proyecto, ¿qué se hará?, riesgos, beneficios, voluntariedad, confidencialidad, información. Se finaliza con la firma, nombre completo, número de cédula, fecha, lugar y hora tanto del participante como de la persona testigo y la investigadora principal, esta última parte es fundamental debido a que se trata de personas adultas mayores y en condición vulnerable (Ver anexo N° 2).

### **Guía de criterios para el cuaderno o diario de campo en la observación participante (Anexo N° 3)**

Este cuaderno de campo es el principal instrumento en lo cualitativo para la recolección de la información. Registra datos de los comportamientos, la realidad social, las percepciones y vivencias de las personas implicadas. Habitualmente son cuadernos de notas en que se escriben o dibujan las observaciones. Es el documento que da fe del trabajo realizado y por tanto valiosas evidencias. Como lo indica Ander-Egg (1983), los instrumentos más utilizados y que facilitan amplían, o perfeccionan la realización de una observación sistemática y controlada, registrando todo lo acontecido durante la vida del proceso de investigación son el diario de campo, cuaderno de notas, cuadros de trabajo, mapas, dispositivos mecánicos de registro (p.205). En el presente estudio como se señala se utilizó el diario de campo.

Autores como Taylor y Bogdan (2000) mencionan que el concepto de “cuaderno de campo” está históricamente ligado a la observación participante. Es el instrumento de registro de datos de la persona investigadora en el campo donde se anotan las observaciones (notas de campo) de forma completa, precisa y detallada. A su vez, Sandoval (2002) refiere

que este no es otra cosa que un registro continuo y acumulativo de todo lo acontecido durante la vida del proyecto de investigación.

Por su parte, Ballén et al. (2007) señala que este consiste en un escrito en que se relatan las experiencias vividas y los hechos observados cotidianamente, al final de una jornada al terminar una tarea importante. La extensión de las reseñas diarias varía de acuerdo con la índole de las experiencias obtenidas, los objetivos que se persiguen y la clase de persona observadora. En cualquier caso, las observaciones deben hacerse en forma objetiva, clara, sintética y ordenada. A grandes rasgos, puede contener la fecha, hora, lugar, tipo de acontecimiento que se observa, descripción o notas sobre lo que se aprecia en la situación por examinar y comentarios u opiniones sobre lo sucedido en el evento (p. 73).

Concretamente, para dar respuestas a las preguntas de cuándo, cómo y qué registrar en el cuaderno de campo, según Monistrol (2007), es importante haber llevado un trabajo previo en el proceso de la toma de decisiones sobre el diseño y técnicas a utilizar en el estudio. Además, en el cuaderno de campo se describen las impresiones de lo vivido y de lo observado, para organizarlas posteriormente. Este instrumento es parte integrante de la entrevista a profundidad y del grupo focal.

En otro sentido, el cuaderno de campo según Valles (1999), se escribe como notas de campo y Schatzman y Strauss (1973) no son meras ayudas para el almacenaje y recuperación organizada de una información creciente, imposible de memorizar. Por ello, las notas de campo no solo cumplen la función de “recolección de datos” [o del mundo vivido], sino que ayudan a crearlos y a analizarlos (p. 171).

Estos autores distinguen tres tipos de notas de campo, primero, las metodológicas. Consisten en la descripción del desarrollo de las actividades de la investigación y en el informe sobre el desarrollo de la interacción social de la persona investigadora en el entorno estudiado. Este fue un aspecto importante en el presente estudio. Segundo, las teóricas que están dirigidas a la construcción de una interpretación teórica de la situación a estudio, razón a la que acotó la construcción del conocimiento de la presente investigación. Por último, las descriptivas que se centran en lo esencial del objeto a estudio. Se informa exhaustivamente la situación observada, notas desplegadas en la presente investigación.

Es importante señalar, que según Monistrol (2007), fuera del marco exclusivo de la observación participante se encuentra poca literatura sobre el uso del diario de campo en el

transcurso de una investigación cualitativa. A pesar de ello, según manifiesta ella misma, su uso es considerado como una herramienta útil puesto que aporta información sobre el proceso de la vivencia. A su vez, la explicación detallada en el diario de campo de todo el proceso: percepciones, intuiciones y sentimientos de la persona investigadora, dificultades y puntos fuertes del estudio, estrategias fallidas y efectivas, cambios en los guiones, resolución de conflictos, entre otros, asevera que pueden utilizarse como un elemento más de análisis y de rigor de la propia investigación.

De esta manera, se puede afirmar que el diario de campo es como el cuaderno de navegación donde se registra todo aquello susceptible de ser interpretado cualitativamente, como hecho significativo del período de investigación. También coadyuvó para reconocer elementos subjetivos registrados por la investigadora para dar coherencia interna y complementaria entre los datos.

Es importante señalar que en el presente estudio se consideró utilizar el cuaderno de campo fundamentado en lo que expresa Fisher (1992), el cual hace referencia al campo de intervención, y lo define como: “aquel espacio físico donde se conjugan componentes teóricos y prácticos, originados en los objetos de conocimiento, de formación y de estudio” (p.1). Por lo tanto, el campo de intervención es entonces aquel escenario en que la persona investigadora se enfrenta al reto de conjugar componentes teóricos y prácticos. Su materialización puede verse reflejada a través de herramientas e instrumentos escritos como el diario de campo.

A su vez, Londoño et al. (2009) aporta que este instrumento ayuda a la persona investigadora a lograr una aproximación a la realidad, de tal manera que logre no sólo plasmar un saber académico, sino también trascender ese saber inicial hacia nuevas construcciones teóricas, personales, investigativas y metodológicas. Para esto requiere el uso de herramientas de sistematización que se conviertan en un pretexto para la construcción de nuevo conocimiento teórico-práctico. También en un perfil de intervención acorde con las demandas y necesidades del contexto que vayan más allá de lo operativo. Por otra parte, dichas herramientas permiten la reelaboración y consolidación de diseños y formas de intervención en cualquiera de los campos de acción. Ellas posibilitan la identificación de las diferentes problemáticas y oportunidades propias de cada campo (p.2).

Estas mismas personas autoras conciben que es un instrumento útil para la descripción, el análisis y la valoración del campo de intervención. Toma sentido en la medida en que se convierte en una posibilidad para generar procesos de reflexión-investigación sobre el quehacer de la persona investigadora. Por lo tanto, señalan que su propósito es el desarrollo de procesos descriptivos de los acontecimientos más significativos, el análisis de dichos acontecimientos, cuestionamiento de hechos implícitos y explícitos, focalización de elementos relevantes de la intervención, haciendo posible determinar, las causas, orígenes y consecuencias de estos. En resumen, "el diario de campo" facilitó la posibilidad de reconocer esos problemas y de asumir la realidad del campo de acción como compleja y cambiante, favoreciendo su tratamiento a través del análisis y seguimiento" (Fisher, 1992, p.32).

En síntesis, el hecho mismo de reflejar por escrito la experiencia de la persona sujeta a investigación favorece la disciplina necesaria para convertir la práctica en una posibilidad investigativa que genera nuevo conocimiento y por ende nuevas estrategias de intervención. De la misma manera permite la adquisición y perfeccionamiento de competencias como capacidad de observación, escritura, crítica, análisis, reconstrucción del proceso vivido. De allí que se convierte en un instrumento riguroso, metódico, científico, de reflexión investigativa. Él conduce hacia una visión más analítica a medida que se van categorizando y clasificando los distintos acontecimientos y situaciones recogidas en el registro escrito. Al mismo tiempo, surge la posibilidad de evidenciar cómo ciertas situaciones se van transformando en el contexto. A partir de allí, generar cuestionamientos que movilicen la adquisición de nuevos saberes y posturas.

Del mismo modo, la adopción de la escritura lleva a una disciplina necesaria para avanzar en el conocimiento de las necesidades actuales de la práctica investigativa, siendo parte fundamental en la sistematización del mundo vivido.

Este instrumento está compuesto por un apartado que responde al encabezado, donde se detallan los datos institucionales y el nombre del proyecto. Otro apartado donde se especifica el número de instrumento, posteriormente se describe la finalidad del mismo. Consecutivamente, se presentan datos como: fecha, hora de inicio y de finalización, identificación de la persona o personas observadas y el lugar.

Seguidamente, se coloca un espacio denominado campo de intervención, donde se precisan datos como: croquis, descripción general, estructura arquitectónica, distribución espacial, localización física. Luego, las notas descriptivas que respondieron a las interrogantes: ¿Qué se observa? (descripción: del objeto de estudio, sonidos, acciones, olores, clima, dinámica del momento, entorno físico, social, cultural, tácticas de participación social, gestos, comportamientos, reacciones, aptitud entre otros de la persona (en la historia y en grupo focal) personas líderes del grupo, interacciones entre las personas, comportamientos socioculturales cotidianos, entre otros elementos relevantes (grupo focal).

Consecutivamente, se alcanza la interpretación en donde se anotaron comentarios, percepciones, juicios, intuiciones, sentimientos y pensamientos de la persona investigadora. Inmediatamente se precisa en otros apuntes posibles causas, orígenes y consecuencias de las situaciones presentadas. Una vez obtenidas estas descripciones, se añadieron las notas teóricas, que son los fundamentos teóricos del mundo vivido captado, observado y relevante. Por último y no menos importante, las notas metodológicas que hacen alusión al registro de dificultades y puntos fuertes del estudio, estrategias fallidas y efectivas, cambios en los guiones, resolución de conflictos, entre otros. Es importante detallar que inmediatamente después de cada uno de los aspectos mencionados, correspondientes al diario de campo, se incluyó un espacio de observaciones (Ver anexo N° 3).

#### **Guía de preguntas generadoras para la construcción de la estructura esencial (del mundo cotidiano) (Anexo N° 4)**

Se eligió este instrumento en correspondencia con la metodología a seguir y con la temática a investigar. El objetivo fue que la persona entrevistada tuviese la oportunidad de narrar acontecimientos de su vida que le ayudaran a comprender el significado, sentimientos, pensamientos, saberes y acciones. Así como a explicar aspectos que se relacionaran con el consumo de las sustancias psicoactivas. Mediante este instrumento se intentó evitar la influencia que puede ejercer la persona entrevistadora sobre la persona entrevistada. Para ello, se consideró la realización de una guía para el encuadre metodológico, esta fue elaborada por la investigadora. Es original, tuvo como fin comprender las perspectivas y experiencias de las personas involucradas. Por medio de las



preguntas, se buscó encontrar lo que es importante y significativo para las personas involucradas.

Algunos de los significados, sentimientos y pensamientos, así como los acontecimientos y actividades que determinan el consumo problemático de sustancias psicoactivas no se pueden observar directamente. Entonces, estas personas informantes no sólo revelan su modo de ver y sentir, sino que describen algunos hechos de su vida (Buendía, Colás y Hernández, 2000; Taylor y Bodgan, 2002). Esta información resultó fundamental para comprender su propia visión sobre las condiciones en estudio y por lo tanto, ver cómo estaban contribuyendo a su vivencia del consumo.

Las preguntas generadoras se desarrollaron con la finalidad de captar la totalidad de una experiencia biográfica. Totalidad en el tiempo y en el espacio, desde la infancia hasta el presente, desde el yo íntimo a todos cuantos entran en relación significativa con la vida de una persona, con sus luchas morales, éxitos, fracasos, experiencias. Es decir, la visión que tiene el participante de su vida, en sus propias palabras y que configuran el proceso del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Esta implicó observar que ningún factor o acontecimiento fuese descuidado. Se trató de lograr que lo narrado estuviese relacionado con el objeto y sujeto de estudio en la búsqueda de los significados según lo contado por la persona. Luego se realizó un análisis en relación con lo que la persona contó, cómo lo contó y el orden que ella misma propuso, para lograr la fusión de los horizontes y la construcción de los resultados a través de un texto narrativo.

Las preguntas fueron abiertas e indirectas de tal manera que la persona investigada no se sintiera cuestionada o juzgada. Por ello se intentó que ella fuese quien respondiera según su propio criterio y orden de lo que quisiera contar y que la participación de la persona investigadora fuese lo menos directiva posible, solo si era necesario. Cabe indicar que la temática está en relación con las condiciones, eventos y situaciones del curso de la vida que los conllevan al consumo problemático de sustancias psicoactivas (aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales, económicos, laborales; entre otros) a través de las etapas de la vida, niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor. Asimismo, se precisaron preguntas de cierre y apertura, así como posteriormente se agregaron preguntas adicionales. Estas fueron aplicadas si se consideraron necesarias para comprender el mundo vivido de los participantes. Por último y no menos importante, se

incluyó una nota procedimental del tratamiento de la información, una vez recolectada la información (Ver Anexo N° 4).

Estas fueron elaboradas a partir del referente teórico y el metodológico que sustenta la presente investigación. Se estructuró en las siguientes partes: la primera concierne a la afiliación institucional en donde se enmarcó el estudio. La segunda corresponde al título de la investigación, el número de anexo y el nombre de la guía. La tercera pertenece a la presentación y a la introducción a la técnica. Posteriormente se hizo referencia a las instrucciones, luego se incorporaron datos generales como fecha, hora de inicio y de finalización. Se continuó con las preguntas generadoras, entre ellas, la principal para profundizar, otras preguntas, las adicionales y las de cierre (Anexo N° 4).

### **Guía de preguntas generadoras para el grupo focal (Ver anexo N° 5)**

Cabe destacar que las preguntas generadoras del grupo focal tienen las mismas bases que lo anteriormente descrito, lo que cambia es la finalidad de este. Esta fue creada para profundizar en el mundo vivido de las personas, inclusive en algunos conceptos, experiencias, emociones, creencias, categorías, sucesos o temas que interesan sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas en las personas adultas mayores. A su vez se centró en observar la interacción grupal, partiendo de la premisa que este grupo es una imagen de la dinámica de lo macrosocial.

Las partes de esta fueron: un encabezado con los datos de la institución, el nombre de la investigación, luego se detalló el número y el nombre del anexo, posteriormente, los datos generales como la fecha, hora, tiempo de duración aproximado de la técnica y el lugar donde se realizó. Seguidamente se hizo referencia a las personas involucradas como la persona moderadora (conductora y observadora), la secretaria, la cronometrista y la persona de apoyo logístico. Se continuó con el apartado de la introducción correspondiente a la presentación y bienvenida. Después, se procedió con el apartado del desarrollo que contempló las preguntas de entrada y otras adicionales de apoyo durante el desarrollo de esta como posibles orientadoras según la situación presentada para alcanzar el propósito de este; las cuales cumplieron el propósito de generar más opinión, de profundización para cambiar a otro tema, mantenerlo, invitar a la aprobación, al desacuerdo, clarificar, detener a

una persona que habla mucho y/o motivar a una persona callada. Se finalizó, con las interrogantes de cierre y la lista de las personas asistentes al grupo (Ver Anexo N° 5).

### **3.5.2 Técnicas**

#### **Observación participante**

Según Pedraz et al. (2014) la observación proviene del latín observatio. Se refiere a la acción y el efecto de poner la mirada y examinar con atención algo o alguien, considerado como objeto. En general, toda investigación incorpora necesariamente la observación científica como método de conocimiento. Es el procedimiento empírico por excelencia, el más antiguo y a la vez el más actual (p. 46). Dicha observación según el mismo autor conlleva una serie de cuestiones, previas al uso de la técnica específica que hay que tener presentes. Además, menciona que el observar consiste en utilizar los sentidos para contemplar de manera directa, detenida y sistemática la realidad circundante y el devenir de los acontecimientos tal cual suceden en la vida social. Se trata pues de una actividad humana cotidiana que permite detectar y asimilar información y adquirir conocimientos.

En esta misma línea, Ruiz (1996) expresa que es una de las actividades comunes de la vida diaria. Esta observación común y generalizada puede transformarse en una poderosa herramienta de investigación social y en una técnica científica de recolección de información si se orienta y enfoca a un objetivo concreto de investigación, se planifica sistemáticamente en fases, aspectos, lugares y personas; controla y relaciona con proposiciones (p. 79). Puede decirse entonces que la observación consiste en un procedimiento de recopilación de información en el que se utilizan los sentidos para captar acontecimientos y realidades, así como a las personas dentro del contexto en el cual se desenvuelven.

Por su parte, Ballén et al. (2007) refiere que se usan todos los sentidos, especialmente la vista y el oído, se aprecian y se perciben hechos, acontecimientos inmediatos del entorno en el que uno se encuentra y que interesan, recogiendo o comprobando información, estableciendo un contacto directo con la realidad (p. 70). Además, expresa que es una de las herramientas que se recomienda emplear en la fase inicial de la investigación cuando la persona investigadora da comienzo a su trabajo

investigativo mediante una mirada externa y global de lo que pretende abordar. A su vez, menciona que sirve como punto de apoyo para el mapeo (actividad con la cual se hace un registro estructurado del entorno físico, social, cultural, entre otros) de las tácticas de participación social, de las interacciones entre los actores, de los comportamientos socioculturales cotidianos, en general.

En este mismo sentido Ander-Egg (1983) expresa que, dentro de sus características, se encuentran la percepción por los sentidos, a diferencia de la captura de información contada, hablada o escrita. Además, que, la captación de los fenómenos naturales se hace de una forma espontánea donde se da énfasis a una apreciación de la realidad, del presente no del pasado, en el justo momento en que ocurre, en vivo y en directo.

A su vez, no hay personas intermediarias por lo que se evitan las distorsiones de ahí la importancia de la técnica como apoyo a la entrevista en profundidad y al grupo focal. Otra de las características que menciona es que aborda todos los ambientes donde las personas desarrollan su vida: la parte cultural, política, religiosa; entre otras. Al mismo tiempo, se puede obtener información independientemente del deseo de las personas de proporcionarla. También, permite estudiar los hechos o fenómenos dentro de una situación contextual. Los resultados son, en apariencia, menos rigurosos, puesto que la mayoría escapan a la cuantificación.

Según Ballén et al. (2007) la observación que se realiza en la investigación cualitativa es fundamentalmente naturalista, (de ahí la congruencia con el paradigma propuesto de esta investigación), por cuanto se presenta en contexto originario el curso de la vida cotidiana. Para Pedraz et al. (2014) la persona investigadora de acuerdo con su posicionamiento observa la realidad, esto implica la revisión del propio posicionamiento, así como la adaptación, actualización y acomodación de las rejillas interpretativas para que resulten adecuadas y operativas.

Asimismo, asevera que pertenece al orden de la percepción, ese punto de vista de la persona observadora siempre lo es en referencia a cierta posición. Es decir, responde a un espacio temporal y a cierta perspectiva, a lo conceptual e ideológico, por eso, concluye que la posición de la persona investigadora generalmente va a ser relativa y parcial. Asimismo, dice que, en el proceso de investigación, la persona investigadora se transforma, cambia sus

concepciones y percepciones iniciales respecto al objeto de estudio, en la medida en que se deja penetrar por dicho conocimiento.

En este punto, es importante mencionar la modalidad de observación que se desarrolló en la presente investigación. La participante, se observó en forma directa en el grupo, tratando de conocerlos desde el interior de este, para poder captar tanto lo objetivo como lo subjetivo de los comportamientos sociales de las personas involucradas, así como el ámbito de la esencia de la vida real en cualquier momento, siendo espontánea y natural. En este caso, en específico la observación participante se centró en los comportamientos, gestos, acciones, así como tono, fuerza de voz, entre otros, de la persona sujeta a estudio, durante la entrevista y al participar en el grupo focal. Cabe indicar que la investigadora es consciente que ella es una más de las personas. Presencia en directo, hechos y realidades sociales presentes, así como a las personas involucradas, en su contexto habitual dónde desarrollaron sus actividades, incluyendo el ambiente físico, social y cultural.

Por su parte, Sandoval (2002) refiere que la observación participante se caracteriza por realizar su tarea desde “el interior” de las realidades humanas que pretende abordar, en contraste con la mirada “externalista” de las formas de observación no interactivas. A su vez, fungió como una herramienta de trabajo para registrar las “impresiones” mencionadas y descritas con anterioridad. El mismo autor, opina que este tipo de observación hace referencia a la vida cotidiana de las personas, una estrategia flexible de apertura y cierre. Lo que el principal reto lo asume la persona que investiga, en el sentido de la entrada a la relación y situación de la persona involucrada, a través de la empatía con el objetivo de obtener el permiso de entrada, por parte de las personas, a su medio externo e interno (sus vivencias).

Una de las razones de mayor peso para aplicar esta técnica se fundamenta en Ballén et al. (2007), quienes mencionan que la persona investigadora se introduce en la realidad, en la complejidad del mundo, donde puede ser testigo de las conexiones, correlaciones y causas, tal como se desenvuelven. De lo anterior se desprende que dicha persona cumple doble propósito de implicarse en actividades concernientes a la situación social en estudio y observa a fondo, lo que a su vez permite apreciar la escena desde adentro y desde afuera, desde la doble condición de miembro y extraño. De todo esto debe efectuar un registro sistemático: lo visto, oído y pensado durante el ejercicio de la observación (p. 72).

Además, expresan que se persigue la aproximación al realismo y la significación de las experiencias cotidianas de las personas investigadas. Se comparte, se constata con las declaraciones, respuestas, documentos y relatos obtenidos, se redefine y reencauza la indagación para obtener y analizar datos, el mundo vivido. De igual modo, para el registro de lo observado, recomiendan elaborar un croquis del lugar, apreciar las actividades que hace la gente, anotar hechos, fechas y lugares concretos, localizar a las personas líderes, y anotar las conversaciones que se sostengan, así como sus comportamientos o conductas y gestos, entre otros.

A su vez, en la presente investigación se partió del hecho que el acceso y las relaciones del campo no se basan únicamente en el otorgamiento de un permiso, sino que comprenden las capacidades personales para establecer esas relaciones a través de valores como el respeto, la responsabilidad, basado en los principios bioéticos y a través de la empatía. Como menciona Patton (2001) se trata de mucho más que una cuestión de presencia o ausencia física o de obtención de un permiso. Supone comprender la organización social propia del lugar y algunas de las características de las personas actoras a estudiar. Este paso fue parte de la etapa de preparación de la investigación.

En resumen, es una observación participante, individual, y grupal, sistemática, que abarcó la captación de la esencia de la vida real en el momento de las vivencias, siendo espontánea y natural (en un solo ámbito).

#### **Construcción de la estructura esencial (del mundo cotidiano) (Ver anexo N° 4)**

Una de las claves para comprender el significado de las experiencias vividas, es tener en cuenta su componente narrativo. Para Husserl, estas vivencias las denomina: “mundo cotidiano”. Estas descripciones del mundo cotidiano dependen de las explicaciones verbales detalladas, honestas y completas posibles que narran las personas.

Pedraz et al. (2014), refiere que al contarle a alguien su vida -por más que garantice el anonimato y el uso puramente científico del relato- es un ejercicio de exposición personal, que quién participa considera la elección de lo que desea contar y lo que calla, ambos aspectos considerados claves para el análisis llevado a cabo en este estudio.

La alusión a la vida entera como un todo, según Ballén et al. (2007) hace hincapié en un aspecto relevante “la completitud”. Asevera, que el hecho de intentar abarcar una

vida completa introduce un matiz que es muy importante; porque de manera indirecta y sutil; en el fondo, se pide un esfuerzo de coherencia; se invita a darle sentido, ser entendible, es decir, ha de poder ser comprendida. En ese esfuerzo o reflexión el participante ha adelantado e interiorizado necesariamente los elementos claves de su contexto, claves para el desarrollo de la presente investigación. Además, menciona que la elección de contar algo, o ese algo contado y la manera en que ha sido narrado, están completamente condicionados (a veces, incluso, determinados) por el lugar que se ocupa en la estructura social y de relaciones.

Por ello él menciona que, se insiste en que no es tan importante lo que se cuenta cómo la reflexión acerca del por qué se cuenta o cómo se cuenta y, sobretodo, prestar atención a las motivaciones que se manejan, los juicios que se introducen (acerca de lo propio y de lo ajeno), los valores que subyacen, las explicaciones que se proponen sobre los acontecimientos, las justificaciones que se argumentan y los propósitos que se enuncian.

En el presente estudio la obtención de la información para la construcción del mundo de vida fue focalizado y se centró en indagar y esclarecer aspectos generales y relacionados con el consumo problemático de sustancias psicoactivas en las personas adultas mayores; sin sujeciones a estructuras rígidas. Para ello, la persona investigadora focalizó el interrogatorio hacia la cuestión precisa que se quería indagar, hacia el tema en cuestión. Cuyo propósito fue estudiar situaciones-problema que fueron objeto de acciones y explorar problemáticas poco conocidas como es el tema de estudio de la presente investigación, por las etapas naturales de la vida de la persona adulta mayor.

Es importante mencionar que como se mencionó con antelación, se consideró la reducción fenomenológica en todo momento, con el propósito de poder entender desde lo interior de quién participa, desde su experiencia subjetiva, sin afán de ser sustituida por ninguna intención ni razón por lo exterior o por quién le mira desde afuera. Esto antepone a que la construcción de la estructura esencial es indispensable para este estudio. Según, Gerrish y Lacey (2008) es fundamental tener claridad de este proceso para generar cualquier conocimiento exhaustivo del comportamiento humano, que den pie a encontrar perspectivas que se puedan aplicar de un modo general más allá de los casos estudiados para resaltar lo que se pueda tener en común como seres humanos, es decir, las esencias; y comprender la realidad social de un colectivo, desde la mirada de la persona como miembro

representativo de este. Como destaca De Miguel (1996) todos estos elementos narrativos, todas estas argumentaciones no son ya individuales, sino claramente sociales; es decir, pertenecientes a la posición social de quién la sostiene y dependientes de ella.

En este sentido, se puede mencionar que hay esencias universales como la gravedad que transversa a personas y objetos en general, pero en cuestión de personas estas generalmente van a estar determinadas por el contexto, por la cultura; y por ende, a las personas que pertenecen a ese contexto, a esa cultura, en esa época. Incluso, Gerrish y Lacey (2008) afirman que los aspectos fundamentales de esas esencias se relacionan con otros temas, como si fuese una historia.

De tal manera, que la construcción de lo narrado por cada participante en el presente estudio, fue de vital importancia para la presentación de los hallazgos, porque no sólo permitió un acercamiento y comprensión de los significados para su respectiva interpretación en relación al objeto y la persona misma del estudio, sino que estos se intentaron expresar mostrando la relación de un cierto número de temas comunes, argumentando desde lo general y reuniendo aspectos fundamentales de una forma lo más comprensible posible; con el propósito de generar una serie de reflexiones empáticas, que incidan en la toma de decisiones basadas en lo ético, que comprendiendo el significado de las vivencias de los participantes en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas, su “mundo cotidiano”, puede ayudar a sustentar el desarrollo de prácticas más saludables, éticas y centradas en las personas. Conocer el mundo cotidiano del otro con la mirada del otro, fusionar el horizonte y reflexionar ante ello, debe contribuir a construir una sociedad más humana, inclusiva y respetuosa.

Lo anteriormente expuesto, pone en manifiesto que la construcción del “mundo de la vida” de los participantes en este estudio no se limitó a la reunión de trozos de información desligados, sino a temas, a historias que se encuentran interrelacionadas entre sí y entre ellos. Siendo las narraciones individuales el punto de partida, pero es la construcción de la historia entre ellos, su análisis y reflexiones que generan resultados e interpretaciones con un sentido lógico, amplio, y más general que los casos.

Desde esta perspectiva, se parte de la premisa que lo más sustancial están en las mismas esencias, en los detalles de lo contado en los diferentes encuentros con las personas participantes, generando una descripción rica en si misma, con la pretensión de que quién le



lea pueda identificarse con lo humano desde el humano, y con algo o entender algo más sobre las diferencias desde su propia experiencia. Esto según Husserl, implica un esfuerzo cualitativo y literario.

### **Grupo focal (Ver Anexo N° 5)**

Otra de las técnicas a utilizar es el grupo focal, la cual Pedraz et al. (2014) define como una técnica cualitativa con la que se pretende reproducir una determinada situación micro social a imagen de lo que es la situación macrosocial, a través de la interacción de las personas. El objetivo es posibilitar la generación de un discurso-texto, que, analizado, fija y ordena el sentido social correspondiente a un campo o temática concreta, esto a partir de las experiencias propias y prácticas. De esta manera se conforma tanto como una técnica análisis, como una herramienta de captación y producción de información. Como se ha mencionado con anterioridad en el presente trabajo esta técnica se aplicó como profundización y recurso de análisis de la temática (p.85-86).

Esta técnica es de carácter grupal. Se centra en abordar un número reducido de situaciones y en identificar alguna particularidad en las personas que configuran el grupo de la entrevista. Por eso se eligen solamente aquellos en los que converja dicha característica. De igual manera, se caracteriza por ser semiestructurada. Es decir, se enriquece y se orienta a medida que avanza el proceso investigativo. Es importante mencionar que no sólo se utiliza como fuente básica de datos, sino también como medio de profundización en el análisis. (Ballén et al. 2007)

Por su parte, Vásquez et al. (2011), lo definen como un tipo de grupo de discusión que es utilizado para conocer las percepciones y opiniones de grupos de personas con características comunes y lograr, a través de la interacción, el enriquecimiento del discurso sobre un determinado tópico.

Según Pedraz et al. (2014) el grupo es el marco ideal para captar las representaciones ideológicas, valores, formaciones imaginarias y afectivas dominantes en un determinado estrato social.

Asimismo, Ibáñez (1990) refiere que el grupo focal es el momento en el que se construye la subjetividad. Esa subjetividad es el resultado de una relación dialéctica entre la persona y la sociedad, entre el yo y el otro, que se definen en esta relación recíproca. Lo

anterior se logra a través del lenguaje, el cual constituye tanto al sujeto como a lo social. Por lo tanto, no se puede ser un mero instrumento de comunicación, o sólo de producción de hablas, sino un elemento en que se configura el sentido de las hablas particulares de una red de personas que coinciden en un código sancionado socialmente por el grupo de pertenencia. De esta manera, en el habla social, las unidades de sentido articuladas en campos semánticos son las que interesan a la persona investigadora.

En el presente estudio, esta técnica se utilizó para trabajar en relación con conceptos, experiencias, emociones, creencias, categorías, sucesos o temas que interesen sobre el consumo de sustancias psicoactivas en las personas adultas mayores. De modo que, lo que se buscó fue analizar la interacción entre las personas y la forma en que se construyen significados grupalmente, con el objetivo de generar y analizar la interacción entre ellas y de esta manera construir los significados grupalmente. Por ello se tomó en cuenta que las personas intervengan siempre, cada una de ellas, a la temática puesta en la mesa, pero evitando que estas guíen la discusión (Ospina y Donado, 2010).

Esta técnica de recolección de información es una de las que en los últimos tiempos ha recibido más atención en su uso, debido a su carácter colectivo, que contrasta con la singularidad personal de la entrevista a profundidad o historia de vida. Recibe su denominación de focal por lo menos en dos sentidos: el primero, se centra en el abordaje a fondo de un número muy reducido de tópicos o problemas. En el segundo, la configuración de los grupos se hace a partir de la identificación de alguna particularidad relevante desde el punto de vista de los objetivos de la investigación. Esto lleva a elegir solamente personas que tengan dicha característica, por lo general, entre seis y ocho (Quintana y Montgomery, 2006, p. 71).

Pedraz et al. (2014) refieren que el rango de personas va de siete a diez. Ellas se seleccionan y convocan con base en ciertos perfiles específicos acordes al objeto de la investigación. Se conversa en grupo sobre uno o más temas, a partir de una provocación inicial, propuesta por la persona moderadora. En este mismo sentido, Ballén et al. (2007) señalan que este se conforma aproximadamente de seis a doce personas guiadas por la persona moderadora. Ellas exponen sus conocimientos, creencias, saber popular y percepciones de una comunidad, tema o asunto particular que se investiga. Por ello se requiere de una planeación y selección cuidadosa de las personas que los conforman, del

proceso de convocatoria a las sesiones, del diseño de la guía de preguntas y del manejo del personal.

Según Vásquez et al. (2011) las personas que participan de esta técnica deben tener experiencia en el problema o tema que es objeto de la discusión, evitando las relaciones excluyentes y jerárquicas. Por ejemplo: profesores-estudiante, jefaturas, personas trabajadoras, padre o madres con hijos e hijas, esposo y esposa; lo anterior por motivos de compromiso o sesgos a brindar la información por conflictos de interés.

Es importante mencionar que el grupo focal fue creado a propósito para una tarea que es encargada por el otro. En este caso por la persona investigadora y que tiene que ver con la producción de un discurso en relación con un tema. Esta es la principal característica que lo diferencia de un grupo de trabajo o de un grupo natural. Como lo mencionan Canales y Peinado (1994), el grupo focal tiene como finalidad realizar una tarea, un trabajo y a la vez focalizarse en el habla de la interacción grupal. En el presente estudio hubo una participación de seis personas adultas mayores.

Por su parte, Pedraz et al. (2014) manifiestan que el grupo focal permite la reconstrucción del sentido social en el seno de una situación grupal discursiva. Por su parte, Ibáñez (1990) llama a esta reconstrucción holograma social, como si fuera un fragmento de la sociedad a partir del cual se puede reconstruir. El holograma es una representación tridimensional del objeto original, en el que cualquiera de los elementos que lo conforman contiene la información del conjunto.

Este se elige cuando se quiere conocer el posicionamiento de un grupo social en relación con un tema determinado. En este caso, el grupo focal se determina para conocer y profundizar el posicionamiento de las personas adultas mayores en relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con Morgan (1988), existen cuatro criterios para orientar al grupo focal en forma efectiva. Primero, cubrir un rango máximo de tópicos relevantes, luego, proveer datos lo más específicos posibles, también, promover la interacción que explore los sentimientos de las personas con una cierta profundidad y, por último, tener en cuenta el contexto personal que las personas usan para generar sus respuestas al tópico explorado.

En cuanto a la moderación de la persona investigadora, esta debe utilizar según Vásquez et al. (2011) un estilo semi-dirigido. Además de contar con una guía para la

discusión (Ver Anexo N°5). Señala, que en general, quién modera no solo debe prestar su atención a las expresiones verbales y actitudes. También debe identificar la falta de acuerdo y animar a continuar su discusión o mediar en ella, sin que ello implique adoptar una posición en relación con los aportes de las personas. Para lograrlo, señalan que se debe establecer interacción entre las personas, a través de las preguntas generadoras planteadas que permitan profundizar en los tópicos señalados.

Como procedimiento, este incluye la participación de las personas que colaboraron con el desarrollo de la presente investigación. Se conversó en torno a uno o varios temas relacionados con el objeto de estudio, procurando un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de la persona investigadora.

La persona moderadora fue la persona encargada de llevar adelante los grupos. Es decir, de aplicar las guías de pautas: plantear las preguntas, escuchar y registrar las respuestas de las personas que participan en cada encuentro. En la aplicación de esta técnica, en el presente estudio se procedió a la grabación de voz de las personas. Esto se les informó con antelación, mediante el consentimiento informado. Se consideró importante este paso pues garantiza el registro fiel de lo que se habla.

Las sesiones se determinaron según el grupo. El mismo indicó cuándo fue suficiente. Además, se utilizó el criterio de saturación de la información para decidir el número de los encuentros.

Una vez que se obtuvo suficiente información sobre el tema, la persona moderadora procedió a la realización del resumen de la discusión. El objetivo fue comprobar que las anotaciones realizadas fueran correctas y que el grupo en general se encontrara de acuerdo con ellas. De esta manera se logró una realimentación permanente del proceso, este paso se realizó al final de cada sesión o encuentro (Vásquez et al. 2011).

Las mismas autoras relatan que algunas de las ventajas al desarrollar esta técnica son: a) la dinámica de grupo ayuda a centrar la discusión, b) en poco tiempo se obtiene mucha información, c) se recopila información más profunda utilizando la interacción y la influencia del grupo, d) permite la libertad de puntos de vista, evitando los prejuicios estructurados de la persona investigadora, e) capta la información de la vida real en un ambiente que busca reflejar la experiencia cotidiana y f) evidencia las diferencias en cuanto a la opinión y contradicciones entre las personas. Como desventajas se encuentran que: a)

la percepción de unas personas hacia otras puede afectar las contribuciones e inhibir la participación o condicionar la respuesta al juicio emitido por las demás, b) a su vez, se requiere de habilidades de manejo de grupo, así como considerar que se pueden presentar dificultades para convocar a las personas, c) por último y no menos importante, las diferencias existentes entre los grupos pueden afectar su comparación.

En este estudio estuvo conformado por los siguientes apartados: Una primera parte se inició con la apertura. Esta comenzó con una breve presentación de la persona moderadora y una explicación del propósito por el cual se realizó el encuentro, como recordatorio del consentimiento firmado donde se retomaron los aspectos de confidencialidad, anonimato y el derecho de autonomía. La persona investigadora aclaró que la información brindada no se personaliza ni se asocia con el participante. Esta se analizó en forma agregada, entre todas las personas. A su vez, se les realizó el recordatorio de la grabación de voz, y que su uso es sólo para fines de análisis. De tal manera que en este espacio se garantizó que no quedarán dudas, sino que prevalezca claridad de la finalidad del grupo y las reglas a seguir para la participación.

Por consiguiente, en este mismo punto se enfatizó en la importancia de disponer de opiniones espontáneas. Se les transmitió a las personas que no se trata de valorar sus respuestas, si están bien o mal, o si son correctas o incorrectas.

Durante el desarrollo del grupo, se inició con las preguntas de la guía, las cuales se aplicaron desde las preguntas más abiertas y generales, a la búsqueda de datos más específicos. Con el fin de obtener las respuestas más espontáneas posibles y luego, se buscó en una segunda intención la profundización de la información.

Es importante mencionar que antes de finalizar, se abordaron todos los temas de cada punto. Algunos de ellos tratados espontáneamente durante el desarrollo del grupo. Garantizando la fluidez de la conversación y controlando que no haya quedado ningún tema sin abordar.

Posteriormente, se inició el cierre, y se les ofreció un espacio para ampliar algún tema en particular, o bien algún comentario/sugerencia sobre la actividad desarrollada. Finalmente, se les agradeció el tiempo brindado y se resaltó la importancia de las opiniones genuinas aportadas que son de relevancia para el estudio correspondiente.

### 3.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS

En este apartado se detalla la propuesta del tratamiento de la información, se considera que es un proceso de análisis, sistemático, ordenado y flexible y que según el diccionario de la Real Academia Española (2001), la palabra análisis se determina como un proceso con dos momentos, en el primero, “distinguir y separar las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos”. Esto es lo que se logra a través del proceso de sistematización. En el segundo, se trata de interpretar (triangulación) y según el mismo diccionario, remite a “explicar o declarar el sentido de algo”, que se logra a través de la construcción de la fusión de los horizontes. Estas ideas son expresadas en el texto narrativo fenomenológico hermenéutico. Así pues, el proceso de análisis de la presente investigación se fundamentó en estas dos definiciones, comprender e interpretar.

En la sistematización, se describió el mundo de vida [transcripción del texto de las entrevistas mediante las preguntas generadoras, el cual se “segmenta” en unidades de significado, categorías y subcategorías]. Es decir, se categorizaron las unidades de significado en tentativas y flexibles. De esta manera, fue una actividad ecléctica, es decir, se escogieron (sin principios determinados) concepciones filosóficas, puntos de vista, ideas y valoraciones entre todas las participantes, asumiendo que estas pueden llegar a ser compatibles de forma coherente, combinándolas y mezclándolas, aunque el resultado pueda ser a menudo contrapuesto, hasta alcanzar la construcción de los resultados [fusionando los horizontes] expresado mediante un texto fenomenológico hermenéutico.

La fusión de horizontes es propuesta por Gadamer. Lo usa para referirse al punto en el que pueden confluir personas con diferentes interpretaciones y conseguir así unas percepciones compartidas más amplias. Tolera cierta libertad para con las personas lectoras que interpretan la trascendencia de descubrimientos de sus propias vidas o situaciones. Con ello, señala que los descubrimientos fenomenológicos hermenéuticos no se basan en la capacidad de corresponderse perfectamente con todas las experiencias del mundo vividas por las personas involucradas, sino más bien se basan en tener coherencia suficiente para ser aplicadas en situaciones similares de forma significativa.

Es importante mencionar que la investigadora posicionada en la lógica de la fenomenología usa el término mundo de vida en vez de usar el término tradicional: datos. Esto se debe a que no se reduce o se limita a reunir trozos de información desligados, sino

temas o significados que se encuentran interrelacionados. Las experiencias individuales fueron el punto de partida para las indagaciones y las que dan pie a las descripciones del mundo de la vida.

Desde el planteamiento de Creswell (2007) se puede mencionar que el análisis y la representación de la información se desarrolló de la siguiente manera:

El *manejo de la información* se realizó mediante la creación y organización de archivos de la información recolectada. Se continuó con la lectura de los textos y las notas al margen, para formar códigos iniciales (lectura y elaboración de notas), e iniciar con la *descripción* del significado de la experiencia para quien investiga, y *clasificar* enumerando los enunciados de significados para los participantes, para agruparlos en unidades de significados.

Posteriormente, la *interpretación* se inició con el desarrollo de una descripción textual: ¿Qué sucedió?, una descripción estructural: ¿Cómo se experimentó el fenómeno? y se concluye este paso con una descripción general de la experiencia, la esencia. Para proceder con la representación y visualización de la información mediante la presentación de las narraciones de la esencia de la experiencia. Después de esto, se elaboró una descripción a partir del todo.

De esta manera, la triangulación se caracteriza por ser una actividad reflexiva, pero a la vez analítica que requiere mayor esfuerzo intelectual, concentración y trabajo personal de la investigadora. En ese sentido, se puede afirmar que, al analizar, más que aprender se aprehendió, en el momento que una hace suyos los procedimientos, las estrategias y, sobre todo, las decisiones.

Es importante considerar que este análisis debe hacerse despacio, con tiempo, intensidad, concentración y cierto grado de exposición personal a la teoría que sustenta la investigación. Cabe destacar que es el momento más importante en toda investigación científica. Pues, es la clave del éxito del objetivo esencial: llegar a un conocimiento sobre el objeto de investigación; en este caso desde lo fenomenológico hermenéutico, es describir e interpretar las estructuras esenciales de la experiencia vivida, así como al reconocimiento del significado e importancia de esta experiencia. Esto es así, porque el resultado del análisis del mundo de vida es lo que ha de proveer de elementos para la interpretación tanto

los resultados analizados como de la totalidad del fenómeno, proceso o contexto estudiado a la luz de dichos resultados.

Otro de los aspectos a considerar en el manejo de la información son los obstáculos que se presentan en el transcurso del desarrollo del estudio, además de aquellos problemas involucrados en el acceso al campo, los referentes a la toma de contacto con las personas informantes así como los modos más efectivos para superarlos y la forma en que las personas responden a los intentos de aproximación de las personas investigadoras; vienen a constituir un material que revela información sobre la organización.

### **3.6.1 Sistematización (transcribir los datos y reducir en categorías y constructos)**

Según el tipo de estudio seleccionado y respetando la lógica de lo cualitativo, una vez aplicados los instrumentos en búsqueda de las experiencias cotidianas y concretas de las personas involucradas, (experiencias del mundo de la vida) se debe partir de lo específico a lo general, para construir o emerger las categorías y constructos para una reflexión más amplia (discusión y análisis) de los datos. Lo antes mencionado se fundamenta en Gerrish y Lacey (2008). Ellos refieren que un buen estudio fenomenológico hermenéutico radica en realizar una rica descripción de experiencias para que los seres humanos puedan identificarse con algo más o entender algo más sobre las diferencias desde su propia existencia. Este paso es valioso ya que proporciona la credibilidad de la información que se presenta, pues la persona sujeta a estudio con el objetivo de confirmarla rechaza la parte que no autoriza, amplía o profundiza.

Es necesario explicar que desde este diseño se tiene que sistematizar desde dos vertientes: la posibilidad de ver algo de forma diferente (sensibilización) y la otra perspectiva, una dimensión crucial de lo fenomenológico orientado hacia el descubrimiento. Se usan las preconcepciones existentes como una forma de sensibilizar lo que se ha perdido o es diferente.

Dichas ideas preconcebidas abordan el fenómeno a estudiar con ojos nuevos, Husserl denomina esta suspensión: la reducción fenomenológica. Se consigue una cierta imparcialidad que permite descubrir algo nuevo que no está manchado por teorías previas o supuestos ya establecidos. En términos prácticos, esto conlleva cierta autodisciplina. Esta



es una escucha verdadera por la que se deja que la información y el mundo de vida hablen íntegramente, antes de imponer la comprensión o interpretación propia.

En esta lógica las personas investigadoras no deben dejar sus preconcepciones a un lado. Estas, más bien, se ven de forma positiva, explícitas para que las personas lectoras de la investigación comprendan la solidez y las limitaciones de las interpretaciones que se presentan a lo largo del proceso vivido. De igual modo, es importante crear un contexto relevante, lo más completo posible, de la persona y de su experiencia. Esta información contextual ayudó a la persona investigadora, no solo a dar sentido a la experiencia, sino también a especificar la naturaleza de las expresiones dadas sobre las que se construyen las reflexiones [esto se refiere a la transcripción textual de las entrevistas a profundidad].

Hay que tomar en cuenta que antes de comenzar a transcribir la información obtenida por la aplicación de los diferentes instrumentos, se registran todos los datos que describen las características propias de cada participante y de los datos del grupo. Esto se refiere a la contextualización de cada encuentro. Se comenta brevemente el antes, durante y después de la realización de cada técnica. En este espacio se considera importante informar sobre aquellas cuestiones que no quedaron registradas en la grabación, pero que son importantes para entender el marco en que se gestan los encuentros personales o grupales, desde conflictos que se pudieron presentar, hasta facilitadores en general.

Una vez que se realizó la transcripción del texto, haciendo todo el esfuerzo posible por registrar cada palabra contada, de manera literal y sin elementos de interpretación de la información, se prosiguió a leerlo y releerlo para comprenderlo. Se trata de realizar la fusión de horizontes desde una perspectiva fenomenológica hermenéutica. Desde la fenomenología descriptiva la denominan con el término esencia o estructura esencial [categorías y subcategorías]. Se inicia entonces el aprendizaje del significado y la trascendencia de un fenómeno vivido que se expresa como experiencia vivida del mundo vivido, que se comunica a través de un texto narrativo. No hay duda de que esto implicó un esfuerzo cualitativo y literario.

Importante mencionar que las personas deben estar bien diferenciadas en la transcripción, con iniciales o con el rol dentro del grupo. Además de considerar el registro con puntos suspensivos, entre paréntesis (...), aquellas frases que quedan inconclusas o aquellos silencios que marcan pausas en la conversación; en aquellos casos que el silencio

sea extenso, se realiza una aclaración de esta situación además de marcarlo, incluso se puede mencionar si hubo alguna causa que lo produjo. También se utilizaron los paréntesis para aclarar situaciones que van desde las típicas superposiciones o interrupciones, hasta las emociones de las personas actoras (actitudes, risas, fastidio; entre otros)

Para Gerrish y Lacey (2008), existen varias formas de observar el significado, que se apoya en la percepción personal, así como en las teorías útiles que son relevantes y van surgiendo de esa misma historia contada por la persona. La preocupación por llegar a una conclusión específica desde la fenomenología hermenéutica es menor que en la fenomenología descriptiva. Se puede llegar a evocar conocimiento más profundo de forma similar, como una buena directora de cine, una persona novelista que pinta un cuadro desde diferentes ángulos, considerando que aún cuando las diferentes fases y partes de la redacción no sean concluyentes, están destinadas a formar un dibujo coherente del tema.

Por tanto, la reflexión sobre esas experiencias del mundo vivido permitió formular percepciones más generales. Así pues, la persona investigadora fenomenológica-hermenéutica estudia las ocurrencias vividas, encontrando a menudo que las percepciones frescas están en los detalles.

### **3.6.2 Triangulación (análisis)**

Según Campos (2009), las personas investigadoras aceptan la idea de confrontar y comparar diferentes tipos de análisis de datos en un estudio (p.13). Por su parte, Rodríguez, Pozo y Gutiérrez (2006) refieren que es una estrategia de investigación mediante la cual un mismo objeto de estudio es abordado desde diferentes perspectivas de contraste o momentos temporales. La triangulación se pone en juego al analizar datos, contraponer las perspectivas de diferentes personas investigadoras, comparar teorías, contextos, instrumentos, agentes o diseños, de forma diacrónica y sincrónica en el tiempo (p.289). Se menciona a Webb como la persona que acuña el término triangulación en la jerga de la investigación. A Denzin se le nombra como el primero que establece propuestas para triangular el diseño (Johnson, Onwuegbuzie y Turner, 2007). Posteriormente Denzin manifiesta que la triangulación permite determinar convergencia, inconsistencia y contradicción en los resultados (Campos, 2009, p. 13).

Por otro lado, Jhonson et al. (2007), atribuye a la triangulación las ventajas siguientes: mayor certeza en los resultados, maneras creativas de recoger datos, datos enriquecidos, puede integrarse teoría, muestra contradicción, pruebas decisivas para teorías competidoras. A su vez, Denzin (1970, 1978) presenta una clasificación que ha sido difundida: La triangulación de datos. Él la define como la triangulación de fuentes o personas informantes. La triangulación teórica que corresponde a las diferentes teorías o hipótesis rivales. La triangulación de las personas investigadoras que corresponde a la visualización del mismo objeto por persona investigadora de diferentes disciplinas o bien, perspectivas y experiencias. También se mencionan posibilidades de triangulación en el tiempo y triangulación en el espacio. Finalmente, se incluye la triangulación en el análisis, esta corresponde al uso de dos o más aproximaciones en el análisis de un mismo grupo de datos.

En la presente investigación se consideró la triangulación de datos o fuentes (los participantes, teorías y los saberes de la investigadora. Además, se realizó la triangulación de instrumentos.

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta el análisis de la información contemplando el mundo vivido de las personas que participaron en el presente estudio: los eventos históricos, cambios económicos, demográficos, sociales, familiares, culturales; entre otros, y cómo éstos han configurado su vida en el ámbito personal.

*Características sociodemográficas.* Los participantes provienen de la Gran Área Metropolitana, uno de ellos soltero, tres divorciados o separados.

Dos con bajos niveles de escolaridad (primaria incompleta), bajos ingresos, con desarrollo de trabajo informal, uno de ellos durante la niñez y principios de la adolescencia, y el otro se desempeñó mediante trabajos tanto en el sector informal como formal, ambos sin pensión.

Los otros dos con niveles universitarios uno completo y otro incompleto en nivel avanzado, ambos bajo algún régimen de pensión.

Todos con experiencias de condiciones precarias de existencia, como: la pobreza desde edades tempranas, relaciones familiares inestables y conflictivas, desempleo, maltrato familiar y social.

Es importante destacar que cada una de las personas tienen especificidades y responsabilidad propia en el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Considerando en el mismo nivel de importancia, la premisa que el consumo problemático de sustancias psicoactivas está determinado por una serie de aspectos determinantes e interrelacionados entre sí, con el fin de poder comprender la relación entre los participantes (sujeto de estudio) y el consumo problemático de sustancias psicoactivas (objeto de estudio). De esta manera, se hace un esfuerzo para narrar integradamente las congruencias e incongruencias de los resultados encontrados.

A continuación, se presenta el análisis de los datos según objetivos específicos planteados.

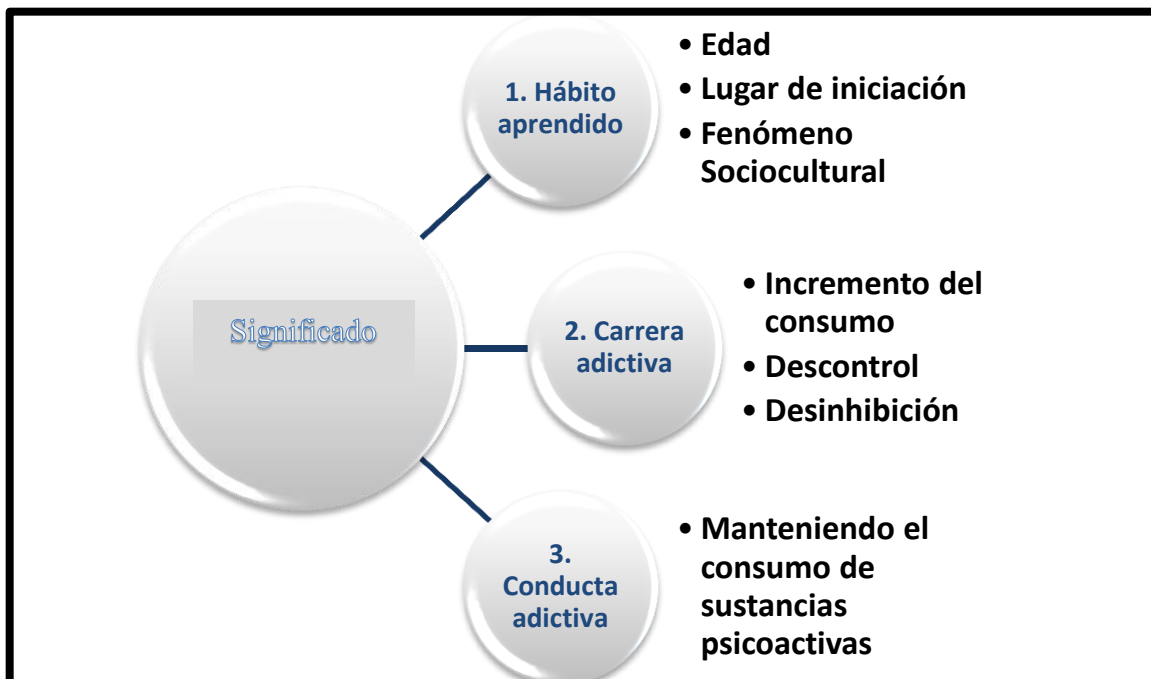
#### **4.1 SIGNIFICADO DE LAS VIVENCIAS CON RELACIÓN AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**

Para Tavares (2015) el significado de la vivencia de cada ser humano revela experiencias que viven en la cotidianidad, que promueven de forma positiva o negativa la articulación de las influencias y el conjunto de relaciones que les rodea, significando el papel y el sentido personal que las personas van adquiriendo en su interacción con el medio, expresándolas en sus acciones, sentimientos y pensamientos con las demás personas y consigo mismas. Por tanto, los matices descubiertos a través de los relatos en este estudio permiten comprender las valoraciones de cada uno de los adultos mayores con relación a sus vivencias personales, familiares y sociales.

Es importante mencionar que ante la pregunta generadora del significado acerca de sus vivencias con relación al consumo problemático de sustancias psicoactivas ninguna de las personas que participaron lo verbaliza explícitamente. Comprendiendo que el significado es una representación que una persona tiene de algo o alguien y que está inmersa en una realidad dada. Precisamente, esto debe estar enmarcado en la comprensión filosófica que representa dicho significado, el cual conlleva a un proceso auto-reflexivo que contribuye a una resignificación de su propio yo.

Cabe mencionar que la discusión del mundo vivido, parte de las narraciones dadas por los adultos mayores participantes en este estudio, el cual dio origen a los siguientes constructos: hábito aprendido (edad y lugar de iniciación, fenómeno sociocultural), carrera adictiva (incremento del consumo, descontrol y desinhibición), y conducta adictiva (manteniendo el consumo de sustancias psicoactivas).

**Ilustración 23. Significado de las vivencias de las personas adultas mayores en relación al consumo de sustancias psicoactivas.**



**Fuente:** *Elaboración propia.*

#### **4.1.1 Significado como hábito aprendido**

Es importante mencionar que el mundo vivido desde una perspectiva gerontológica se denomina envejecer, el cual en esta investigación se define como un proceso que se inicia desde la concepción misma y avanza conforme la persona va trazando su propia línea de vida, de ahí que para poder comprender el hoy, o, la situación de la persona adulta mayor en relación al consumo, es necesario conocer lo acontecido en las etapas previas para situarse en la realidad de esas circunstancias precedentes según los cuatro existenciales básicos del mundo vivido: cuerpo vivido, relaciones humanas vividas, tiempo vivido y espacio vivido.

En relación con lo anterior Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010), así como, Krahn et al. (2005), expresan que la edad de iniciación con el alcohol es un aspecto fundamental, que se considera como un factor predictor de los altos niveles de uso de alcohol, y de un posible consumo abusivo o problemático de sustancias psicoactivas, ya que, existe una relación directa positiva entre los incrementos del consumo y la edad.

Los autores antes mencionados encontraron en su estudio que un 1.9% de los casos se inician en el consumo de esta droga legal antes de los 10 años, posiblemente dentro de su hogar. Este resultado es similar a la edad de inicio de dos de los adultos mayores involucrados en este proceso, con la diferencia que, en uno de los casos, el lugar de iniciación fue fuera del hogar: en un barco. Lo anterior se evidencia en las siguientes frases:

**“...empecé a tomar a los nueve...en un barco...” (PAM3);**

**“...mi tata de crianza me enseñó (risas) a la edad de doce años a tomar licor, antes, como a los diez, claro!...” (PAM4).**

Sin embargo, los otros dos participantes iniciaron: En la adolescencia y adultez temprana:

**“...ya era, tenía catorce años, yoo...andaba comenzando a tomar licor...” (PAM2)**

**“...yo tomaba en el pueblo...yo no tenía problema, vamos a decir a los veintiuno veintidós años empecé y eso me gustó... [el alcohol]...” (PAM1)**

A su vez, Fernandes (2015) también hace alusión a cómo los factores socioculturales estructuradores dan cuenta de la correlación entre una práctica que reproduce el habitus de familia –cómo se mencionó con anterioridad- y las condiciones precarias de existencia, entre ellas: el desempleo, los bajos ingresos y el maltrato familiar; como lo vivenciaron los adultos mayores participantes:

Si bien es cierto los cuatro participantes evidencian que dentro de su mundo vivido ha sido influenciado por factores estructurales, tres remarcan que desde la niñez vivieron en la pobreza y uno de ellos en la etapa de adolescencia, esto se puede visualizar en las siguientes frases:

**“...estudié en el colegio, en el colegio vespertino...porque yo no podía sólo trabajar y sólo estudiar, yo tenía que hacer las dos cosas; o sea, yo tenía que tener dinero para ayudar a la casa y para tener dinero tenía que trabajar, pero en el vespertino...trabajaba lavando carros, llenando gasolina y todo eso, nos daba la oportunidad a mí y a otro muchacho del barrio de trabajar. De ahí nos íbamos al colegio caminando [durante su adolescencia]...” (PAM1)**



“...Diay, nunca tuve arraigo con mi papá...todo mundo tenía papá y yo no tuve...la pobreza que, que, que nació yo, en la pobreza de verdad que, que, nosotros solo tomábamos café con un bollo de pan y ya no más, hasta la noche...entonces yo...al ver el fogón, que nunca estaba prendido, yo le decía a mi María [hermana]: “ya vengo voy a ir a ver que me robo”, entonces yo iba y les traía: guineos, mangos, chayotes, ¡toodo lo que pudiera encontrarme en los cafetales! Como solo eso había, gallinas, huevos, iba a los gallineros...yo, a mí me daba, fíjese que a mí me daba algo tan feo vivir en esos tugurios que dormíamos los seis en una caaama, yo decía: “jue´pucha algo está, aquí la que sufre es mi mamá” decía yo, “mamá está sufriendo”, porque mamá todos los días se tenía que ir a trabajar y nos dejaba con hambreee, entonces yo tenía que ir a ver qué me robaba pa, para comer...” (PAM2)

“...Bueno...yo empecé tomando medio vaso, ya le digo, medio, poquitos...desde que abusaron de mí...eso fue un trauma para mí [tenía cuatro años de edad]...me volví solitario, me volví anémico...me empecé a orinar en la cama...y después los castigos...que me infringía mi papá, todos los días, desde que tengo uso de razón, me daba con un cordón de luz...y me metían en un cuarto oscuro, en un sótano oscuro, chingo, verdad...entonces cuando yo probé el alcohol y se me abrió a mí el mundo totalmente diferente, verdad...empecé a hablar bien...esa noche...yo era tartamudo...se me quitó el miedo...se quitaron los prejuicios...entonces yo descubrí lo maravilloso que era beber...porque cuando yo bebía, yo era otra persona...yo sabía que cuando llegaba a la casa mi tata me iba a chilillar, ya no me importaba...si sentía los dolores, las marcas que él me dejaba...pero me valía un pito...” (PAM3)

“...Diay! experiencias como...digamos que yo tal vez no hubiera ingerido...pero también me lo pusieron a mí en el camino, el tata de crianza mío fue el que me enseñó...me enseñó porque me daba a probar, como él sacaba me decía que probará...y cuando yo estaba enfermo esa era la medicina que me daban...sí, un trago...mi abuelo me regaló a los cuatro años...a los cinco años yo empecé a trabajar...me ponían a apartar terneros y todo, ya fui creciendo más, ya me levantaban a arriar vacas a las tres de la mañana, ya fui creciendo más, ya fui aprendiendo a ordeñar, cuando ya estaba más adulto, [siete años de edad]me mandaban a repartir leche, a una hora y media a caballo, a Ciudad Neilly, como a los siete años ya, ya siete años, era el encargado de los peones, y yo trabajaba también, volando machete...ese era el trajín, de ahí ya llegaba yo y almorzaba...ve, y ya para acostarse tiraban un puño de maíz y a hincarse y a rezar el rosario y acostarse a las siete de la noche, ya, ahí en ese tiempo no hay tele ni nada...me sentía cansado, demasiado todo el día...” (PAM4)

Para nadie es un secreto que la pobreza en esa época [tiempo vivido], en Costa Rica [espacio vivido] estaba presente, siendo un rasgo característico de su cohorte; así como la presencia del alcohol principalmente en las diversas actividades sociales y familiares, en el marco de "lo ilícito" como lo fue el guaro de contrabando; en un contexto que afectaba la dinámica familiar y las relaciones humanas vividas, y por ende a la persona per sé [cuerpo vivido].

Para Baita y Moreno (2015) los factores sociales y del entorno, como la situación familiar, la pobreza dentro del seno familiar, así como el abuso físico y/o sexual era muy frecuente en la mitad del siglo XX, el cual conllevaba a que la persona no tenía la oportunidad de expresar y exigir sus derechos. Fuera del hogar, existía la presión de los compañeros y la fácil disponibilidad de las sustancias psicoactivas, jugando roles claves para el desarrollo del consumo problemático de estas sustancias.

Es importante mencionar que si bien, es cierto en la literatura se reconoce como un factor de riesgo a las personas pares; en las personas que participaron de esta investigación, su grupo externo de iniciación solían ser hombres adultos como lo era su padre, los cuales dentro de su contexto al estar expuestos a lo laboral desde la niñez, puede ser que ellos les consideraran como "sus pares", por ser sus compañeros de trabajo, y por tanto fungían como reforzadores en el incremento de consumo.

De esta manera, al ver a su figura de modelaje consumir –que no sólo era el padre, sino un hombre adulto "modelo"- los lugares de iniciación fuera del hogar, coinciden en ser aquellos lugares donde realizaban acciones laborales, como se puede observar a continuación:

**"...yo tomaba en el pueblo (PAM1)**

**"...me hice amigo de un, de un muchacho mayor que yo y ese fue el que me dijo: "jale a echarnos por ahí un trago...iba a los salones de baile..." (PAM2)**

**"...me regalaron (licor) en un barco..." (PAM3)**

**"... diay! yo trabaja siempre...y ya llegaba el jefe, de nosotros...ya llegaba jumo y me decía PAM4...vaya allá al otro lado a buscar una cantina...un salón, había que pasar el río Parismina con el agua aquí [señala su cuello]...díglele a Quincho que le mande un litro de guaro y**

**una cerveza, para ponerle...y ya...ahiii, guaro, ahí el guaro no faltaba ahí, ahí le decían el humo veá, porque vendían guaro de humo, de contrabando [risas];si!, yo me voy y me compro uuuna botella en la cantina de ron cañita y pasaba una llama yo, hasta silbaba...la idea mía era cuando venía ahí todo cansado, bañarse, antes de bañarse tirarse un cañazo y después de bañarse para comer, que comía uno rico, entonces al capataz le gustaba también, me decía quéPAM4, no tiene un cañazo para ir a comer...” (PAM4)**

Por su parte, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2014) expresa que, aunque consumir drogas a cualquier edad y en cualquier lugar puede desencadenar una adicción, las investigaciones muestran que cuanto más temprana es la edad de iniciación, es aún más probable que más adelante la persona desarrolle problemas graves. Esto puede reflejar el efecto nocivo que tienen las sustancias psicoactivas sobre el cerebro en desarrollo. Aun así, el hecho es que el consumo a temprana edad es un fuerte indicador de problemas futuros, incluida la adicción.

Considerando que tres personas de las cuatro PAM participantes inician el consumo en edades tempranas, y que han venido manteniendo el consumo problemático de sustancias psicoactivas, según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2014) puede ser el resultado de una combinación de factores de vulnerabilidad social tales como las relaciones familiares inestables, la exposición al abuso físico y/o sexual y la biológica a una edad temprana entre ello la susceptibilidad genética o las enfermedades mentales.

Por su parte, Fernandes (2015) agrega que además hay prácticas culturales que, desde la familia, propician los procesos de socialización temprana en la etapa de la niñez y en la adolescencia. Esto hace que el consumo sea visto no sólo como un fenómeno social sino parte integrante de una práctica cultural, el cual en este caso conlleva a la normalización del consumo problemático.

En esta línea, Guzmán-Facundo et al. (2011) manifiestan que el uso normalizado de las sustancias psicoactivas dentro del hogar familiar incluye las experiencias de iniciación con miembros de la familia, con una visión del consumo de drogas como algo común, convirtiéndose en un hábito aprendido. Esta se denota en las expresiones que a continuación se presentan:

**“...Yo tenía un hermano que tomaba, pero no era así, tan, tan, tan mucho...” (PAM1)**

**“...mi mamá conoció un señor...él llegaba siempre a la casa a estar con mi mamá y a tomarse unos tragos, y yo comencé a saber, a ver lo que era el asunto ¡Diay!. ya! a darme cuenta de la vida, como se estaba desenvolviendo en ese momento [él tenía diez años]” (PAM2)**

**“...mi papá era, Dios lo tenga en su santo seno, mi papá era jugador, borracho y parrandero, en esos tiempos [Desde que él nació]” (PAM3)**

**“...mi tata de crianza me enseñó (risas) a la edad de doce años a tomar licor, antes, como a los diez, claro!, él me enseñó a sacarlo y cuando estaba enfermo era el remedio que me daban (risas), un trago y punto, sin bocas (risas) para cualquier cosa que sintiera, sólo era el trago y ya está, ¡sí!, ya se compone me decía, ese viejillo tenía un dicho: je ´puta, ya se va a componer, ¡sí!, me volvía...” (PAM4)**

Las citas anteriores denotan que en el caso de los participantes en esta investigación todas ellas comparten vivencias familiares que según Cuerno (2013) las denomina como familias disfuncionales adictogénicas, pro sustancias psicoactivas-dependientes, la cual es una consecuencia de la sociedad de consumo, ya que, lo promueven como algo propio y natural de la cultura familiar, es decir, que se va heredando como aprendizaje de generación en generación, hasta convertirse en un consumo problemático de corte intergeneracional.

Por otro lado, Fernandes (2015) refiere que más tarde en la vida, son otros espacios de sociabilidad y otras personas con las que interrelacionan, buscando las conexiones de estas, con el consumo de bebidas y cigarrillos, como acciones de iniciación. Esto se hace notar en lo compartido por ellos que:

**“...yo dije quiero ir a una zona rural para conocer el ambiente, diferente y también para ayudar...yo tomaba en el pueblo...para tomar es más fácil con los amigos de alguna forma...tal vez usted venía y había alguien más, y uno veía más, más oportunidad de beber, porque, porque estaban algunos amigos ahí, con dinero y lo invitaban a uno y había más facilidad, además porque había contrabando, todo eso era más fácil conseguirlo...” (PAM1)**

**“...me hice amigo de un, de un muchacho mayor que yo y ese fue el que me dijo: “jale a echarnos por ahí un trago” y ahií fue cuando comencé a tomar y ya comencé...” (PAM2)**

**“...ahí en el muelle [tenía nueve años de edad]...en las madrugadas hacía mucho frío, entonces a mí me regalaban pocos de cerveza, tome, con esto se calienta, yo llegaba y me lo tomaba y me sentía bien, las primeras veces vomité porque me marié y todo, porque el barco se mueve mucho, pero ya después me acostumbré, ya no era media cerveza, ya era un poco más de media cerveza, todas las noches...”**  
(PAM3)

**“...diayyy!, si...al iniciar en la bananera, yo tenía dieciséis años, diayy como dice el dicho el que con lobos anda a aullar aprende, veá (risas), ahí en la bananeras llegaban personas de todos los lados, y saben qué hacían? El día de pago me llevaban a un refugio, habían solo mesas, guaro, y luego me ponían a chinear a una mujer de esas (risas), llegaban los del resguardo pidiendo cédulas y diay yo no tenía, y ellos mismos me decían a usted no lo tocan, ahí todo el mundo andaba armado...”**  
(PAM4)

Lo antes mencionado es preocupante debido a que algunos inician el consumo de sustancias psicoactivas en la niñez y la adolescencia y lo refuerzan en las otras etapas de la vida, el cual conlleva a un *modus vivendi*, marcando así en forma no positiva su crecimiento y desarrollo de vida, es decir, su propio proceso de envejecimiento. Esto se justifica en lo que expresa Sánchez y Berjano (1996), que el consumo problemático de sustancias psicoactivas debe entenderse dentro del marco de su significado como fenómeno social, asegura que para nadie es un secreto que a lo largo de la vida y de la historia misma, siempre ha existido el consumo de este tipo de sustancias que se ha realizado desde una perspectiva ritual-religiosa, médico-curativa y de uso recreativo según el entorno cultural y la época. Sin embargo, manifiesta que la conducta aprendida por las personas desde el seno de la familia es reforzada en los espacios habituales en los que crecieron. Lo que consolida el consumo.

#### **4.1.2 Carrera adictiva**

Una vez desarrollado el proceso de consumo problemático de sustancias psicoactivas, se ponen en manifiesto los efectos de la sustancia, que suelen implicar tanto procesos de descontrol como de desinhibición.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994) el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas se produce una vez que las personas comienzan a tomar en exceso, porque causa cambios fisiológicos que hacen que beber más sea la única forma

de evitar el malestar, o bien, reducir o evitar el síndrome de abstinencia. Lo que provoca que el problema se perpetúe.

De acuerdo con Guardia, Surkov y Cardús (2007), el problema del consumo adictivo al alcohol y otras drogas activan el circuito de la recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico (sistema amígdala-accumbens e hipocampo), utilizando los mismos mecanismos fisiológicos que los reforzadores naturales como lo son: el agua, comida, conducta sexual; entre otros. Por tanto, a mayor intensidad de los efectos reforzadores de una sustancia, más constantes van a ser los recuerdos relacionados con esta y más imperiosa la necesidad o el deseo (“craving”) de experimentarlos nuevamente. Un deseo imperioso que puede dispararse en determinadas situaciones y que también puede poner en marcha comportamientos automáticos aún más insistentes de búsqueda y por ende, el consumo de dicha sustancia.

Por su parte, Rodríguez (2011) comparte con las persona autoras anteriormente citadas, que el alcohol es una sustancia de abuso que puede inducir cambios adaptativos en el cerebro y que si al principio inducía estados placenteros como la: euforia, sedación, desinhibición social, locuacidad, bienestar; entre otros, lo cierto es que se convierte en un elemento que, cuando desaparece, provoca un síndrome de retirada que se manifiesta con mayor o menor intensidad y gravedad dependiendo de la persona, y vuelve a su “estado natural”.

Los autores antes mencionados, indican que el consumo reiterado de sustancias psicoactivas va creando un “estado de necesidad” que va adquiriendo privilegio sobre otras situaciones o intereses, sumado al deterioro progresivo para ejercer auto-control sobre la auto-administración y a la generación de cambios en la manera de pensar, opiniones, actitudes y motivaciones en relación a la sustancia o sustancias de abuso, estableciéndose una relación más estrecha y desarrollándose cierto grado de dependencia.

Asimismo, expresan que además de convertirse en una persona adicta fisiológicamente hablando, se convierte también en una persona dependiente psicológica, anticipando solamente las posibles ventajas y efectos positivos del consumo de la sustancia y considerando que cualquier ocasión puede ser apropiada para consumirla, y como consecuencia se produce el incremento en su consumo. Ellos lo ejemplifican de la siguiente manera: “...se produce por tanto un cambio importante en la “mentalidad” de la persona,

que puede llegar a ser tan irracional, pero emocionalmente tan intenso como el que se puede producir en un proceso de enamoramiento, durante cuya “luna de miel” la persona amada queda revestida de un manto protector en el que la idealización y el deseo pueden neutralizar cualquier resquicio de duda, convirtiéndose así a la persona amada como la ideal” (Guardia, Surkov y Cardús, 2007, p. 41)

Por su parte, la Asociación Americana de Psicología (APA) (2018) refiere que para algunas personas que abusan del alcohol, los rasgos psicológicos como la impulsividad, una autoestima baja y una necesidad de aprobación, provocan que se beba alcohol de manera inapropiada. Aseguran que algunas personas toman para sobrellevar o "curar" problemas emocionales, dando lugar al descontrol y desinhibición.

La Organización Mundial de la Salud (1994) define que la desinhibición es un estado de liberación de las inhibiciones internas que influyen en el comportamiento de una persona, que puede ser efecto del consumo de una sustancia psicoactiva. Los participantes lo manifiestan:

**“...porque yo me sentía liberado, no sentía, nunca fui agresivo con nadie, pero si buscaba sentirme por lo menos diferente...una vez borracho, fui a las diez de la noche, conoces el cementerio de Guadalupe? [asiento con la cabeza], fui a las diez de la noche a hablar con ella a la tumba [con la mamá], a decirle lo que la quería, y muchas cosas más, abrazado ahí, son momentos extraños que tiene el vicio de alcohol, las cosas más sensibles, las cosas más grandes, no importan, uno agrede a todo el mundo y al otro día no se acuerda de nada. Cómo va hacer posible eso?, es un enigma, es desesperante, es algo que no se puede, no se puede entender, sin embargo, todas esas cosas yo lo hacía borracho, todas esas cosas, aunque yo nunca agredí a nadie, no bueno, nunca he sido agresivo, pero si lastimé a mi esposa y a mi hija, ellas se enojaban...” (PAM1)**

**“...un día estaba tomado, porque yo le digo a usted que tomado era cuando yo me hacía cosas que no tenía que hacer, tomado y pijado, me trepé en un árbol y comencé a llamar al diablo. “Vení” le decía yo, “Vení. Si existís, vení, vení, hijo ‘e tal” le decía yo. Y esa noche, eran las doce, y yo sentí como, como que comenzó a hacer mucho viento...agarró miedo, entonces me bajé y iba espantado por el cafetal...viendo para atrás y yo sentía que me agarraba el, (entre risas) hijo’e mi alma y yo me senté por allá y salí me fui pa’ la calle; vea hasta que me agarra frío, me dio escalofrío ahorita [y hace el gesto para enseñarme la piloerección de sus brazos] vea!, es que es cierto. Después, a mamá le**

contaron, a mamá le contaron que yo, estuve durmiendo en el cementerio...fijese que yo, yo me metí al osario, donde están todos los huesos, abajo; yo veía que brillaba algo así, y le digo, yo le decía al loco Lobas: “Lobas, vea abajo, mae vea abajo” le digo, “ahí hay algo que brilla”, me decía Lobas: “mae es un anillo” me decía, “de oro”, y me dice: “baje usted”, diay me dice Lobas: “no, yo voy a bajar”, y era un anillo con una esclava que había dentro de todos los huesos yyy siempre he tenido eso ¿’a?. Después yo dormí debajo de una tumba, no viera que, qué vida la mía, y a mí no me daba miedo, ¡vieras que no me daba miedo!... (PAM2)

“...entonces yo llegaba con algunos...y yo me tomaba una cerveza y para mí era...o sea, me desinhibía...me...me transformaba en otra persona...era el PAM3 alegre...contaban chistes, fumaba, aprendí a fumar ahí...bailaba...bailaba suelto, bailaba zapateado, bailaba de todo...y cuando pasaba el efecto de eso, pues era ya de noche y ya yo estaba acostado, verdad, así fue como yo empecé a descubrir la fórmula mágica para sacar todo, para sentirme libre, olvidar por un rato, por un tiempo, todas las chililladas y los castigos que me ponían...lo enfermo que estaba, me orinaba todo el tiempo...lo mal que me iba en la escuela, lo mal que me trataban...y a trabajar y a trabajar...y a medio ir a la escuela, y así pasó el tiempo...pero sí, fue así como conocí el alcohol...” (PAM3)

“...y vea después del trabajo, que era duro, se tomaba uno un trago y se sentía alegre, en ese momento significaba...decía uno una alegría, sentirse uno solo, descargaba eso...” (PAM4)

A su vez, más adelante Guardia, Surkov y Cardús (2007), aseveran que el alcohol y otras drogas son sustancias químicas, que modifican el funcionamiento de determinados sistemas de neurotransmisión y circuitos cerebrales, los cuales son los responsables de los cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales que se observan tras su consumo.

En esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud (1994) menciona que la creencia de que las sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, ocasionan un comportamiento desinhibido por sus propiedades aparece con frecuencia en las teorías fisiológicas del siglo XIX sobre la desactivación de las inhibiciones que se localizan en “los centros superiores de la mente”. Sin embargo, resalta que la “teoría de la desinhibición” se utiliza más bien para diferenciar esta afirmación de una perspectiva más reciente en la que



los efectos farmacológicos están mediados en gran medida por las expectativas culturales, personales y por el entorno.

También se sabe que el consumo problemático de sustancias psicoactivas interfiere en otros aspectos cruciales como el rendimiento académico, o la propensión a realizar conductas de riesgo tales como mantener relaciones sexuales desprotegidas, la conducción temeraria de vehículos o las conductas violentas o vandálicas (Cortés, Espejo y Giménez, 2008).

**"...es como esa muchachita que te comenté...que tuvo relaciones con dieciséis maes...yo decía: "¿Qué hijue pucha! ¿Cómo hará para meterse con uno ahorita y ahorita viene otro y otro? "...yo tenía relaciones con varias ¿ve'a?." (PAM2)**

**"...llené el carro, ya le dije, de droga y dije ahora me voy para Puntarenas...me meto a un hotel y me pego la gran fiesta y no pasé de la agencia Datsun, hasta ahí llegó la fiesta, porque me puse a fumar marihuana, me puse a consumir coca, alcohol, yo tomaba dentro del carro, y al día siguiente cuando vi fue un policía parado a la par mía, de tránsito...me dice mire señor, voy a llamar a mi compañero, para yo poderle llevar su carro a la casa, porque usted no está en condiciones, gracias a Dios que usted ayer lo parqueó...pero yo dije a lo último...yo no voy a manejar más, porque puedo causar un accidente..." (PAM3)**

**"...me dice una colombiana que administraba un bar ahí en Guápiles... qué PAM4 se va a quedar? ...qué puedo hacer? ...sí!... (risas)...me tomaba dos cervezas y pum!... ahí está el cuarto...hay tele, hay equipo de sonido... llegaba y al rato me daba una vuelta a ver qué estaba haciendo yo?... llegaba con un bistec encebollado y una cervecita...y yo acostadito ahí!, en una cama...(risas)..." (PAM4)**

Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010) señalan que tampoco se debe obviar que el tabaco y el alcohol pueden actuar como facilitadores para una posterior experimentación con marihuana y una posible progresión hacia el consumo de otras drogas ilegales, tal y como propone Kandel (1975) en su Modelo Evolutivo. De acuerdo con este modelo el uso de una droga legal es condición necesaria pero no suficiente para el avance a una etapa posterior (consumo de otras drogas ilegales).

Es importante mencionar que en esta investigación el adulto mayor que inició en la adultez temprana dejó su consumo a la edad de cuarenta y tres años. Es decir, tuvo una carrera adictiva de veintidós años aproximadamente, sin embargo, hoy con fumado activo.

**“...y a los veinte a veintitrés años, yo tomaba todos los días, y a los cuarenta y tres años me hizo recapacitar que la vida tiene, debe tener mucho más que beber...” (PAM1)**

Por el contrario, tres adultos mayores de cuatro, que iniciaron su consumo de alcohol en la etapa de niñez e inicio de la adolescencia, hicieron una carrera adictiva de más de cincuenta años; sólo uno de ellos mantiene el fumado activo.

**“...entonces yo una vez dije: “No, yo tengo que dejar el guaro ya” ¿ves?, y ya comencé y de, de eso hace ocho años que todavía yo andaba haciendo daños. De eso como ocho, diez años yo dejé el licor, pero sin meterme a grupos de nada...” (PAM2).** Cincuenta y seis años de carrera adictiva, hoy sin fumar.

**“...yo vivía...escondido en unos matorrales, ahí estuve tamaño tiempo, hasta que llegaron mis dos hijas papá, lo vamos a llevar a un hogar muy bonito (tenía sesenta y seis años de edad)” (PAM3).** Cincuenta y siete años de carrera adictiva, hoy con uso activo del cigarrillo.

**“...yo estaba como le dije ahí en ese lote, pero había muchos piedreros...siempre...tomaba pastillas...guaro...cacique... contrabando, porque ahí vendían contrabando...Y todo eso fue justamente antes de venir aquí...hace como dos años...” (PAM4).** Carrera adictiva de cincuenta y cinco años, hoy sin fumar.

Fernandes (2015) manifiesta que posteriormente al inicio de consumo con las sustancias psicoactivas se convierten- muchos de ellos- en dependientes de otras sustancias. Dando apertura a lo que se conoce como carrera adictiva.

La carrera adictiva es un término que no viene explícito en los diferentes textos de consulta científica; sino que es parte del argot, principalmente, de aquellas personas consumidoras de varias sustancias psicoactivas a lo largo de su vida. En este estudio resulta importante mencionarla porque al ser parte de su propio vocabulario, fue mencionada por dos de los cuatro adultos mayores participantes. Caracterizándose que quiénes la expresaron evidentemente fueron los que la experimentaron, dándole un carácter de mucha relevancia dentro de su mundo vivido.

Se puede entender como carrera adictiva, el proceso que se va desarrollando desde el inicio de consumo hasta el proceso de mantenimiento de la adicción e inclusive durante la rehabilitación.

La misma se desarrolla por la dependencia física y/o psicológica a la sustancia y dentro de esta la tolerancia, que según la Organización Mundial de la Salud (2004) esta última es la que hace que sean necesarias dosis mayores de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.

Inclusive según Guardia, Surkov y Cardús (2007) manifiestan que tanto las situaciones estresantes como los diversos disparadores presentes en el contexto, predictores de la disponibilidad de una sustancia, o bien, la presencia de una pequeña dosis, pueden provocar estados de deseo intenso (“craving”) de consumo del alcohol u otras sustancias psicoactivas y que pueden conducir a la recaída.

Más adelante, estos mismos autores, detallan que cuando el efecto disparador del craving se produce por la administración de una pequeña dosis de la sustancia, se conoce como efecto “priming o efecto “cebador”, y que inclusive se suelen producir efectos de priming cruzado entre sustancias diversas, de manera que un pequeño consumo de cannabis, cocaína o inclusive benzodiazepinas (BZD) pueden disparar el craving de alcohol en una persona que presenta dependencia del alcohol y viceversa. Lo anterior, explica el mecanismo que genera la carrera adictiva de las personas que participaron en el estudio.

**“...comencé con el alcohol...ya estoy rehabilitado...hoy, sólo fumo...”  
(PAM1)**

**“...comencé a conocer el licor, en ese tiempo se tomaba Highball con Coca Cola...ya comencé a fumar cigarros. ¿Ves? Comencé a probar eeeh!...unas pastillas que se llaman Artane...un polvo que se llamaba Polvo de Ángel, después había coca, que siempre la coca toda la vida ha existido...ah bueno!, había un cilindro de un gas: Cloruro de Metilo, pero eso era de veez en cuando...¿vea?, entonces, lo que sí me agarró más tiempo fue la, la, la marihuana, más tiempo, ¡y dele, y dele, y dele todos los días, todos los días! día y noche fue eso...Después, ya fue cuando lo más fatal fue cuando...conocí la, la piedra...eso hizo que dejara el licor. ¡La piedra hizo que dejara el licor!, pero ¡día!, me fue peor porque fue cuando perdí toda la familia...y hasta la ve, estoy aquí, en este albergue...pero yo no fumo...” (PAM2)**

**“...empecé con una o dos cervezas...probé la marihuana, cocaína, los hongos, el thiner, la gasolina, el Sani Pine, yo tomé todo eso, el alcohol de las siete hierbas...el crack o la piedra, el alcohol fue el único que me siguió, yo lo seguí porque yo lo amaba...hoy me fumo un cigarro en la mañana, después del café, uno a las nueve, después del café, uno al**

**medio día...y hay veces a las cinco me fumo otro, pero hay veces...pero es que antes era a las cinco de la tarde uno de fijo, después me metía a oír música al cuarto y a las siete otro...y antes de dormirme iba ahí al balcón y me fumaba el otro, y a las nueve otro y a las diez otro y a las once otro...y cuando me desvelaba era peor...ahora no...hoy no practico esas cosas, hoy a las cinco o a las cinco y media después de que como y me tomo las pastillas de la noche...lorazepam...yo tengo un tratamiento de pastillas, que son dos lorazepam en la noche, dos amitriptilinas en la noche y en la mañana una lorazepam...” (PAM3)**

**“...sí...siempre...tomaba pastillas...guaro...cacique...contrabando...hasta que llegué al albergue...yo no fumo...” (PAM4)**

Es importante mencionar, que además de tener en cuenta el tipo y la proporción de la sustancia psicoactiva ingerida, las diferencias en la anatomía del cerebro de cada persona, del ambiente y contexto social en el que se desenvuelve, el pasado de la persona, y en definitiva, lo que realiza en su día a día (conducta alimentaria, trabajo, deporte, ocio...) resultan ser factores que pueden incidir en la continuidad de consumo o no e inclusive que se genere o no una recaída.

Como se ha mencionado anteriormente, dos de los cuatro adultos mayores participantes mantienen un alto consumo de cigarrillos. Es importante mencionar que, durante la revisión de los registros, de las cincuenta seis personas albergadas diecisiete adultos mayores mantienen un consumo activo del fumado, de los cuales diez no reciben pensión.

**“... (no solicita permiso para iniciar el fumado, se nota un poco ansioso, con tremor) con mi segunda esposa (pide permiso para fumarse un cigarrillo y empieza a mover los pies constantemente)...entonces decía Antonio Machado...(inicia a fumarse un cigarrillo)...” (PAM1)**

**“...hoy lo que hago es fumar...y me genera, cómo le explicara yo...es como una...como una...es que no tengo palabras...como que me...como que me...me llena un vacío...verdad...” (PAM3)**

Según, Gubner et al. (2016), la tasa de metabolismo de la nicotina es un factor importante que influye en el comportamiento de la persona fumadora, la dependencia y la eficacia de la terapia de reemplazo de nicotina. En su estudio examinó la hipótesis de que el

abuso crónico de alcohol puede acelerar la tasa de metabolismo de la nicotina y por ende su alta dependencia.

Estos autores, tuvieron como resultados que hubo una disminución significativa en la RMN urinaria (RMN, es un biomarcador para la tasa de metabolismo de nicotina) durante las 7 semanas posteriores a la abstinencia alcohólica ( $F(2,42) = 18,83, p < 0,001$ ), lo que indica una disminución en la tasa de metabolismo de la nicotina. En promedio, la RMN disminuyó 50.0% desde el inicio hasta la semana 7 ( $9.6 \pm 1.3$  vs.  $4.1 \pm 0.6$ ). No hubo cambios en el TNE urinario a lo largo de las tres sesiones, lo que indica que no hubo cambios en la ingesta diaria de nicotina. Los resultados apoyan la idea de que el abuso crónico de alcohol puede aumentar la tasa de metabolismo de la nicotina, que luego disminuye con el tiempo después del cese del alcohol. Aseveran que esta información puede ayudar a informar futuras intervenciones para dejar de fumar en esta población.

Es decir, el consumo de alcohol acelera la rapidez con que el cuerpo descompone la nicotina. Este hecho podría ser un factor contribuyente de las bajas tasas de abandono del tabaquismo en las personas fumadoras y adictas al alcohol.

Continuando en esta misma línea, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2016) afirman que a las personas que descomponen la nicotina de forma más lenta se les hace más fácil dejar de fumar, porque la nicotina permanece más tiempo en sus cuerpos. Al beber alcohol se descompone más rápidamente la nicotina en el organismo y el cerebro pide más ingesta de esta, fumando más.

De esta manera, aseveran que la relación entre el consumo de tabaco y el alcohol es una relación poco estudiada, y por tanto muy poco considerada por las y los profesionales sanitarios. Afirman, que tanto el alcohol como la nicotina son drogas psicoactivas que se potencian mutuamente.

A su vez, Nieva et al. (2004) afirman que la prevalencia de personas fumadoras entre las personas alcohólicas es elevada; aseguran que paradójicamente, esta dependencia dual no ha sido una prioridad de estudio para la comunidad científica, por lo menos hasta el momento. Y manifiesta que, actualmente, la interacción del tabaco y el alcohol tiene en nuestra sociedad el mayor coste social y sanitario de la historia, muy por encima de los causados por otras dependencias.

Estas mismas personas autoras aseveran, más adelante, que, sin ninguna base científica, muchas y muchos profesionales han considerado que el tratamiento antitabáquico en personas con enfermedad adictiva al alcohol recientemente desintoxicados provoca recaídas etílicas. Por ello, habitualmente se pospone el tratamiento para dejar de fumar hasta el momento en que la abstinencia alcohólica está más consolidada.

Sin embargo, hace un llamado de atención y manifiesta que aumentan las publicaciones de estudios que ponen entredicho esta creencia y cada vez es más cuestionada la veracidad de este postulado. Más bien, argumentan que cuando el abordaje terapéutico para el alcoholismo y tabaquismo es simultáneo, los resultados son más evidentes en el caso del alcohol. Afirma que, una posible explicación de los pobres resultados en relación al tabaco podría residir en que, hasta la fecha, los tratamientos antitabáquicos que se realizan en dichos estudios, son de baja intensidad. Quedan, por tanto, cuestiones sin resolver que deberían ser prioridad de nuevos estudios, como el tipo de intervención antitabáquica y el momento adecuado para abordar las dos dependencias.

Ante esta posición, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2016) también comparte esta misma preocupación expresando que el uso de las “gafas de no ver” de las y los profesionales sanitarios, se agrava en este caso por el uso de las dobles “gafas de no ver”, por la poca disposición a ver el problema y por ende a intervenir.

También es relevante mencionar que si bien es cierto las personas adultas mayores se encuentran en un proceso de rehabilitación, es evidente encontrar expresiones relacionadas con una conducta adictiva en sus narraciones de su mundo vivido.

Esta conducta adictiva, es una manifestación real que las personas padecen de una enfermedad adictiva. Según, Guardia, Surkov y Cardús (2007) afirman que si bien es cierto esta enfermedad adictiva puede tener su inicio en cualquier etapa de la vida y debutar con cualquier sustancia, con juego patológico, o incluso con una adicción al trabajo, puede irse añadiendo otras conductas adictivas químicas o comportamentales reconociéndose como un agravamiento progresivo de la enfermedad y un ensombrecimiento de su pronóstico, a menos que su evolución se detenga, bien sea, mediante un tratamiento especializado, o bien, por los propios medios de la persona afectada, sin embargo, afirma que suele persistir una tendencia a sustituir unas conductas adictivas por otras y también hacia la recidiva.

A su vez, como se ha manifestado con anterioridad, el contexto donde se recuperan las personas adultas mayores es un ambiente con presencia de nicotina.

Según, Guardia, Surkov y Cardús (2007), ésta activa los receptores nicotínicos situados en el cuerpo de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral, liberando dopamina y aumentando la actividad glutamatérgica. Asimismo, el humo del tabaco contiene además otros productos químicos inhibidores de la mono-aminooxidasa A y B, los cuales consiguen un mayor incremento de la liberación de dopamina, y, por tanto, un mayor efecto reforzador que la propia nicotina, cuando se administra aislada del humo del tabaco.

Como ya es sabido, señalan estos mismos autores, el consumo crónico de sustancias psicoactivas produce cambios adaptativos que tienden a ser opuestos a sus efectos agudos, esto hace que ante el detenimiento del consumo se intensifique un estado de hipodopaminergia que se puede manifestar mediante síntomas de anhedonia, disforia y un intenso deseo de consumo que pueden conducir a la recaída.

A lo anterior citado, continúan mencionando estos autores, se le suma el efecto del estrés, como otro factor que puede aumentar el efecto reforzador de las sustancias psicoactivas, sensibilizar el sistema de recompensa y actuar como un estímulo condicionado que incrementa la vulnerabilidad hacia la recaída. Resulta, entonces con urgencia remarcar la vulnerabilidad asociada a esta población.

#### **Ilustración 24. Factores que incrementan la vulnerabilidad hacia la recaída.**



*Fuente:* Elaboración propia basado en lo que argumentan Guardia, Surkov y Cardús, 2007.

#### **4.1.3 Conducta adictiva**

A continuación, se señala uno de los textos expresados en relación con la conducta adictiva por uno de los adultos mayores que no fuma actualmente:

**“...Es que vea el problema que tengo yo: Yo llego y me compro seis chocolates aquí, en la noche, hace, hace tres meses de eso, unos muy ricos que venden de cien, al otro día fui y me compré otros seis, no me dejaban dormirme, porque el chocolate como que, que me hace un efecto que me quita el sueño, me da el insomnio, no duermo, duré una semana comprándome seis chocolates, y digo yo: “Qué problema es con las personas como yo, que lo que prueban les gusta.” Ahora todos los días me estoy tomando una, un vaso de leche y cinco bananos en la noche, antes de acostarme, y ya antes no lo hacía, entonces tengo que parar por cosas así, porque soy, ¿Cómo se llama?, hay una palabra, que hace que yo me meta en lo que me gusta, todo me gusta, la eeh, no sé...(PAM2)**

Entre otros de los datos importantes de mencionar, es la cosmovisión con relación a las relaciones vividas con sus parejas. Se denota entre todo un común denominador que es la evitación para generar un apego afectivo con el sexo opuesto, y por ende la ausencia a ejercer el rol de esposo sino en función a poseer “ese objeto”, la mujer.

Según Lagarde (2003) afirma que las características constitutivas de los círculos de vida particulares presentan transformaciones importantes a lo largo del ciclo vital, genérico y partículas de las mujeres, a tal punto que el predominio de algunas de ellas marca los ejes de periodificaciones posibles. (p. 47)

Por tanto, señala que el ciclo cultural de vida [espacio vivido] de las mujeres [cuerpo vivido] se estructura en torno a dos ejes fundamentales: su cuerpo vivido (sexualidad), y la relación con los otros (poder) [relaciones humanas vividas]. Al nacer, la mujer tiene ya la marca histórica del género en su situación particular. La sociedad está organizada para estos fines con el objeto de lograr una sexualidad específica destinada a recrear formas específicas de procreación y de erotismo, así como relaciones de poder caracterizadas por la asimetría, la desigualdad y la opresión genérica patriarcal.

**"...mi segunda esposa (pide permiso para fumarse un cigarrillo y empieza a mover los pies constantemente), fue que la conocí a través de una reunión en alcohólicos anónimos que ella iba...y ella me dijo que yo le gustaba, y que quería estar conmigo...y empezamos una relación..." (PAM1)**

**"...¡vieras que feo me va!, cuando yo conozco, conozco una mujer que me guste, pero el problema mío es que a mí no me gustan las mujeres casadas, ni nada de eso, sino que me gustan las mujeres jóvenes, eeese es mi problema!...las muchachas de quince...menores...entonces yo**



comienzo a estar con ella, peero, yo sé con quién estoy, a la vez, pero como yo le he dicho a usted: me gusta estar con ella, me gusta estar con ella, no importa que ella ande con quien sea; pero comienzo a encamotarme con la mujer eesa y me caí otra vez, cuando me di cuenta, ya no estaba ni con eeella y ya estaba metido en otro cafetal...entonces, me enredo y rápido estoy enamorado de lo que me gusta, de la, de lo bonito, ¿me entiende?, y yo soy un, una cosa extraña, yo: a mí me gusta lo bonito...hago lo propio para que esté conmigo, aunque sea como sea ella, aunque no me quiera, ¿me entiende?. Entonces el problema que yo soy el que suuufro, porque al final ella no me quiere, tal vez me quiere porque le estoy regalando dinero, entonces le digo: "tome esto", "tome esto", "te regalo esto", la cosa es que esté conmigo..." (PAM2)

"...a los treinta y cinco años me casé otra vez, con la secretaria mía, Carmen, siempre, ella siempre me había querido, entonces yo dije estas palabras: esa mujer nunca me dejará!, ella estaba muy enamorada de mí y yo andaba en los deschaves...y me casé con ella, me casé e inmediatamente quedó embarazada, después vino otro embarazo, en la cuarentena vino otro embarazo...la vida que yo le di, yo consumía alcohol, guaro, bueno!, llegó...y me dijo: yo quiero el divorcio, porque vivir con usted es como vivir con un hermano, nada de nada, todo el tiempo pasa borracho...yo le dije: qué, sí!, yo quiero el divorcio y, en lugar de decirle mirá Carmen, conversemos, vamos a un lugar neutral y conversamos y yo sé que yo hubiera hablado con ella y me hubiera dado un último chance...pero no fue así, mi egocentrismo y mi machismo, le dije ah sí!, dónde hay que firmar?, de por sí a usted nunca la he querido!, ahí se le salió una lágrima!, nunca se me olvida!, porque si yo la quería!, mi ego no me lo permitió decirle!, yo sé que hubiéramos llegado a un arreglo, y me hubiera dado una oportunidad, y además de eso le dije: yo me casé con usted para que no me dejara el tren y para tener una mujer, le dije esas palabras tan hirientes, ella me dijo, ah bueno!, voy a decirle a la abogada que sí!, que prepare los documentos..." (PAM3)

"...el año pasado conocí una chamaquilla aquí...una carambillas, estaba en el colegio pero salió porque los papeles salieron equivocados y no pudo este año, entonces no está estudiando...es una carajilla de diecisiete años...y me cuadró (risas)...y supuestamente que yo le caí bien, dice...pero tiene un problema...me llamó la atención, estaba yo hablando con otras estudiantes que vienen aquí de la U...y me dijo:...yo pasé ayer, lo vi hablando con unas muchachas ahí...no! les digo son unas visitantes de ahí mismo...es una amistad...pero es que no tiene tata ella aquí...ella no es de esas mujeres que son así...interesadas, no!...no!...me pregunta que qué sembraba...yo estoy haciendo experimentos, sembrando de todo (risas) usted vio por molestar le digo

**quiero hacer un experimento con usted (risas)...me dice por qué?...pero poquito (risas) un experimento así poquitito y vieras que Diay!, me siento un poquillo confundido..." (PAM4)**

Lo anterior, Lagarde (2003) mencionando a Gramsci (1975) lo llama: Un día en la vida; el cual lo define como "...cada individuo no es sólo la síntesis de las relaciones existentes, sino de la historia de estas relaciones, esto es, el resumen de todo el pasado..." (p. 48).

A manera de conclusión, Lagarde (2003) asevera que nacer mujer implica un futuro prefijado, y nacer en una clase específica, en el mundo agrario o en el urbano, en una tradición religiosa determinada y vivir en un mundo analfabeto o letrado, tiene un peso enorme en la definición de las vidas de las mujeres (p. 51). Sin embargo, refiere que es el análisis de la particular forma de entrelazamiento de estas y otras determinaciones históricas y lo que cada mujer logra hacer con su bagaje vital, lo que permite anticipar o explicar qué sucede para que una mujer realice o no un papel o rol en la sociedad.

La opresión de género está activa en el mundo. A pesar de los logros, la vida de cada mujer contemporánea sucede en condiciones históricas de hegemonía patriarcal. Las maneras de vivir de los hombres y de realizar sus identidades, los acontecimientos y los hechos que caracterizan al mundo actual tienen una evidente impronta patriarcal. Por ello, los cautiverios de las mujeres están vigentes como un esfuerzo por teorizar y aproximarse a la opresión de las mujeres madresesposas, monjas, putas, presas y locas. Todas ellas referentes simbólicos de estereotipos sociales y culturales, que sintetizan las normas paradigmáticas de género de la relación entre la sexualidad y el poder de dominio que fundamenta la dimensión patriarcal de la existencia de las mujeres. (Lagarde, 2003, p.1 mencionando a Goldberg, 1983)

#### **4.2 PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS Y ACCIONES QUE SE GENERAN DE LAS VIVENCIAS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES CON RELACIÓN AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**

En la presente sección se trata de identificar las vivencias de un grupo de personas adultas mayores participantes en este estudio, en relación al consumo problemático de sustancias psicoactivas; asumiendo que las vivencias no solo son los conocimientos directos de un acontecimiento vivido, realizado, sufrido, sentido en un individuo a lo largo de la vida (Escobar, 2009, p. 15), sino es una unidad indivisible en la que se encuentra representado tanto por el ambiente en el que vive la persona como lo que la misma experimenta; es decir, las características personales y las situacionales (Vygotsky, 1996, p.p 383). De allí, que se dice que la vivencia, es una unidad indivisible entre lo exterior y lo interior, es la parte más subjetiva de la cultura (Esteban, 2011), ya que en todo proceso de interiorización y exteriorización no existe una reproducción/transmisión rectilínea sino que la persona al recibir del exterior (discursos, imágenes, signos, interacciones) se apropia de diferentes maneras, exteriorizando la comprensión de lo recibido según lo pautado por la cultura en el que se encuentra, pero ya con un matiz subjetivo y transformador.

Pero cabe resaltar, que el autor antes mencionado expresa que no todas las vivencias llegan a ser significativas para la persona (comprendida, aceptada, negociada interiormente); pero aquellas que si llegan a serlo dan origen a la emergencia de una experiencia. Por tanto, una experiencia significativa se cimienta a partir de un conjunto de vivencias que también lo son, que en su unidad micro indisoluble entre lo personal y lo cultural dan pie a una secuencia de articulaciones dinámicas a través del tiempo y el espacio.

Para ello se parafrasea a Freire al referirse que en todo trabajo con personas es “...fundamental partir que el ser humano no puede considerarse como un ser incluido (en), sino que a partir de su característica humana, de su conciencia, de su existencia y permanencia en el mundo, establece una relación que lo lleva a estar en y con el mundo, condición que es certificada por la praxis, como acción-reflexión, que transforma no sólo el entorno natural, sino al ser humano, ya que es un ser de relaciones y no sólo de contactos, no sólo está en el mundo sino con el mundo” (Freire, 1976, p.28). Además, refiere que todo ser humano tiene pensamientos, sentimientos, emociones, actitudes, intereses, motivos,

necesidades, deseos o pulsiones, creencias, prejuicios, dogmas; entre otros que repercuten en su accionar. Sin embargo, antes de que un ser humano logre tomar acciones, requiere haber vivenciado un proceso autoconocimiento y autocomprensión, por lo que, es imperante hacer referencia a la autoestima.

Para Navarro (2009) la autoestima tiene tres componentes. El primero, se da a nivel cognitivo; el cual hace referencia a las opiniones, ideas, creencias, percepción y procesamiento de la información; por lo que resulta ser el concepto que se tiene de la propia personalidad y de la conducta. En este estudio corresponde a los pensamientos relacionados con el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

El segundo, se manifiesta de una forma afectiva, tiene un componente valorativo, lleva al reconocimiento de lo que hay internamente desde lo positivo y lo negativo, y de lo favorable o desfavorable, desde la percepción de la persona de sí misma. Cabe señalar que es este componente de los sentimientos es lo que concierne al presente estudio.

Y el tercero, se expresa a nivel conductual; que se refiere al modo de actuar, a la intención y actuación que hace la persona por sí misma, es decir, cómo se enfrenta el yo con el yo, que corresponde en la presente investigación a las acciones. Tanto el segundo componente como el tercero se profundizarán en los apartados correspondientes.

En resumen, según Navarro (2009), el proceso de construcción de la autoestima de las personas está determinada por la suma de sus pensares, sentires y haceres, en la medida que la persona vaya obteniendo las herramientas necesarias tanto a nivel cognitivo, como afectivo y conductual.

Por lo anterior, en este trabajo investigativo la autora considera a la vivencia en su pilar fundamental a la experiencia directa o indirecta de un evento y/o acontecimiento por parte de una persona a lo largo de su vida. Es importante mencionar que en la presentación de los resultados se parte de las vivencias expresadas por las personas involucradas en sus relatos por medio de pensamientos (pensares), sentimientos (sentires), y acciones (haceres) según los cuatro existenciales (mundo vivido).

A su vez, acotar que la autora del presente trabajo es consciente que, si bien es cierto en todo ser humano los pensamientos, los sentires y los haceres son parte integrante de la vida, del bienestar y de la salud, por razones académicas se ha considerado presentarlos mediante apartados separados.

#### 4.2.1 Pensares

*"...una lección de vida es entender, llegar a entender de que hay muchas cosas delante de mí, y que yo las tomo como metas para lograrlas y me doy cuenta que sí tengo la capacidad de luchar por ello..." (PAMI)*

En este apartado se describe y analiza los pensares de las personas adultas mayores participantes en este estudio. En cuanto al pensar es una actividad mental no rutinaria que requiere esfuerzo, o como lo que ocurre en la experiencia cuando un organismo se enfrenta a un problema, lo conoce y lo resuelve. También se define como la capacidad de anticipar las consecuencias de la conducta sin realizarla. El pensamiento implica una actividad global del sistema cognitivo con intervención de los mecanismos: memoria, atención, procesos de comprensión, aprendizaje, entre otras, es una experiencia interna e intrasubjetiva.

En este mismo sentido el pensamiento es, ante todo, un proceso de cognición generalizado de la realidad, para formar conceptos en los que se reflejen de manera particular" (Villalba, 2006, p.7).

Según Guarneros (2014) el moverse en torno a la unidad del pensamiento, se logra la aproximación a su comprensión y expresión. Este mismo autor hace referencia a Nicol (2001) el cual menciona: que pensar es comunicar. Y comunicar es una exposición, pues pensando se expone al ser. Posteriormente, relaciona el pensamiento al movimiento, afirmando que juntos lograrían la integración: proceso continuo de acoplar en la palabra lo que por sí mismo ya está acoplado; y esta integración se da debido al autoconocimiento.

En esta misma línea, el Departamento de psicología de la Salud (2018) refiere que el pensamiento o la cognición, es una actividad mental asociada con el procesamiento, la comprensión, la capacidad para recordar y para comunicar.

Para Wong (2016), es un fenómeno psicológico racional, objetivo y externo derivado del pensar para la solución de problemas que aqueja día tras día.

Por tanto, se comprende como pensamiento en el presente estudio como: el conjunto de ideas objetivas y subjetivas que comunica el participante con relación al consumo problemático de sustancias psicoactivas, exponiendo en parte su ser, lo que fortalece el proceso de autocomprensión, autoconocimiento y la construcción o reconstrucción de posibles soluciones de las situaciones cotidianas.

Por tanto, a continuación, se trabaja la autocomprensión y el autoconocimiento desde los siguientes constructos: 1) pensarT: se caracteriza desde los pensamientos de introspección; 2) recuperarT sin conciencia: manifestado mediante varios sub-constructos, según el relato de los participantes: tocando fondo y llegando al albergue, y, la edad, como antesala del inicio de un nuevo camino.

Es importante mencionar que los pensamientos de introspección se mantienen a lo largo de la vida, y son los que generan el cambio, sin embargo, a manera explicativa en este estudio, se presentan antes del consumo, durante y posterior al consumo problemático de sustancias psicoactivas.

A continuación, se presentan los hallazgos relacionados con los pensamientos de introspección: PensarT.

#### ***Antes del consumo de sustancias psicoactivas:***

Es importante mencionar que las características personales son una de las constantes más importantes que se relacionan con el consumo o no de sustancias psicoactivas. Considerando lo que plantea el modelo socioecológico, según Pons (2008). En esta investigación, una de las PAM participantes expresa su dificultad para poder decir un no como respuesta, y la manifestación de soledad como una particularidad en su estilo de vida a lo largo de los años.

**“...yo nunca digo que no...yo anduve por todos lados, nunca, nunca, me sentí solo, Dios siempre estuvo conmigo, es así...” (PAM1)**

Lo antes mencionado evidencia dos características claves o influyentes en su decisión del consumo a sustancias psicoactivas. Pues estas personas generalmente suelen adoptar actitudes pasivas o inhibidas a la hora de comunicarse con las demás personas, por su temor a ser rechazadas. Y como se ha mencionado a lo largo de este estudio, los pensares son parte constituyente de la autoestima, ya sea, en positivo como en negativo, que incluye el autoconcepto, desde lo conductual como desde la personalidad.

Tomando en cuenta, la perspectiva gerontológica, según Erikson (1950) mencionado por Schaie y Willis (2003), se espera que, en la vejez, la persona logre relacionarse con otras personas con confianza, que genere compañía y una sensación de

seguridad. Si se le dificulta alcanzarlo, entonces plantea este autor se aísla y experimenta soledad, lo cual puede acabar en depresión. Esto puede explicar lo manifestado por la PAM1.

Por tanto, el binomio persona-contexto se conjuga con el consumo de sustancias psicoactivas, como una manifestación de esta que encierra todo un significado social (compañía, evitar, sensación de bienestar, entre otros) alrededor de la sustancia y de sus efectos psicoactivos. Según, menciona Pons (2008) en la propuesta explicativa desde la socioecología del consumo de drogas.

También, pueden considerarse a estas características personales como factores de riesgo, o bien, factores protectores. Estos factores se definen como la suma de situaciones presentadas en el mundo de vida de las personas que pueden influir en el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Según la OMS (2004), la conducta antisocial, los problemas emocionales, así como el escaso rendimiento escolar, pueden ser desencadenantes de este consumo problemático, todas ellas presentes en la PAM1.

De esta manera, se puede mencionar que la dimensión personal, expresada a través del conjunto de autopercepciones, autoestima, autoconcepto, autoevaluaciones, pensamientos, entre otros, es un factor relevante que puede jugar un doble rol (protector o de riesgo) en la toma de decisiones trascendentales que determinan una acción, en este caso el consumo o no de sustancias psicoactivas.

Esta suele ser protectora si se cuenta con una serie de herramientas, habilidades y capacidades para la resolución de las demandas diarias, que es desarrollada desde la niñez y que se esperan sea fortalecida durante el curso de la vida, a través de las diversas experiencias vividas.

En su defecto, puede fungir como un riesgo si se carecen de estas y resulta en un empobrecimiento personal manifestado por la deficiencia en la regulación de acciones hacia el mundo exterior, en la autoregulación, organización y reorganización de las decisiones a la que se ve sometida la persona en la cotidianidad, que permite poder decir no ante un evento que puede causar daño, o elegir lo que menos puede ocasionar lesión personal, o por el contrario, realizar elecciones más favorecederas y de crecimiento personal.

Aunado a lo mencionado, lo son, la ausencia de las personas tutoras-responsables, y/o su conducta permisiva, y sin embargo no todas las personas que se ven expuestas a estas mismas condiciones consumen sustancias psicoactivas (NIDA, 2017). Esto porque esta conducta es multicausal, que depende de la interrelación de factores personales, familiares, contextuales, entre otros. Como se observa en lo expresado en la PAM2:

**“...mamá se venía en el último bus, ¿veaa?, y yo, y yo estaba escondido por ahí, por una calle, esperándola, para, para cuidala; porque la cuideeeeé, y la celaaba, como era mi madre...yo me acuerdo que no tenía pensamientos raros, sino que, yo decía: “¡pero diay, que tirada no hay comida!”...entonces ya, ya se me hizo costumbre, robars, ¿ves?...se frustró todo...yo quería estudiar...pero boté todo...[desde los ocho a los doce años de edad]...” (PAM2)**

Es importante detallar que, si bien la conducta de los niños adolescentes es más espontánea y menos perjudiciada, se espera que el binomio contexto – persona sea seguro y protector, pero en este caso es un factor determinante muy importante que marca las vivencias de esta persona a lo largo de su curso de vida, manifestado por la conducta adictiva y los limitados mecanismos de resolución a dicha conducta, y de una persona adulta que le demarque el camino y le acompañe en su transitar.

Esta falta de tutoría a edades tempranas priva al niño o al adolescente de obtener los cuidados y satisfacer plenamente su necesidad de ser escuchado, guiado, amado, comprendido. Le coarta de ser atendido según sus requerimientos emocionales, personales, económicos, espirituales, entre otros; generando un sentimiento de desprotección e inseguridades, que pueden manifestarse en conductas de rebeldía, agresividad, aislamiento, desmotivación, entre otros, todas estas favorecedoras de una búsqueda externa que sustituya esas carencias personales, siendo las sustancias psicoactivas una de las salidas no efectivas y momentáneas que le hacen experimentar dichas sensaciones.

Entre otros factores que pueden predisponer al consumo se encuentran el desempleo de los padres y madres, que genera una condición de pobreza, la presencia de las sustancias dentro del núcleo familiar, y el uso de alcohol en edades tempranas (NIDA, 2017). En el caso de dos participantes esto conllevó a realizar trabajo fuera del hogar y que le condujo al inicio del consumo de sustancias psicoactivas, como se puede observar en la PAM3 y PAM4:



**“...y entonces buscaba, yo buscaba cómo ganarme algunos centavos...me puse a trabajar y a trabajar y a trabajar...[tenía doce años], y a medio ir a la escuela, y así pasó el tiempo...yo barría...adquiría algunos centavos, con eso yo iba haciendo una buchaquita, para el sábado que me dejaban ir a tardes juveniles...entonces a mí me regalaban pocos de cerveza, tome, con esto se calienta, yo llegaba y me lo tomaba y me sentía bien...era alegre, contaba chistes, aprendí a fumar, bailaba suelto...así fue como yo empecé a descubrir la fórmula mágica para sacar todo, para sentirme libre, olvidar por un rato, por un tiempo, todas las chililladas y los castigos que me ponían...lo enfermo que estaba, me orinaba todo el tiempo...lo mal que me iba en la escuela, lo mal que me trataban...mi mamá no, mi mamá se quedaba callada, pero esos castigos eran diarios...pero sí, fue así como conocí el alcohol...pero es que yo, yo, yo quería tomar y tomar y tomar y seguir tomando, porque a mí me encantaba y porque era una válvula de escape...” (PAM3)**

**“...mi tata de crianza me enseñó (risas) a la edad de doce años a tomar licor, antes, como a los diez, claro!, él me enseñó a sacarlo y cuando estaba enfermo era el remedio que me daban (risas), un trago y punto, sin bocas (risas) para cualquier cosa que sintiera, sólo era el trago y ya está, sí, ya se compone me decía, ese viejillo tenía un dicho: je’puta, ya se va a componer...” (PAM4)**

Todo lo anteriormente dicho se argumenta en la OMS (2004) quien refiere que el problema se da cuando la persona encuentra sentido para su vida, pues experimentan estados y sensaciones gratificantes e inmediatas que no le ofrece su familia, amistades, la sociedad y la vida en general; generándose una falsa sensación de bienestar en las personas que consumen.

Lo anteriormente mencionado, confirma que la privación de una persona guía y responsable en los primeros años de vida ocasiona inseguridad, y una sensación imperante de búsqueda de protección que se mantiene a lo largo de la vida. Esto pudo generar en los participantes una sensación de vacío existencial y la búsqueda constante en un refugio que no necesariamente fuese positivo pero que le hiciese experimentar “satisfacción y sentimientos de placer” como relleno emocional a través del consumo de sustancias psicoactivas.

De esta manera, se puede concluir que en relación al pensarT antes del consumo problemático de sustancias psicoactivas en los participantes se encontraron aspectos personales importantes a considerar favoreciendo el inicio de este, como la falta de

autoestima, y por ende el autoconcepto debilitado, así como el autoconocimiento como factores vitales que se integran para la toma de decisiones protectoras a la integridad humana, aunado a la ausencia de personas responsables y tutoras o de la falta de cumplimiento de su rol como progenitores en los primeros años de vida hasta la adolescencia, potenciando sentimientos de soledad e inseguridad que de por sí ya estaban instauradas con anterioridad. Por tanto, el desarrollo de una personalidad basada en la seguridad y la presencia de una persona adulta responsable en los primeros años de vida son aspectos protectores fundamentales que pueden mitigar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.

Considerando, el punto de vista neurobiológico, según la Sociedad Española de Toxicomanías (2011) el paso del uso al consumo, del consumo al consumo problemático ocurre por el efecto de liberación de dopamina en el núcleo accumbens, lo que aumenta el deseo imperioso por la sustancia, estableciéndose el consumo, como se puede observar a continuación.

***Durante el consumo problemático de sustancias psicoactivas:***

Como menciona Wong (2016) los pensamientos son un fenómeno psicológico racional, objetivo y externo para la solución de problemas. Evidentemente implica un proceso complejo que permite fortalecer la autocomprensión, el autoconocimiento y la construcción de posibles soluciones a las situaciones que se presentan diariamente, pasando por un proceso de exposición del ser. Proceso que se ve expresado en la PAM1, PAM2:

**“...Un día, venía yo, tenía como tres o cuatro días de que no iba a la casa, mi hija, ella me esperó un día y eran como las once de la noche y me dijo que iba a ir a la escuela, que me estaba esperando, que cuando iba a dejar de tomar? y me dio tanta tristeza, eso fue el día anterior a mi cumpleaños, y yo le contesté: Mi amor mañana cumplo años, mañana empiezo a no beber, y ella me contestó: No papi no vuelva a beber, yo le regalo mi diploma de kínder y eso caló en mí, que una niña de seis años quisiera negociar la vida, su diploma de kinder por eso, que me estaba dando la vida a mí, es como el que le da un revólver a uno y le dice tome mátese, pero se lo da al revés...” (PAM1)**

**“...perdí toda la familia...por mis cosas que hice... ¿Ves? Yo, yo decía, “¡puña ya estoy mal yooo! ¡Ya voy mal!, decía yooo...porque yo tengo**

**de drogadicción, tengo, tenía, porque ya la paré, tengo como unos cuarenta años de drogadicción, tengo yo...a mí me decían, “ahora ya sos, te hiciste drogadicto y toodo”...y a mí me caía mal eso...el adicto es así...después yo, ya, yo no podía más, yo, yo, yo me sentía tan mal...y yo decía: “pero, pero ¿cuándo iré a cambiar yo?”, ¿ves?, yo siempre me pregunté eso “¿cuuáando yo iré a cambiar, yaa?”...pero no podía, no podía cambiar y entonces, yo decía: “¿por queeé?”...era una persona que pasaba, día y noche fumando droga, ¡día y noche era!...” (PAM2)**

Cabe destacar que estas dos personas muestran que los pensamientos de introspección se pueden movilizar por las personas más significativas, así como por aquellos acontecimientos importantes que les marcan su vida. Sin embargo, también suele suceder que la persona a pesar de las experiencias negativas en relación con el consumo problemático se mantenga según el modelo de Prochaska y DiClemente (1992), en la etapa de pre-contemplación, donde no considera que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida.

En consecuencia, no logra acudir a posibles soluciones positivas, sino que resuelve volviendo a ingerir la sustancia psicoactiva, fortaleciendo el ciclo de la adicción, la pérdida del autocontrol y el proceso efectivo de la toma de decisiones, volviéndose así las sustancias psicoactivas, el centro de donde giran todas sus actividades de la vida diaria, como se puede observar en el siguiente fragmento de la PAM4:

**[siendo adolescente] “...yo me fui para donde una hermana que tenía, de crianza...ella tenía el esposo...hasta me enseñó a sacar guaro y todo, contrabando, solo yo sabía dónde estaba la huaca (risas), diay! calcule que tenía una cantina, tenía la patente para licores nacionales, decía él (risas) y tenía una botella de cacique ahí (risas), si, y llegaba usted y solo por botella vendía y sólo yo sabía dónde estaba la pichinga así y yo deseaba que llegara un cliente (risas), cada tiro le daba un mechazo, yo decía uno para ti y otro para mí, sí, cada cliente me invitaba (risas)...Vea! yo empecé a tomar así seriamente a la edad de veinte años, cuando me sentía más ahuevado...ya a la edad de los veinte años empecé a sentir malestares, enfermo...con goma y todo me dolía...y la volvía a seguir...pero diay!...[durante su adultez] “...yo trabajaba siempre...y ya llegaba el jefe, de nosotros...ya llegaba jumo y me decía PAM4...dígame a Quincho que le mande un litro de guaro y una cerveza, para ponerle...y ya...ahí el día de pago, pagábamos...y a trabajar...ahí el guaro no faltaba ahí...vendían guaro...de contrabando (risas) si, yo me voy y me compro uuuna botella en la cantina de ron cañita y pasaba una llama yo, hasta silbaba...si (risas).” (PAM4)**

En síntesis, las tres personas antes descritas, según, Prochaska y DiClemente (1992), mediante su modelo transteórico, es a través de la etapa de la contemplación que la persona con consumo problemático a sustancias psicoactivas reconoce tener un problema, y por tanto logra estar más receptivo a la información en cuanto a su problemática y a las posibles soluciones, aunque no esté tan seguro cuando iniciar el cambio, dude de los beneficios de dar este paso, y entrar a la etapa de preparación para luego poder sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida y la prevención de recaídas.

En este sentido, se puede observar que los pensamientos hacia el ser se pueden ver motivados por personas que tengan un significado personal que motive la toma de decisión de dejar a un lado o continuar con el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Esta toma de decisión dentro de la dinámica del consumo problemático suele ser compleja pues ya hay un proceso adaptativo fisiológico que complica dicha decisión, por lo que suele suceder que la persona inicia o se mantiene en un círculo vicioso y debate cognitivo entre el querer dejar, poder dejarlo, y volver al consumo, que le trasciende, pues como se mencionó con anterioridad ya desde edades tempranas hay factores de personalidad y de autoestima lesionados, así como el establecimiento de límites por la ausencia de tutores adultos que no se resuelven con solo el transitar por el ciclo de vida, depende de las vivencias positivas y negativas del curso de la vida para irse retomando en su propio mundo vivido (espacio, tiempo, cuerpo y relaciones humanas), reconociendo que se tiene un problema, en primera instancia y por tanto, se dispone por decisión propia a fortalecer las habilidades, capacidades y estrategias que no ha podido desarrollar a lo largo de la vida, que en definitiva le ayudarán a autoencontrarse, autoamarse, autoperdonarse, autocuidarse e iniciar con posibles soluciones para su recuperación.

Lo que da pie a mencionar los pensares después del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

### ***Después del consumo problemático de sustancias psicoactivas:***

Desde la psicogerontología, la introspección según la teoría individualista propuesta por Jung (1960) mencionado por Tabloski (2010), manifiesta que dentro de cada persona hay fuerzas y tendencias en conflicto que necesitan ser reconocidas y reconciliadas, que dan pie al remirarse y darse la oportunidad para reflexionar y re explorar el mundo interior.

Como lo menciona, con anterioridad la PAM1 el cual implica que está más preparado para orientarse hacia las relaciones sociales y las cosas mismas.

**“...Para haber dejado de beber tuve que ver la vida diferente, aceptando las cosas que no puedo cambiar...no tener resentimientos y sabiduría para reconocer...el alcohol fue como la oportunidad de conocer más...qué defectos tenía, cómo me hice daño...el alcohol me vuelve al pasado, yo no puedo sólo, no puedo...” (PAM1)**

Sin embargo, también es cierto, que, si la tendencia es buscar respuestas y lo esperable es reencontrarse internamente, desde los logros y fracasos a lo largo de la vida, también lo es que no se logre. Si no se acepta lo que se ve o se siente, la persona tiende a introvertirse y continúa tratando de encontrarse a sí misma, tiende a sentirse mejor sola, con su mundo interior y los sentimientos propios, no con los del resto. Esto se ve aún manifestado en los casos de la PAM2 (setenta y tres años), PAM3 (setenta y un años) y PAM4 (sesenta y siete años) están intentando reencontrarse, autocomprenderse (etapa de precontemplación) para salir del consumo problemático de sustancias psicoactivas, como se puede observar en sus relatos a continuación:

**“...ya, ya no es aquella que decía: “bueno, voy a ir al cementerio, a pijarme”, ya no. ¿Después del desayuno?, ya no, ya eso ya se me quitó. Y es más, yo no quiero ya, yo no quiero eso, yo no quiero más, que yo cuando voy a San José veo esos cuadros en el suelo y digo: “¡Jue pucha!, yo anduve en esas” ¿ves? Yo estuve así y peor, porque a mí me faltó poco para pa’ que me mataran, o pa’ matar a alguien, por defendernos, a mí me quedaron muchas marcas, se llama de pensamiento, de estar siempre pensando, que yo a veces digo yo: “¡Jue pucha! ¿Por qué yo tengo que estar aquí? Si, si yo puedo estar, yo puedo estar” no mejor, tal vez, porque aquí estoy bien, pero yo no quiero estar aquí. Yo decía: “Yo un día de estos voy a ver cómo hago para irme.” Pero son instantes...que pienso en eso...en cambio, digo yo: “No, no, no. ¿Qué es la vara mía?” digo yo, ¿ves? ...” (PAM2)**

**“...Diosito ayúdame, perdóname, por la memoria de mi papá que acaba de fallecer, y de mamá que está viva y de todos mis hijos y mis hermanos que están muertos, yo no me vuelvo a tomarme un trago más en mi vida por el día a día, pero fue una promesa que hasta la fecha la he cumplido...y no volví a tomar hasta el día de ahora, estoy en seco...” (PAM3)**

**“...No, no tengo nada...no tengo ayuda de nadie, sólo la voluntad de Dios...y vea después del trabajo, que era duro, se tomaba uno un trago y se sentía alegre, en ese momento significaba...decía uno una alegría, sentirse uno solo, descargaba eso...pero en realidad cuando bebía, entonces lo llevaba a uno más al fondo, más peor, más profundo...Diay! lo que me está matando es el maldito vicio, que a uno no le hace falta, yo ya voy punteando el otro año más bien, si Gracias a Dios no me ha hecho falta, yo duré dos años sin tomar...” (PAM4)**

Es importante señalar que en esta etapa de precontemplación, las personas adultas mayores participantes hacen alusión a un Ser superior, que resulta ser un rasgo importante de mencionar: la espiritualidad. Según Koenig (2001), la fe personal da origen a muchas conductas, sentimientos, y pensamientos que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida, a la vez que son los criterios centrales en la evaluación de su propia vida.

Por estos motivos, según San Martín (2008) concluye que la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico como en el proceso de adaptación al envejecimiento; por su relación con el bienestar subjetivo, que les contribuye a lograr sus metas, mejorar su relación con las demás personas, y por tanto, a su crecimiento personal, y propósito en la vida.

De esta manera, se puede mencionar que el que las PAM crean en un Ser superior ha sido un pilar fundamental para iniciar y mantenerse en su proceso de recuperación.

Desde los lentes de la teoría del desarrollo según Erikson (1950), mencionado por Schaie y Willis (2003), la cual la divide en diferentes rangos de edades. Se espera que desde los 21 hasta los 40 años aproximadamente, la persona sea capaz de relacionarse más íntimamente, que ofrezca y requiera de un compromiso recíproco, una intimidad que genere una sensación de seguridad, de compañía, de confianza; por el contrario, si no lo logra podría encontrarse sola o en aislamiento, situación que puede acabar en depresión.

Continuando con este mismo autor, desde los 40 hasta los 60 años, se presenta la generatividad frente a estancamiento. El cual resulta ser un lapso de la vida en el que se espera que la persona dedique su tiempo a la familia, se prioriza el equilibrio entre la productividad y el estancamiento, donde la productividad se vincula con el futuro, con el porvenir de los suyos y de las próximas generaciones. Es la búsqueda de sentirse necesitado por las demás personas, ser y sentirse útil. El estancamiento surge cuando la persona se

pregunta ¿qué es lo que hago aquí sino no sirvo para nada? Se siente estancada y no logra canalizar su esfuerzo para poder ofrecer algo a los suyos o al mundo.

Como se observa en todos los casos de los participantes, se puede decir que su desarrollo y crecimiento a lo largo de sus vidas, ha estado permeado por la estrecha relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Sin embargo, hoy se encuentran dentro de lo que Erikson (1950) mencionado por Schaie y Willis (2003) denomina: el octavo estadio, referente a la integridad del yo frente a la desesperación, que comprende desde los 60 años hasta la muerte. Es un momento en el que la persona deja de ser productiva, o al menos no produce tanto como era capaz anteriormente. Una etapa en la que la vida y la forma de vivir se ven alteradas totalmente. Los amigos, las amigas y familiares fallecen, se tiene que afrontar los duelos que causa la vejez, tanto en el propio cuerpo, como en el de las demás personas.

Esos acontecimientos mencionados con anterioridad, considero que en el caso de las cuatro de las personas adultas mayores participantes están intentado remirarse, aceptarse y reorganizarse nuevamente. Aunque se dé un conflicto interno sobre la forma en que han vivido y viven la vida, deben ser capaces de aceptar el mundo vivido en el transcurso de su vida y no detenerse a pensar en haber vivido diferente, ya que tienen otra oportunidad para continuar.

Ese proceso de continuidad será efectivo en la medida de que las personas logren asumirse como tales, con los aciertos y desaciertos acumulados en el trascurso del vivir, para nadie es un secreto que cada persona tiene momentos de conflicto, los cuales no son en sí un problema, el detalle radica en la posibilidad de reflexionar sobre ello y establecer varias líneas de posible solución, esto que suena fácil le conlleva una serie de procesos internos que deben estar sustentados en una serie de habilidades y destrezas previas que se ven externadas en las capacidades resolutivas en medio de las exigencias de la cotidianidad, de lo contrario el consumo problemático de sustancias psicoactivas se agudiza.

También es importante señalar que en el presente estudio la espiritualidad surge como un elemento vital presente en las personas adultas mayores para el logro de la introspección y el posible mantenimiento en la sobriedad, ya que le otorga una manera clara de vivir, una filosofía y por tanto un propósito de vida.

**4.2.1.1 RecuperarT sin conciencia:** A nivel del proceso de recuperación, hay diferentes modelos que presentan pautas para lograr o favorecer la superación del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Entre ellos, se encuentra el propuesto por Prochaska y Diclemente (1992), el cual plantean un modelo que lo caracterizan como: transteórico y tridimensional; que contempla tres grandes aspectos para promover el cambio de una conducta: estadios, procesos y niveles de cambio.

Estos autores reconocen a los estadios como etapas, de acuerdo con un criterio basado en la motivación o disposición de la persona a modificar su conducta, que comprende el período que va desde el momento en que la persona tiene una leve percepción del problema hasta en que éste ya no exista; desde la precontemplación hasta la culminación de la situación.

Estos se simbolizan a través de un proceso espiral hacia arriba, ejemplificando que el mismo se da a través de una evolución temporal de acuerdo con un determinado orden.

Esto quiere decir, que la mayoría de las personas no siguen un proceso unidireccional de avance, pasando de una etapa a otra hasta concluir el cambio deseado, sino que avanza algunos estadios, recae y retrocede a estadios anteriores para luego avanzar a uno superior al logrado en el primer avance y de ahí continuar su proceso. Y es lo que explica que este varíe según cada persona y según la complejidad del problema en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, según CONACE (2005) afirma que la mayoría demora entre dos a tres años en completar el recorrido desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento.

Para caminar sobre estas etapas la mayoría de las personas pasan por lo que se conoce como: Tocando fondo, uno de los subs-constructos de la etapa de pre-contemplación, que se caracteriza precisamente por el paso trascendental del consumo de sustancias psicoactivas a la conciencia de este y sus posibles consecuencias.

En el presente estudio este evento se da justamente antes de la entrada de las personas adultas mayores al albergue, algunos de ellos aún no conscientes de que era necesario dar un paso adelante y abandonar el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Por esa razón, se unen los relatos de tocando fondo y llegando al albergue



para la presentación de los hallazgos, como los sub-constructos denominados del RecuperarT sin conciencia, como se demuestran a continuación:

A manera de ir explicando los relatos de los pensares, se presentan a través de la relación entre los estadios y los procesos que plantea los autores de este modelo.

El primer caso corresponde a una persona abstemia desde hace varios años:

**“...Dios que me hagan algo para salir de aquí [de su casa]...porque hay terceras personas que te hacen la vida imposible, eso fue ese día que yo salí de mi casa, yo sufrí violencia patrimonial...por no decir que no a las cosas; y aquí estoy dos años ya!...yo tengo dos años de vida, porque antes de esa noche vamos a decir una semana antes, yo había planeado cómo quitarme la vida porque ya no soportaba esa presión en la casa...la trabajadora social de CONAPAM me dijo: por favor hágame el favor y se va para la casa...y espere mi llamada en la mañana...nunca me sentí abandonado...cogí un poco de ropa...me traje la foto de mi hija M..., me traje los papeles del seguro, todo el montón de cosas en dos bolsas y me dije, me voy...yo en mi cerebro no estaba listo, y a la vez me decía sale ya por favor...ella me hizo el dedo así, así me lo puso el dedo en el pecho (realiza el gesto con el dedo y con una expresión facial de enojo, rabia, desprecio, se le nota la piel de la cara arrugada y la boca fruncida, como sintiendo dolor emocional, con deseo de llorar o sollozar)...”(PAM1)**

La segunda, es una persona con consumo problemático de sustancias psicoactivas en estado de recuperación reciente:

**"...yo vivía en un cafetal, luego de último en un potrero, yo tuve una recaída antes de venirme para acá, de veinte días; en esos veinte días, mataron dos muchachos ahí, cerca de mí...no fue que me asusté, sino que digo yo: “nooo, yo tengo que irme de aquí”...yo decía: “no, yo tengo que salir”, de eso yo tengo ocho años de, ocho años verdaderamente que yo dije: “no, yo, yo no puedo, yo ya”...como mi vida anda tan desordenada, metido en licor, me metía en drogas, me metía en todo...yo hablaba mal, no, no conectaba esto (señala la cabeza) con la lengua...entonces yo entendí, ya!, ya yo iba cada día peor, con eso...estaba durmiendo en los cuartos de La Muni. Calle doce...ahí dormí diez días y en esos diez días digo yo: “pero en el día ¿qué hago?, tengo que sostenerme, porque, porque, porque es dura” ¿ya?, decía yo: “¡Puña! ¿Por qué, porque yo siendo tan inteligente?”, todo eso a mí se venía en la mente, “¿por qué yo siendo tan inteligente y sé trabajar tan bien, por qué yo tengo que vivir así?”, ¿ves? ...” (PAM2)**

La tercera y la cuarta, personas con consumo problemático activa:

**“...ya últimamente tenía el ciclo de tres internamientos por año, los últimos dos años fueron tres internamientos por año, es decir, ya no, no había manera de que yo me regenerara ni que aceptara, porque yo no aceptaba, yo cuando tenía el alcohol en la mano decía: gracias, Dios mío, no sé qué, pero cuando no tenía, por Dios Santo, entonces mis hijas me recogieron, me trajeron acá al albergue...” (PAM3)**

**“...ahí me daban permiso...dormía a la par de una bodega de un Gollo...ahí era donde estaba últimamente...Diay!, me vine para Poás porque yo trabajaba cerquita...me dijeron ahí hay un señor que alquila...pero después otra vez el hombre sin trabajo...ya luego me puse a cuidar carros...a veces iba al centro diurno...sí...a comer a veces...sí...Diay! yo trabajando de cuida carros, no ganaba nada...y estaba haciendo números de qué hacía yo...todo eso fue justamente antes de venir aquí...” (PAM4)**

Como se ha podido visualizar en los relatos de las personas adultas mayores participantes, ellos generalmente entran al albergue en el estadio de precontemplación, es decir, con poca consciencia de percibir e interiorizar la necesidad de cambio, para lo cual no han destinado ningún o muy poco esfuerzo para analizar su situación actual, el origen y por ende poderles superar.

Por tanto, se percatan que "algo anda mal", generalmente, por referencia de las personas más cercanas, familiares o no, que son quienes perciben y sufren las consecuencias de su consumo problemático. Y que son las personas que realizan la mediación para su ingreso al albergue, en su gran mayoría del género femenino.

Como se puede ver en los relatos, estas personas mediadoras, en unos casos fueron personas líderes de la comunidad, instituciones gubernamentales, en otra ocasión sus hijas y en otro caso, una hermana. Esta dinámica genera que, una vez ingresada la persona al albergue, al no ser por su propio convencimiento, sino por presiones externas, presenten resistencias a los esfuerzos dados dentro de la institución para acompañarlos en su proceso. Lo que se puede visualizar en los siguientes párrafos relacionados con el sub-constructo llegando al albergue.

**“...cuando yo llegué, llegué en un estado lamentable...cuando yo ingresé aquí...al principio me buscaban para hacerme entrevistas, y yo me hacía a un lado porque no quería, yo no quería que se dieran cuenta que yo estaba aquí porque no quería que me llamaran ni me visitaran,**

**yo no quería que me llamara ni nada. Fue la parte más difícil de mi vida...” (PAM1)**

**“...y a los diez días llamé a mi hermana y me dice mi herma: “PAM2, voy a hacer todo lo posible para llamar a un albergue que dicen que hay ahí en Tirrases” me dice...entonces me trajeron, y mi sobrina, paró por allá abajo...y parqueó el carro y me dice: “Tío vea, no lo estoy regañando, pero, es la última vez que lo ayudamos” ...y diayyy! yo me quedé viéndola que, que digo yo: “es la última vez, pero a mí mi familia me ha perdonado ;veinte veeeces!, pero esta vez siento que sí es cierto, ;ah?”. Entonces me vine y yaaaa...” (PAM2)**

**“...desde ese día mi vida cambió [al llegar al albergue], no se puede decir que en un ochenta por ciento, un cincuenta por ciento...cambió, pero seguí siempre con las mismas actitudes de borracho, no de beber, pero sí andaba en, en roces, en peleas y en coger lo ajeno, cosas pequeñas, pero bueno, robar pan, un jabón, un lapicero, todas las cosas que estaban mal puestas, cogía cosas así, talcos, prestobarbas, todo lo que dejaban mal puesto, en, las actitudes del borracho, no me gustaban las reuniones, ni las consejerías, nada, nada, pero con las mismas actitudes hasta que el día que murió mi papá, el once de diciembre del año catorce, en el dos mil catorce murió mi papá...estando acá recaí...y desde ahí cambié...” (PAM3)**

**“...hace como dos años...luego, la directora del centro diurno se contactó con...don Gerardo...eso fue la primera...la segunda vez ya, porque la primera vez...no quería venirme yo le dije que no...yo estaba como le dije ahí en ese lote, pero había muchos piedreros...yo estaba una noche con ellos, con los piedreros y sale un carambilla como de veinte años vecino de ellos y sin hacerle nada se me tiró encima, tuve que sortearlo...me empezó a atacar...luego a la otra siguiente semana, el orientador...comenzó a hablar conmigo, así, así...yo pensando...estaba indeciso...pero es una bendición...si puede ser una bendición de Dios...” (PAM4)**

Es importante considerar que no todas las personas que contemplan la posibilidad de modificar su conducta adictiva logran hacerlo, como se observa en las frases anteriores; la recaída que han tenido sobre todo tres de ellos, según el modelo de cambio, la recaída es considerada como parte normal de proceso.

Lo anterior se argumenta en lo que refieren Prochaska y Diclemente (1993) quienes afirman que generalmente, recaen en algún momento del ciclo, sin abandonar el intento de cambio, sino que lo recomienzan a partir del estadio de contemplación y se preparan para la actuación posterior, como se puede ver en el caso de la PAM2 y PAM3. Esto no quiere

decir, que estas personas ni los demás participantes del estudio estén exentos de experimentar una o varias recaídas aún en su estancia y permanencia en el albergue. Ya que, según estos mismos autores, expresan que un tercio de las personas consultantes se estancan en algún estadio y no logran completar el proceso. Es decir, los participantes del presente estudio pueden quedarse estancados en la etapa de contemplación que es en la que se encuentran en estos momentos, sino se realiza el acompañamiento necesario y no puedan continuar profundizando en su ser.

En este mismo sentido, dentro de este modelo se encuentran los procesos de cambio, que se refieren a las actividades iniciadas o experimentadas por la persona, que van orientadas a modificar el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales para avanzar con éxito desde un estadio del cambio al siguiente.

Estos procesos de cambio se presentan a través de dos estadios: el primero de ellos, el relieve dramático, que se da cuando la persona experimenta y expresa reacciones emocionales elicítadas, ya sean, provocadas o inducidas, por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos, particularmente sobre la salud, asociados a la conducta adictiva. Por ejemplo: a experimentar el síndrome de abstinencia e incluso a un cambio de rutina en general: a nivel de aseo, de alimentación, de la organización del tiempo, la asistencia a las reuniones AA, responsabilidades, relaciones interpersonales, compartir espacios con otras personas; entre otros.

Y el segundo, se refiere a la reevaluación ambiental, donde la persona valora el estado actual de sus relaciones interpersonales, en relación con el impacto tanto de su conducta adictiva, como de los beneficios del abandono de ésta, sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas cercanas.

En relación con este aspecto, en el presente estudio se hace denotar que dos de cuatro personas adultas mayores participantes, el vínculo con las personas más cercanas está ausente, como se puede visualizar a continuación:

**"...y ya cuando estaba aquí y me di cuenta que nadie de mi familia iba a contestar, empezar como siempre estoy solo..." (PAM1)**

**"...no, no tengo nada...no tengo ayuda de nadie, sólo la voluntad de Dios...me decía mi tata de crianza, usted nunca ande acompañado, ande solo...y yo siempre sigo como el pizote, siempre he andado**

**solo...pizote solo siempre anda más gordo, usted ve los pizotes que andan en manada siempre más flacos...y menos problemas dice...sólo con Dios...ya con solo tener techo dónde vivir, está uno...más no le puede pedir a Dios...estar ahí tranquilo, por lo menos los últimos días que le quedan a uno, vivir tranquilo, no tener que estar mal, hoy bien y mañana mal..." (PAM4)**

Mientras que uno de ellos al menos tiene contacto con las hijas, y el otro sí mantiene relaciones estrechas con su madre, hermanas y sobrinas, según refieren:

**"...es que vea mis sobrinas saben quién soy yo...ellas me quieren demasiado a mí. Yo las abrazo y sin ninguna malicia de nada, porque son carne de mi carne...mis hermanas también y cuñados...con la Negra es con la que más hablo...Yo la visito a ella los días sábados. El sábado, que voy a San José, me dice: "venga a beber café". Y me lleva a las sodas, y o si no, si no hay nadie en la casa: "vaya", y están las sobrinas y me dan lo mejor, no hayan que darme...Ella me llama todos los días yyy sí, nosotros estamos muy ligados, la familia, todavía. Yo no he perdido mi familia. Nunca la perdí. Nunca, nunca. El amor de ellos es lo que nunca perdí. Mamá, si yo ocupara algo ahorita... mamá me la regala...lo de nosotros no es una cosa de paquete, si sufre uno sufren todos. ¡El amor de mi mama soy yooo!.soy el hijo pródigo es el que, más quieren, (con tono de risa) más quieren nooo...más les preocupa" (PAM2)**

**"...no hay un contacto digamos de visitas, ni de nada de...ella se ha comunicado con mis otras hijas, por medio de internet, y yo hablé con ella...yo he hablado con ella y con los nietos...verdad...hay como una barrera tal vez invisible...que no nos permite ser padre e hija...pero las otras dos del segundo matrimonio, esas sí vienen aquí ocasionalmente, cada dos o tres veces por año, y eso, una de ellas vive en Brasil, y ahora me dijo...me dice papi yo voy a ir en julio, este año va a venir en julio, yo voy a ir en julio, vamos a ir a pasear..." (PAM3)**

Lo anterior, se argumenta en lo expresado por Prochaska y Diclemente (1993) que las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas llevan un proceso de adaptación mediante el aumento de la concienciación, el cual consiste en intensificar el procesamiento de información sobre los problemas asociados a su conducta adictiva y a los beneficios de modificarla.

Así pues, pasado el proceso de adaptación, se puede afirmar que los participantes se encuentran en el estadio de la contemplación. Esto porque el paso de la precontemplación a la contemplación y el progreso en este estadio lleva asociado un mayor uso de los procesos

de cambio cognitivos, afectivos y de evaluación, iniciados en el estadio anterior: un aumento de la concienciación, alivio dramático y reevaluación ambiental.

Lo anteriormente mencionado, es lo que se logra visualizar y analizar del mundo vivido y contado por las PAM participantes en el estudio, pues hacen alusión y evidencian pensamientos de autoconciencia y por tanto de autoconocimiento, asimismo como de la naturaleza de sus problemas.

Esto hace pensar que, han adquirido mayor libertad para autoevaluarse afectiva y cognitivamente, en relación con el impacto de su conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, y reconozcan la mejoría significativa que representaría para su vida abandonar el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Por tanto, este análisis de sus valores significa distinguirlos para intentar hacerlos realidad, ponerlos en acción y emprender el camino de aquellos que desean modificar. Una vez realizado este proceso, según los autores de este modelo, podrían continuar con el estadio de la preparación, que implicarían los haceres, que se presentan y analizan en el próximo apartado.

Sin embargo, antes de pasar al análisis de los haceres. Es importante mencionar y destacar imperantemente, que en este estudio parte de los hallazgos que se relacionan con el estadio de la contemplación, la edad parece ser un factor que determina o favorece a los participantes para mantenerse en sobriedad y en el camino de su recuperación: Ser PAM, que es parte del último sub-constructo derivado del estudio en referencia a los pensares, y el punto de partida de un nuevo comienzo.

En resumen, los hallazgos del presente estudio ponen en manifiesto que la recuperación del consumo problemático de sustancias psicoactivas requiere de la anuencia de las personas por querer modificar la conducta, la cual se caracteriza por ires y venires en este transitar, que implica avanzar, retroceder y recaer, como parte normal del proceso de cambio. Para ello la persona debe tocar fondo como lo que antecede en la etapa de precontemplación, para la toma de conciencia parcial de la problemática y las consecuencias de esta, sin embargo inician el camino “a la recuperación” pero aun se mantienen en lo que se denomina en esta investigación RecuperarT sin conciencia (estadio de precontemplación) que durante su estadía en el albergue suelen avanzar a la contemplación pero que requieren de un acompañamiento profesional y un personal

sensibilizado para continuar con las conductas de cambio y progresar en los próximos estadios, intensificando y reforzando los esfuerzos que ellos realizan para mantenerse en sobriedad y en señalar las ganancias que esto significa para su etapa de la vejez, proceso de envejecimiento y por ende en su calidad de vida. Esto hace que la etapa en la que se encuentran los participantes sea un factor determinante para mantenerse en la etapa de recuperación y de evitar posibles recaídas.

#### **4.2.1.2 Siendo PAM:**

**"...En realidad, hoy tengo otro tipo de sentimientos, y yo ya tengo setenta y cuatro años, yo ahorita me muero, y ya yo no quiero, no, no me quiero involucrar en eso, ya yo ya me perdoné, ya perdoné a las personas que me hicieron daño, yo sufrí violencia patrimonial y no me fui a beber, eso es lo más importante que nada se arregla bebiendo, muchos se mueren bebiendo porque le reclaman a la vida lo mal que los ha tratado, pero no, es que no es lo mal que lo ha tratado, es lo usted hace con eso, ya que ya hice lo que tuve que hacer y yo no me voy a echar atrás con mi recuperación, para mí la recuperación en Alcohólicos Anónimos es lo máximo, el cuidado de mi vida es lo máximo, y no puedo echar atrás, no, de nada vale beber o si pongo en juego mi vida quizá por la casa u otra cosa, no, mi vida vale más que eso..." (PAM1)**

**"...y nombres ya no, un día de estos me eché una carrerilla porque estaba lloviendo y casi me ahogo más bien, sí...de un tiempo para acá yo dije: "...nombres, de veras, yo no, yo tengo que cambiar" ¿ya?, y no es nada que, que tengo que cambiar porque no, si porque si tuviera dieciocho años tal vez no, pero ya tengo setenta años, yo ya no, ya no, ya una cosa que ya me dice que, que ya no, ya la decisión está tomada...Ahora no, no se puede andar, ya uno ya, adulto mayor, ya no se puede...yo no puedo darme el lujo de andar haciendo esas cosas en la calle, ¡yaaa no estoy para esas edades, yaaa!...imagínese usted que yo me ponga otra vez en lo mismo, yo digo que yo tal vez ya no, ya no regrese maaás. Tal vez me pase algo; porque eso es como que, como que se agarra con más fuerza. Lo que son drogas y licor se agarra con más fuerza..." (PAM2)**

**"...y sobre todo cuando ya uno va avanzado en edad, como a los ochenta o a los setenta y cinco...que ya uno es viejito...porque yo tengo un problema mayor que ese, que es mi sobriedad, mi vida...y ponerme unos nuevos dientes, por qué no, ahora sí, es que antes no quería nada de eso...me siento bien, me siento tranquilo...en lo interno estoy bien..sí,**

**porque la persona más importante soy yo...yo vengo aquí y a irme...ojalá...ya no es aquella inseguridad de antes..." (PAM3)**

**"...si, he tenido mala suerte y buena suerte, (risas) si, a pesar de que estoy viejo, pasan hembrillas tirándome el anzuelo, si, pasan ay...tiene que cuidarse uno, la verdad es que yo ya no quiero cometer más errores y vivir la vida tranquilo, a no ser que me salga una buena mujer, de verdad, una mujer sazona, (risas) si, que yo tenga aonde vivir, un porvenir aonde estar, tranquilo, propio, que nadie lo estruje a uno, entonces ya tiene, dice uno, hasta aquí llegué, yo pienso en Dios que aún yo tengo futuro, como me pongo a ver aquí en el espejo, aquí hay gente que entra y no sale más, y si no ya sale en sillas de ruedas y si no, yo les ha visto, tal vez, no tienen ni familia, y nadie los vuelve a ver, y eso es lo...la condición física de muchos aquí no son como la condición física de uno, normalmente, tienen impedimentos, yo me carculo que físicamente estoy bien, y diay a pesar que estoy viejo, no estoy tan feo, como dicen, (risas), si, la graciedad es lo que, el pensamiento de uno, y la amabilidad es lo que lo lleva a uno, ser cortés..." (PAM4)**

Desde la gerontología lo que expresan los participantes con anterioridad, es un proceso que puede explicarse desde las teorías psicológicas del envejecimiento que facilitan la GEROtranscendencia, así como el proceso de autoperdón y el perdón, los cuales son actividades que comprendidas desde el modelo de Proshaska son parte de los procesos de cambio, si modifican el afecto, la conducta, las cogniciones e inclusive las relaciones interpersonales.

En este contexto, la edad a través del curso de vida es realmente un indicador de suma o resta de años que depende de la construcción que cada persona ha tenido en relación con su ciclo de vida y el impacto o vivencias de sus diferentes eventos.

También es cierto que la edad en la etapa de la vejez, desde el imaginario personal de las mismas personas adultas mayores como de la construcción de esas ideas erróneas de la sociedad, le han dado una connotación de declive, irreversible, próxima a la muerte, como se puede observar en el relato de la PAM1, cuando afirma que está próximo a morir.

Según, menciona Lozano (2010) la sensación de una reducción del movimiento del tiempo, del acontecer; provoca un sentir de estar ahora en el límite, y este límite está asociado con la muerte que se percibe como la absoluta detención del movimiento del tiempo.



Por lo que generalmente en nuestra cultura, en unas zonas geográficas más que en otras, causa miedo, desapego, desvinculación social e inclusive psicológico. Se desea vivir largo tiempo, pero no hacerse viejo o vieja, como si cada momento no fuese una oportunidad de crecimiento. Es importante tomar en cuenta aquí los eventos en el curso de vida de estas personas, quienes por esta razón no ven la vejez en algunos casos como crecimiento.

Sin embargo, a la par de esa construcción, donde la vejez es una etapa de deterioro en picada libre, también se atañe otra definición contrapuesta menos real y muy positiva: es la cúspide de un ascenso, el perfeccionamiento de una plenitud, de una edad de sabiduría y de serenidad.

Es decir, la edad en la vejez se torna en una cuenta o muy regresiva o una suma excesiva de cualidades y con la resolución de conflictos cotidianos con mucha sabiduría que causa altos niveles de plenitud. Lo que sí es cierto, es que llegar a esta última etapa es un éxito por si mismo, pero que genera una situación de crisis; que según manifiesta Lozano (2010): "El arte de ser anciano [Persona Adulta Mayor] consiste en solucionar una crisis ontológica entre la aspiración innata de crecimiento y la experiencia de un irreversible declive, ambas dimensiones de una misma vivencia que conducen a una situación de crisis" (p.2)

De esta manera, Ser PAM es un reto per sé, es más fácil llegar a la vejez.

Las personas adultas mayores en el presente estudio, si logran manifestar diversas ideas en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas, tanto objetivas como subjetivas, como se pudieron dilucidar al inicio, este proceso de expresión, es fundamental para fortalecer su proceso de autocomprensión, autoconocimiento y construcción o reconstrucción de posibles soluciones a las situaciones cotidianas, otro aspecto que se atañe a la etapa de contemplación.

#### 4.2.2 Sentires

*"...me siento libre, esa libertad interior...si una sola persona se siente completamente libre con esperanza de vida por este trabajo entonces...valió la pena..." (PAMI)*

Los sentimientos en las personas, según Torregrosa (1984) no es algo que las sociedades dejan a la libre espontaneidad individual; ni tampoco simplemente reprimen la sensibilidad, el sentir o el afecto; lo que hace la sociedad es establecer valores, normas e ideales que regulen la canalización de la expresión de sus sentimientos.

Por lo que prescribe a la persona el qué, el cómo, el cuándo, así como el significado de su experiencia y no sólo de su conducta. Delimitando qué emociones deben, o pueden, sentirse; organizando acontecimientos complejos y masivos para producirlos y, probablemente manejarlos; estructurando temporalmente su expresión, reforzándolos y reproduciéndolos; y también ritualizándolos. Lo que implica patentizar el modo de existir y mantener la estructura social.

De esta manera, este mismo autor asevera que esa regulación de la expresión, y de la experiencia afectiva es un requisito necesario para el funcionamiento continuado de toda sociedad. De ahí que en los procesos de socialización no sólo la persona adquiera las habilidades, conocimientos, valores o creencias, sino que se configura su propia estructura afectiva, sus modos de sentir, y experimentar la realidad, incluido el modo de experimentarse a sí misma.

En este mismo sentido, Jara y Dörr (2008) afirman que la palabra sentimiento deriva de la palabra latina sentire que significa percibir por los sentidos. Sin embargo, menciona que es un término que aborda más que el mero significado del sentirse estimulado. Sentimiento es lo que no es instinto, lo que no es pensamiento, lo que no es percepción, es decir, todo lo que no es una vida psíquica objetivable. Menciona a Scheler (1972) aseverando que los sentimientos son estados del yo (p.76).

Estas mismas personas autoras, ejemplifican lo manifestado con anterioridad de la siguiente manera: Cuando una persona dice que está alegre, que está triste o que está encolerizado, está describiendo un paisaje interior. En contraposición a la percepción y al pensamiento, que están siempre dirigidos a la captación del mundo exterior, los sentimientos vienen siempre a designar una manera de estar consigo en el mundo. Y

mencionan a Schneider (s.f), quién los define como estados del yo pasivos, que se vivencian como agradables o desagradables (p.76).

Por lo que aseguran que tanto el sentimiento y vida sentimental son sinónimos entre sí. Afirman que son términos preferidos por los filósofos y psiquiatras de orientación antropológica porque su ámbito semántico es el más amplio y humano (en sentido estricto, los animales se emocionan, pero no tienen sentimientos), porque el acento se pone en el estado interior.

En esta misma línea Scheler (1972), realiza la siguiente diferencia de sentimientos: sensoriales, vitales, anímicos y espirituales.

Con relación a los sentires sensoriales, estos son referidos a las partes localizadas del cuerpo. Por ejemplo: dolor, hambre, sed, entre otros; son actuales e inmediatos y no se asocian con un recuerdo sentimental.

Los vitales, son representados por el cuerpo en su totalidad, es decir, no están asociados a una sola parte corporal; se caracterizan por que siempre hay un recuerdo sentimental, relacionado con el revivir un dolor físico sufrido y no sólo el recuerdo per sé. Por ejemplo: malestar, o sentir que un lugar es agradable o desagradable, cómodo o incómodo. Entre algunos tipos importantes de estos son: el humor, la gana, el gusto, la náusea, el asco; entre otros.

Por su parte, los anímicos, son sentimientos del yo, referidos al mundo en que se vive, provocado por un estímulo exterior. Por ejemplo: tristeza o alegría ante una noticia. Según Lersch y Serre (1966), son los dirigidos o reactivos, que suelen ser la expresión de una inclinación, de una toma de postura, o de una valoración.

A su vez, los espirituales (o de la personalidad); son en cierto sentido trascendentales, espontáneos y absolutos, es decir, no pueden apoyarse en determinados valores. Cuando estos sentimientos existen realmente se funden con el ser mismo, llegan a ser modos de ser, en lugar de modos de estar. En ellos se refleja el valor de la misma persona, no éste ni aquel valor determinado.

A su vez, para Jara y Dörr (2008) las características fundamentales de los sentimientos son: la interdependencia afectiva entre un mundo interior y uno exterior, característico de lo humano, carecen de objetividad, tienen tonalidades positivas y negativas: vivencias del yo agradables o desagradables, son estados pasivos del yo

vivenciados como (+) o (-): estar alegre o triste, sólo pueden ser comunicados subjetivamente, de sujeto a sujeto a través de simpatía y empatía, referidos a vivencias internas, a diferencia de los procesos cognitivos, relacionados con los pensamientos, que se dirigen a la captación de mundo externo, su carácter es inobjetivado, son atmosféricos e imprecisos; por ejemplo: “siento como”.

Por tanto, no son aprehensibles desde el punto de vista conceptual (hay diferencias de género); y por lo general, los sentimientos (a diferencia de las emociones) no tienen correlato fisiológico observable, no son tan agudas y pueden no haber sido determinados por algún evento identificable (p. 78).

De esta manera, en el presente estudio se comprende que los sentimientos son estados del yo, que se refieren a vivencias internas de las personas, en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas, que describen un paisaje interior, como producto de una construcción social y resultado de relaciones sociales.

Lo que se trata de comprender desde el modelo etiológico del consumo de drogas basado en la explicación socioecológica, un modelo interpretativo que fundamenta que este consumo problemático se explica a través de la interacción tanto de las características: personales, de la droga, del medio microsocioal, como del medio macrosocioal en el que está inmersa la persona.

En síntesis, la vivencia más íntima y profunda que se experimenta en el sentimiento se resistiría por su propia naturaleza, a toda elaboración racional y científica (Jara y Dörr, 2008, p.78).

A continuación, se presentan los hallazgos relacionados con los sentires, los cuales están representados por los constructos de sensoriales, vitales, anímicos y espirituales, en relación con el mundo vivido, explicitados a través de sus cuatro existenciales: tiempo vivido, cuerpo vivido, espacio vivido y relaciones humanas vividas; en tres momentos: antes, durante y después del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Asimismo, es importante mencionar que no sólo se hace mención de esos sentires, sino que se colocan en contexto rescatando en la medida de lo posible lo que propone el modelo socioecológico: las características personales, de la droga, el medio micro y macrosocioal en que se ve inmersa la persona. Por tanto, en este apartado se describen esos

sentimientos narrados por las PAM, y se profundiza en aquellos temas que no han sido tratados en los significados, en los pensares y en otros sentires.

Con respecto a los sentires sensoriales, el que más sobresale antes del consumo problemático de sustancias psicoactivas es el hambre; y surge posteriormente a este, el beber, con el inicio del consumo de sustancias como el alcohol, convirtiéndose el hambre en un efecto de este beber, así como el insomnio y la abstinencia sexual, según refieren en sus relatos las personas adultas mayores; cómo se puede visualizar a continuación:

*Antes del consumo problemático de sustancias psicoactivas:*

**"...el donó un dinero para la construcción de la iglesia, y nosotros necesitados de comida...ella [la mamá] tenía que agenciársela para...alimentarnos..." (PAM1)**

**"...Cuando nosotros vivíamos en Calle Blancos...nosotros alquilábamos una casa...y nuuunca había comida!...yo decía: "¡pero diay, qué tirada no hay comida!"...había mucho cafetal, entonces yo iba a traer guineos...gallina...para hacer sopa, porque nunca, yo nunca había comido sopa; como en casa hasta que mama llegaba, mama hacía algo, ¿ves?, hasta en la tarde...y ese era el desayuno ¿aaah?, ahí no había huevo, ni pinto, ni nada, ahí no había nada. Entonces yo, yo al ver el fogón, que nunca estaba prendido...mamá todos los días se tenía que ir a trabajar y nos dejaba con hambreee, entonces yo tenía que ir a ver qué me robaba pa', para comer..." (PAM2)**

**"...así fue como empezó mi vida, nosotros pasábamos el día en un cajón...mis dos hermanas y yo...donde nos ponía mi mamá, después de que nos bañaba...pero mi mamá tenía que, mi mamá planchaba y lavaba ajeno, entonces nosotros pasábamos todo el día ahí!...a la edad de cuatro años, mi mamá contrató una señora...le dijo a mi mamá que ella le podía ayudar con nosotros, con bañarnos y darnos el café, bueno cuando había café! y cuando había comida!...si llevaba plata [el papá], pues había café y sino, medio vaso de agua y medio vaso de leche...empecé a trabajar, a la edad de nueve años, en la oficina de mi papá, a barrer los patios, porque había que trabajar para comer..." (PAM3)**

En el caso de la PAM4 no refiere explícitamente en su relato algo relacionado con sensación de hambre y de beber antes del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Como se puede denotar antes del consumo problemático de sustancias psicoactivas, el estado emocional de las personas adultas mayores, en su primera infancia está marcado por una socialización y relación familiar (relaciones humanas vividas), con conductas abandonicas, principalmente con aquellas figuras que le deben brindar cuidado como lo son su padre y madre. En dos de los relatos narrados la figura materna eran más permisivas y en los dos restantes eran más abandonicas.

En relación con la figura paterna en todos fue abandonica; lo que conllevó a que las PAM hoy, siendo niños (tiempo y cuerpo vivido) asumieran tareas, responsabilidades y/o roles esperables en etapas adultas como el trabajar, que además se dio en condiciones poco saludables, tanto física como emocionalmente hablando; situación aunada a su consumo, que pudo influir en que tres de las cuatro PAM, hoy se encuentren sin pensión.

Según Petterson et al. (1992), dentro de los factores que inciden en el consumo problemático de sustancias psicoactivas se encuentran la deprivación económica y social. Este autor expresa que los niños y las niñas que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen con pocas esperanzas son más probables que se impliquen en conductas delictivas, presenten rebeldía y consumo de estas sustancias.

Importante de mencionar que una de las personas adultas mayores resolvía el comer a través del robo de alimentos que podía obtener de su entorno cercano: vecindario (espacio vivido) que posteriormente se fue convirtiendo en parte de su estilo de vida.

Durante el consumo problemático de sustancias psicoactivas; evidentemente el sentir sensorial presente es el beber, y el hambre se torna como un efecto de este, pero lo importante a destacar es que aún se encuentra presente, como se lee a continuación:

**"...y a los veinte a veintitrés años, yo tomaba todos los días...yo tomaba en el pueblo...y yo le contesté: ¡Mi amor! [a la hija] mañana cumplo años, mañana empiezo a no beber...con los amigos...hay más oportunidad de beber, siempre había contrabando..." (PAM1)**

**"...la última vez que yo estuve en el potrero, viviendo...estaba lloviendo demasiado...y yo salía a la calle a ver si me conseguía algo de comer, a la una de la mañana. Digo yo: "voy a ir a ver a dónde hay algo de comer", porque a veces habían sodas que permanecían abiertas...iba caminando así, todo sucio, todo hecho leña...y veo que, viene un carro...y sale un paquete así, del aire, y me cae una hamburguesa, veá! caliente...seguro el muchacho me conocía...la junté...como ya comí, me devolví...las ganas**

**de estar fumando. Eso se le hace a uno, ¡vea! no come, pues puede durar sin comer los días que sean. No duerme. No tiene sexo con nadie porque en ese momento uno lo que quiere es solo eso: la droga, ¿entiende?... ¡Diaaaaay PAM2!, ¿qué anda haciendo?”, “¿Recuerda aquel día que usted me dijo a mí que, que cuando tuviera hambre” ¿veees? la coartada, ya iba ahí con la coartada ahí, yo no iba por el hambreee, yo iba para ver qué me iba a regalar...” (PAM2)**

**"...hasta que el doctor llegó y me dijo...está muy mal...está muy pálido, yo estaba flaquitito...usted no se alimenta, yo no comía absolutamente nada, yo era solo licor y licor...y yo me...me metí a la casa...un mes completo, día y noche...y gasté cualquier cantidad de plata, verdad!, mi papá había dejado suficiente...y yo llamaba a la...fulana...hágame un cheque por cincuenta mil...para comprar la comida...yo mandaba a recogerlo, yo no iba, porque no quería que me vieran en el estado que yo estaba...estaba demacrado, compré miedo!, porque eso es lo que compra uno con el crack, miedo...a tal extremo que cuando me interné en...por consumo de crack, piedra...yo pesaba noventa libras...y tenía cara de tubo, lo que llamamos nosotros cara de tubo, que se va demacrando la persona y adquiere...las facciones...exactamente como si fuera un tubo, verdad..." (PAM3)**

**...mi tata de crianza me enseñó (risas) a la edad de doce años a tomar licor, antes, como a los diez, claro!, él me enseñó a sacarlo y cuando estaba enfermo era el remedio que me daban (risas), un trago y punto, sin bocas (risas) para cualquier cosa que sintiera, sólo era el trago y ya está, sí!, ya se compone me decía, ese viejillo tenía un dicho: je'puta, ya se va a componer, sí!, me volvía!..." (PAM4)**

Durante el consumo, se puede observar en las fracciones de los relatos de las personas adultas mayores, el aislamiento de su familia, principalmente y focalizando las energías relacionales y de socialización con una "nueva familia": el grupo de pares. Como se hizo notar en la sección de antes del consumo, ni las relaciones ni la socialización de la familia está consolidada en los primeros años de las PAM, por tanto, puede haber una motivación o disposición de socializar como una característica esencial del ser humano con otro grupo externo a esta, y en este caso con aquellas personas donde comparten gustos, preferencias, problemas afines, entre otros. Por ejemplo: cuando la PAM2 menciona dentro de su relato hace referencia al potrero, el significado de este no es el mismo del nuestro efectivamente, es su lugar, es su espacio, es su hogar.

Con respecto, a la frecuencia de encuentro con las sustancias de consumo, cada vez es mayor, potenciándose con la relación social generada, convirtiéndose en su estilo de vida

y en refuerzos positivos bidireccionales: a mayor relación con el grupo de iguales, mayor socialización, mayor consumo. Por lo que el entorno social inmediato, y el significado que este obtiene, potencializa el uso problemático de las sustancias, convirtiéndose en una subcultura, con sus códigos particulares, para la obtención y disponibilidad inmediata de estas; lo que se vuelve una aceptación de la droga en "su medio social y por ende de obtención legal".

Esta obtención de las sustancias se da de forma diferenciada según género, con sus consecuencias, siendo generalmente espacios permeados por el patriarcado, como se menciona en el apartado de los significados.

Sin dejar de lado, la normalización social de lo que es prohibido: "guaro de contrabando"; valor social imperante hasta la actualidad, que no solo se patentiza como un medio de consumo que "alivia las penas" sino de carácter medicinal.

Desde esta perspectiva, el modelo socioecológico según Pons (2008) refiere que la conducta de las personas se da por la constante interacción de estas con su contexto, pero sin dejar de lado, que estas se ven potenciadas por la relación que se establecen entre esos entornos entre sí, los personales, el medio físico geográfico, el medio microsocioal: la familia, amigos, trabajo, comunidad, y el medio macrosocioal, como lo son: el sistema social, la cultura de los valores imperantes, medios de comunicación, entre otros. Es decir, la relación de esos entornos es lo que explica los pensamientos, sentires y acciones de las personas adultas mayores que participaron en este estudio, comprendiendo que esta interrelación se da en medio de un entorno más amplio que el entorno que les circunda en la inmediatez; buscando la profundidad de la causa: "la causa detrás de las causas", como se profundiza en el apartado de los significados y pensamientos.

Después del consumo problemático de sustancias psicoactivas; se mantiene como sentir sensorial el beber, pero desde una perspectiva diferente, de alejarse de este y mantenerse en sobriedad, tratando de reencontrarse y retomarse.

**"...hoy y nunca volveré a beber, y no pienso volver a beber nunca, no medieron ganas de beber, nada de nada, con esta última situación que hubiese sido un detonante [violencia patrimonial], pero no, yo ya lo dejé...eso es lo más importante que nada se arregla bebiendo...de nada vale beber..." (PAMI)**



**"...pero en el día ¿qué hago?, tengo que sostenerme, porque, porque, porque es dura" ¿ya?, decía yo; por comida ya no me preocupaba porque en la noche comía y en la mañana me daban comida, entonces con eso yo me, conseguía doscientos o trescientos y iba donde Juan José, ahí iba a comer, ahí! Pero...yo me decía: "¡Puña! ¿Por qué, porque yo siendo tan inteligente?" ...y sé trabajar tan bien, por qué yo tengo que vivir así?", ¿ves?... vea queee semejante gallo pinto...antes no comía...todo se lo regalan...[refiriéndose al albergue]..." (PAM2)**

**"...hay veces en que yo estoy en el hospital, me voy a las cinco o seis de la mañana con un paciente...y cuando vengo son la una o una y media de la tarde...a veces no almuerzo, a veces no desayuno, o a veces no almuerzo ni desayuno...cuando yo duermo mal o cuando me pongo o cuando no puedo dormir o que me despierto muy temprano, me tomo dos lorazepam...o una amitriptilina y una lorazepam..." (PAM3)**

**"...sí!, claro!, diay! lo que me está matando es el maldito vicio, que a uno no le hace falta, yo ya voy punteando el otro año más bien!, si Gracias a Dios no me ha hecho falta, ¡yo duré dos años sin tomar!"... (PAM4)**

A manera de resumen, es importante mencionar que los efectos del desarrollo en los primeros años de vida, según la Organización Mundial de la Salud (2003) duran toda la vida, y es durante la etapa prenatal y la infancia que se sientan bases importantes para la salud en la edad adulta; por tanto, un crecimiento deficiente y la falta de apoyo emocional durante este periodo aumentan el riesgo de por vida de tener una mala salud física, reduciendo el funcionamiento físico, cognoscitivo y emocional.

A su vez, añade que esto se deriva de las malas condiciones sociales y económicas, siendo la amenaza más grande al crecimiento infantil, que impacta en una trayectoria social, de salud y educacional deficiente para este grupo poblacional.

Continúan mencionando que esta pobreza, principalmente de sus progenitores, ocasiona una alimentación deficiente para todos los miembros de la familia, por lo que reduce el desarrollo en la primera infancia, y por ende, les coloca en una condición de vulnerabilidad más adelante en su vida; pero que además, inicia una cadena de riesgos sociales, que deriva con una menor disposición para el estudio y aceptación de la escuela, de los más pequeños y pequeñas, sigue con un comportamiento deficiente y pocos logros escolares, y conduce a un mayor riesgo de desempleo, marginalidad social percibida,

trabajos de bajo nivel social y poca responsabilidad en la edad adulta. Aspectos narrados por las personas adultas mayores que participaron en este estudio.

Asimismo, tanto la depresión y el cansancio mental relacionados con esta pobreza pueden disminuir la estimulación que estos progenitores brindan a sus hijos e hijas, que dificultan el apego emocional. Y afirman que este patrón de educación y empleo deficientes perjudica la salud y, en los años de la vejez, el funcionamiento cognoscitivo. Así pues, el consumo de sustancias psicoactivas viene hacer una respuesta al resquebrajamiento social y un factor importante que empeora las inequidades resultantes en salud; que brinda un escape ilusorio a la adversidad y el estrés, aunque tan solo empeora sus problemas. Por tanto, quienes la consumen sufren por usarlas.

En este sentido, hay que mencionar que en las personas adultas mayores participantes el sentir sensorial de hambre ha estado presente a lo largo de sus vidas, agravado por el consumo de sustancias, probablemente como un apacible de su condición económica y social, sin percatarse que este consumo problemático de sustancias psicoactivas conduce a una movilidad social descendente. Según la OMS (2003) manifiestan que lo irónico de la situación es que, con excepción de una liberación temporal de la realidad, intensifica los factores que condujeron a su uso en primer lugar. Por esta razón, es que el hambre se puede notar en este estudio como causa, cuando se ve antes del consumo y efecto, cuando se ve durante del consumo sin obviar que esta es un efecto de algunas sustancias per sé.

Cabe mencionar que después del consumo, es el albergue que funciona como el ente que satisface las necesidades básicas de la vida diaria de las personas adultas mayores; entre ellas la alimentación, por supuesto. Convirtiéndose este como su principal fuente de apoyo.

Según la OMS (2003), el pertenecer a una red social de comunicación y obligaciones mutuas hace que las personas se sientan amadas, apreciadas, valoradas y cuidadas, todo lo cual tiene un poderoso efecto protector en la salud. La amistad, las buenas relaciones sociales y las redes sólidas de apoyo ayudan a darles a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan, función tangible y operativa del albergue.

En relación con los sentires vitales, los que sobresalen son las experiencias vividas en relación con un dolor físico sufrido y a acontecimientos que les hicieron sentir malestar,

o bienestar, como el consumo de sustancias psicoactivas, asimismo como relaciones interpersonales con aquellas personas significativas inmediatas, principalmente sus progenitores, y otras que se espera brinden cuidado. Como se denota a continuación:

Antes del consumo problemático de sustancias psicoactivas; en PAM1, fue su relación con su padre, lo que le causó momentos desagradables, principalmente durante su infancia:

**"...mi papá...creo que eso nos hizo una niñez difícil porque mi papá era, estaba enfermo, era muy enfermo y tenía que estar en la casa, no trabajaba y tenía problemas para trabajar...entonces nosotros teníamos que ayudar a mi mamá, mi mamá fue el apoyo que siempre tuvimos...ella siempre decía que todo podía faltar en la casa, menos la educación...éramos puros nervios; mi papá era muy violento y siempre estaban ahí los recuerdos siempre acostado..." (PAM1)**

En cambio, la segunda persona adulta mayor relaciona experiencias desagradables, el vivir en los tugurios, la pobreza, la ausencia de su padre y la relación de su madre con otra persona que no fuese su papá. Y como, un aspecto de bienestar, el tiempo vivido: vivir en una época sana, aunque posteriormente menciona los castigos físicos que le infringían dos personas del género femenino, representadas en su madre y la maestra de primaria:

**"...fíjese que a mí me daba algo tan feo vivir en esos tugurios que dormíamos los seis en una caaama, yo decía: "jue pucha algo está, aquí la que sufre es mi mamá" decía yo, "mamá está sufriendo"...ya tenía dos hermanos que no eran de parte de mi papá y, y después que ya lo veía cuando llegaba a tomarse unos tragos ahí, y eso a mí no me gustó...una persona como yo, que desde niño lo han insultado toda la vida. Lo han pateado. Le han pegado...yo decía "¡Aayy! Yo voy a ser abogado" ¿abogado de queeé?, nunca pude...yo me iba con los más malos de la escuela..."vamonós a las pozas, a robar guabas y robar mangos y todo eso" ¿veees?, pero era muy sano, ahí no había ninguna malicia de nada, ni nada de nada, era lindo ¿aaah?...y entonces yo, ya llegaba otro día, "señora, que su, que PAM2 no quiere ir a la escuela" y mamá me pegaba con un aaaalambre de luz asííí, vea esta ceja que tengo aquí (la muestra)...me la quebró una maestra con una regla, en aquel tiempo las maestras (risa) eran bravísimas...yo digo que mi tata tuvo la culpa de eso, porque, porque, yo nunca, nunca, yo me recuerdo una vez que mi papá me pasó encima con un carro...después de ahí, nunca más volví yo a ver a mi papá, solo iba a retirar una pensión que, de treinta colones...que le daba a mamá, por semana o por quincena, no sé..." (PAM2)**

La tercera persona adulta mayor, señala como sentir vital, desde el malestar, la transgresión a su intimidad, durante su corta infancia, por parte de una persona femenina cercana, con consecuencias físicas, dolorosas, emocionales y en la vivencia de su sexualidad, el cual estas consecuencias las relaciona inclusive como el detonante de otras enfermedades, y con algunos indicios que podrían generar inseguridades.

**"...y cuando me estaba bañando se fijó en mis partes genitales, estaban inflamadas, entonces ella me empezó a preguntar [su mamá]...se estaba tocando?, no mamá...cuatro años tenía...y me empujaron una sonda...salió un montón de pus, la operación...fue traumática, a mí me quedó el caño de la orina...como un río, tanto es así que...tengo que orinar sentado, a pesar de que tengo setenta y un años...hace como una aspersión...y eso me causó a mí un trauma, además de eso...quedaron cicatrices...ahí vino...la primera...traba, tanto es así que me volví asmático...tenía anemia, no salía de la casa, me orinaba todas las noches, durante quince años me oriné en la cama...a mí me tenían ahulado, y yo no salía de la casa...me sentaban de último y pues ahí, me orinaba...estaba asustado...me volví...tartamudo...casi no hablaba con nadie..." (PAM3)**

Por su parte, la PAM4 menciona a lo largo de su relato un acontecimiento que lo marca en relación con la ausencia de personas significativas como lo son su madre y su abuelo, con situaciones que aún desconoce una respuesta o explicación:

**"...Yo lamentablemente quedé huérfano a la edad de cuatro años, porque mi mamá y mi tata se mataron en un accidente, entonces yo quedé con mi abuelo...y tenía una madrastra...no era mi abuelita. En ese entonces...llegaba un señor y una señora, a pasear ahí donde mi abuelo, llegaban los sábados y se iban los domingos...se enamoraron de mí diay y mi tata cometió el error, me vendió...a mi tata de crianza..." (PAM4).**

A su vez, señala dentro de este contexto, como uno de los recuerdos más agradables fue su estancia con su abuelo, como se puede apreciar a continuación:

**"...Sí! recuerdo que cuando yo vivía en donde estaba con mi abuelo era como decir una casa de alto y el patio era la playa (se ríe), al lado atrás y así al otro lado pasaba la línea del tren y la carretera, en el centro de Golfito, allá en el pueblo civil...me levantaba en la mañana y me iba para la playa y encontraba esas pianguas así, afuera en la playa, las hacía así y me las comía, si. Eso lo hacía yo aún estando con mi abuelo,**

**se iba uno ahí un rato, yo lo que tenía era una camisita, yyy la guindaba así y con eso me la jugaba y un pantaloncito y hasta que llegó ese señor..." (PAM4)**

Se puede hacer notar que en los relatos de las personas adultas mayores de este estudio hay una franca violación a sus derechos humanos, a muy corta edad. Según el informe de la UNICEF: "Ocultos a plena luz" (2014) independientemente de las circunstancias económicas, sociales, culturales, religiosas o étnicas de los niños y las niñas, la violencia aún es un componente muy real de sus vidas, en todo el mundo.

Afirman que, con frecuencia, el desarrollo de ellos y ellas, que han sido objeto de abusos graves o de abandono, tienen dificultades de aprendizaje y desempeño escolar; así como bajos niveles de autoestima y sufren de depresión, lo que, en el peor de los casos, puede ser motivo de que adopten conductas de alto riesgo y comportamientos autodestructivos. En este caso el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Asimismo, si se agrega que han crecido en hogares o comunidades violentas, tienden a interiorizar esas conductas violentas como manera de resolver disputas y a repetir esas pautas de violencia y abuso contra las personas con las cuales comparten.

Por tanto, cualesquiera sea la agresión que se ejerza contra las personas, principalmente a corta edad, se exagera un daño tanto a corto como largo plazo. Según UNICEF (2014) la exposición prolongada a un estrés tóxico puede alterar el desarrollo fisiológico del cerebro y repercutir así en su crecimiento físico, cognitivo, emocional y social del niño y la niña. De esta manera, la exposición repetida a la violencia durante la infancia aumenta la probabilidad de caer en la delincuencia u otros comportamientos criminales en la vida adulta, tienden a mostrar una menor autoestima y peores resultados académicos, ser más hostiles y agresivos, menos populares entre otros niños y niñas, menos independientes y más proclives al abuso de sustancias peligrosas.

En conclusión, afirma este informe, la violencia es una constante en las vidas de los niños y de las niñas del mundo de los más diversos orígenes y las más variadas circunstancias; manifestándose en muchas formas distintas, física, sexual y emocional, que tienen lugar en los entornos más variados, como el hogar, la escuela, la comunidad, internet; entre otros. A su vez, proviene de una amplia gama de personas, entre ellas las personas integrantes de sus familias, parejas íntimas, maestros, maestras, vecinas y vecinos,

así como extraños y otros niños y niñas, inclusive. Esa violencia les provoca daño, dolor y humillación, a lo largo de sus vidas, y en ocasiones, la muerte.

También se puede observar, que en los relatos sobresale lo que se denomina: triangulación. Según Serrano, Galán y Vallejo (2009) esta aparece cuando uno o ambos (padre y madre) buscan una alianza con el hijo e hija, y es involucrado en el subsistema conyugal; por tanto, el niño o la niña es obligada a ayudar a uno de ellos en el conflicto conyugal, y como consecuencia pudiera llegar a ser rechazado por el otro progenitor o progenitora.

En este contexto, según los autores mencionados con anterioridad, afirman en su estudio que existe una relación entre las actitudes trianguladoras que poseen los progenitores y los síntomas psicopatológicos infanto-juveniles; entre ellos: síntomas internalizados, problemas sociales y el aislamiento depresivo; y con menos estrechez, con los síntomas ansioso/depresivos y somáticos.

En efecto, a medida que el niño o la niña entra a formar parte en los juegos relacionales disfuncionales de la pareja va a presentar también mayor sufrimiento, expresándolo sobre todo a través de síntomas internalizados, además va a presentar mayores problemas sociales: a mayor presencia de este tipo de sintomatología mayor grado de actitudes trianguladoras por parte del padre y la madre.

Por otro lado, señalan también que el niño o la niña que participa en los juegos relacionales disfuncionales de sus progenitores es posible que aprenda el valor que pueden tener sus acciones para conseguir afecto.

En este sentido, los chantajes emocionales a los que está expuesto pueden servirle de conductas vicarias que posiblemente no dudará en utilizar en las relaciones con los demás para conseguir un reconocimiento o valoración; por tanto, es probable que desarrolle formas inadecuadas de comportamientos relacionales, como pueden ser un grado de complacencia importante hacia el otro o un reclamo absoluto de unión, todo por miedo al rechazo.

La tensión o sufrimiento que le acompaña, inmerso en una estructura trianguladora, no supone ninguna ayuda para un proceso tan delicado como es la consecución de independencia, autonomía y el establecimiento de vínculos extrafamiliares; pues su energía está centrada en la problemática familiar y los juegos relacionales que disminuirá su

atención hacia otro tipo de actividades que se localicen fuera del seno familiar; así, es posible, según estos autores que deje a un lado las relaciones con los amigos, amigas y manifieste cierto recelo a las relaciones de pareja, evitando la implicación emocional.

Todo lo anteriormente expuesto, explica parte de lo mencionado por las personas adultas mayores participantes en este estudio. En resumen, hay una relación directa entre las actitudes trianguladoras y los problemas sociales en los niños y niñas, que le impactan a lo largo de su vida; donde el aislamiento, los síntomas depresivos, la distimia y la inducción del error de apreciación de las relaciones de proximidad (concibe fácilmente expectativas desmesuradas; lo que se traduce en una muy alta exigencia a terceros que, al no poder ser satisfecha, frustra las expectativas y confirma lo inevitable de la soledad), son consecuencias potencializadas por los procesos de triangulación.

Por su parte, durante el consumo problemático de sustancias psicoactivas; la PAM1, resalta como un acontecimiento agradable el consumo del alcohol, así como el nacimiento de su hija, y cómo uno desagradable el ir a visitar a su madre en el cementerio mientras estaba bajo los efectos del alcohol:

**"...a los veintiuno veintidós años empecé [a consumir alcohol] y eso me gustó...porque yo me sentía liberado, no sentía...pero si buscaba sentirme por lo menos diferente...el alcohol genera tristeza, soledad...un día fui a las diez de la noche a hablar con ella a la tumba [con su madre], a decirle lo que la quería, es un enigma, es desesperante...Marianela cuando nació, fue una experiencia lindísima, cuando la vi fue hermoso..." (PAM1)**

Se denota en lo narrado por la PAM1, conductas relacionadas con los efectos ilusorios y alteración de la conciencia producto del efecto del alcohol, en esta ocasión. Así como paralelo a este su vida cotidiana y natural sigue en progreso, en este caso marcado por uno de los eventos más importantes señalados por él, como lo fue el nacimiento de su hija, que posteriormente este mismo acontecimiento, representado mediante Marianella, es quién lo lleva a la sobriedad. Esto es importante hacerlo denotar en esta PAM, porque desde un sentido filosófico, según Deleuze (1994) todo acontecimiento se trata de la perseverancia de una alteración en la que se conjuntan, articulan y funcionan, en un sentido contingente y paradójico, múltiples y heterogéneos mecanismos azarosos, singulares y productivos de

experiencias y subjetividades, que no debe confundirse con el término hecho, circunstancia o suceso que teóricamente implica algo que ha sucedido y no es posible alterar.

Por su parte, la PAM2, también añade varias sensaciones positivas cuando consumía sustancias psicoactivas, sin embargo, relata tener miedo al efecto del alcohol, principalmente de marearse y caerse; y cierra manifestando que esta experiencia con consumo problemático le generó sólo desgracias:

**"...consumía para sentirme mejor, sentirme más feliz con esas cochinas, ¿vea?...porque el licor yo, a mí me daba miedo caerme; el licor hace que la gente se caiga...y se tambaleaaa y a mí me da miedo eso, entonces yooo, el licor no fue tanto lo que me, me arrastró, fue la droga....;meee encantooó!, vieras, ¡diayyy yo no sé por qué!...es que la marihuana como que le quite problemas a, a, ¿cómo le dijera?...como una tranquilidad, y yo comencé a sufrir, ese sufrimiento, esas cosas que yo hacía...pero era bonito, y que no sé qué, y la música...le cae bien...pero eso son los noventa minutos, lo que, lo que dura el efecto, pero ese efecto es muy rico, entonces quiere fumarse otro...y me daba miedo, me daba miedo que entre los que andaban mataran a alguien...¿qué tuanis esta vara!...yo pruebo la marihuana porque era lo que estaba de moda, luego entra la cocaína ¿verdad? entonces también...la pruebo....y digo: “nombre, esta cochinada no sabe a nada” le digo a Papi Jhon, “vámonos”, como a los doscientos, quinientos metros...entonces olí (realiza el sonido que se produce cuando se huele algo, esta vez una vez, superficial)...“a la puta mae, sí, ¡qué feo mae, viera que raro me siento!” ¿Entiende? Sentía, diayyy! Como, como, (realiza el sonido que se produce cuando se huele algo, esta vez una vez, profundo) pero era una carajada aquí (nuevamente realiza el sonido que se produce cuando se huele algo, esta vez una vez, profundo), en esta vara, y amargo aquí (produce el sonido que surge cuando una persona se aclara la garganta), como, yyy, nos sentíamos como fuertes y como no se qué, y “jale a”, y como más más grandes, y “jale a tomarnos una birra ahí”, y nos, yyy “unas cinco birras tomémonos”, y ar “vamos a oler más”, ¿Ve? Ya llegó un cambio con eso. “Jale a oler más, pa’ tomar más birras” y eso era lo que decía la gente, y hasta para, para el sexo, ¡y para todo! lo quería ya...pero era a cada rato una salidera a la calle a ver que se vía, y a andar, si podía caminar, a la calle, pero no tanto, ya me daba, me sentía raro como que, pero ya después ya no quise más de eso. No me gustó, duré sólo unos dos, tres años, dos, tres años. Yyy después de ahí ya no me gustó, ya no me gustó, y no me gustó, y no me gustó y no me gustó...la droga? significó...fue desgracias nada más, para mí...” (PAM2)**



Asimismo, la PAM3, manifiesta también sensaciones positivas ante el consumo de sustancias, aunque menciona algunos efectos negativos al inicio de este, durante su infancia:

**"...entonces a mí me regalaban pocos de cerveza, tome, con esto se caliente, yo llegaba y me lo tomaba y me sentía bien, las primeras veces vomité porque me marié y todo, porque el barco se mueve mucho, pero ya después me acostumbré...cuando yo probé el alcohol y se me abrió a mí el mundo totalmente diferente, verdad...empecé a hablar bien...esa noche, esa tarde...se me quitó el miedo, se me quitaron las...me decían mis amigos PAM3 estás hablando bien...mirá andá sacá esa muchacha a bailar, que está muy bonita, y yo fui y la saqué...yo no sabía bailar, pero más o menos...se quitaron los prejuicios...entonces yo descubrí la maravillosa...lo maravilloso que era beber..." (PAM3)**

Con respecto a la PAM4, también manifiesta sensaciones positivas con el consumo, como alegría, aunque coincide como se menciona con anterioridad malestares después del efecto de estas.

**"...Vea yo empecé a tomar así seriamente a la edad de veinte años, cuando me sentía más ahuevado, amanecía tranquilo, no sentía efectos de nada ni enfermedad de nada, diay! para ya a la edad de los veinte años empecé a sentir malestares, enfermo, fue a los veinte años que ya sentía el efecto del guaro, en ese entonces diay!, yo no podía...otro día amanecía enfermo...con goma y todo me dolía...y no comía y hasta que volvía a agarrar otra vez las medicinas, a la pura brava, porque no me componía decía yo, y la volvía a seguir..." (PAM4)**

Después del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Para la PAM1, uno de sus acontecimientos más desagradables fue experimentar desesperanza hasta el punto de querer quitarse su vida, así como su experiencia con el consumo del alcohol, y la violencia patrimonial, y subraya la importancia del albergue como un lugar agradable, así como el apoyo y la importancia de su hija en su vida y de su derrota ante el alcohol:

**"...yo había planeado cómo quitarme la vida porque ya no soportaba esa presión en la casa...yo quiero y amo este lugar, si me voy a morir, que me muera aquí...yo no quiero, no, no me quiero involucrar en eso [en el alcoholismo], yo sufrí violencia patrimonial y no me fui a beber..." "Bueno papi ya usted sabe que a usted no lo abandono", son palabras que yo nunca voy a olvidar, que me llenaron a mí. Nena me dio más fuerza, yo sé que contaba con el apoyo de ella...yo nunca me he**

**sentido más feliz que cuando yo decidí derrotarme ante el alcohol..."**  
**(PAM1)**

Es importante señalar que la desesperanza según la definición de las etiquetas diagnóstica de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (2018-2020) es el estado subjetivo en el que la persona ve alternativas o elecciones personales disponibles o limitadas o nulas y es incapaz de movilizar energía por sí mismo. Como se puede observar en la PAM1, por las diferentes experiencias, caracterizadas la mayoría de ellas por pérdidas significativas, pérdidas que influyeron en su sensación de desesperanza.

Esta misma organización, menciona que dentro de los factores relacionados de este diagnóstico, se encuentran el: estrés a lo largo de un tiempo, así como: la restricción voluntaria de la actividad, la disminución o deterioro del estado fisiológico, el abandono y la pérdida de creencia en valores trascendentales (Dios); manifestado por conductas de pasividad, verbalización disminuida, afecto disminuido, indicios verbales que indican desaliento, falta de iniciativa, respuesta disminuida a los estímulos, apetito disminuido, falta de participación en su cuidado, y el mirar a un lado distinto del interlocutor. Aspectos presentes y manifestador por la PAM1.

Ante este panorama, el albergue funge como su principal fuente de apoyo y refugio hasta la actualidad. El papel del albergue se profundiza en párrafos posteriores.

Por su parte, la PAM2, continúa refiriendo sensaciones positivas y negativas ante el consumo, a su vez, resalta lo importante que fue para su bienestar, el encontrarse a sí mismo y desintoxicarse:

**"...no sé qué era lo que le pasaba a uno, uno quería descubrir algo, sentirse mejor, sentirse más feliz con esas cochinas, ¿vea?...es que la gente no sabe que uno sufre, uno no está feliz tomando, ni fumando, uno no está feliz nuuunca, lo que pasa es que en ese momento lo tiene atrapado eeeeso, y usted no, no puede soltarse, por más que usted quiera, vieras, por más...yo no estoy loco ¿yaaa?...ahora yo no tengo nada, no tengo casa, donde yo esté, mi casa, mi familia, lo que más anhelo, es lo que más anhelo: mi casa, mi familia, llegar otra vez a estar con mi familia; pero ahora vivo mejor que antes, porque ahora estoy feliz ¿ya?, ahora soy yo...yo me desintoxiqué y me sentí mejor...Ahora yo veo que, que vendrán cosas mejores, yo sé que sí, pero si yo sigo así como estoy y, y cada día me va a ir hasta mejor..."** (PAM2)

Este encontrarse se refiere a aspectos de introspección, que como se ha mencionado con anterioridad, son la antesala para el inicio del proceso de recuperación, como lo señala la PAM2.

Por su parte, la PAM3, manifiesta como parte de sus momentos desagradables el enojo e irritabilidad durante y posterior al consumo de sustancias psicoactivas, como uno de los efectos del proceso de abstinencia:

**"...yo no bebía, pero yo me daba cuenta que yo cambiaba mucho cuando salía del hogar, hacia la casa, que yo vivía con doña Carmen, y yo empezaba a pelear con la gente, con el del autobús, diaaayy! no ve, se brincó ese semáforo, no mentira, usted se lo brincó viejo estúpido y no sé qué...llegaba a la casa y todo estaba desordenado, según yo, agarraba y hacía así en el televisor, y decía tiene polvo...ya para cuando eso bebía...yo buscaba la justificación para hacer pleito, era para enojarme y salir enojado, coger el carro y a la cantina, y después entraba enojado..." (PAM3)**

Según, IAFA (2017) menciona que los síntomas de enojo, irritabilidad, ansiedad, insomnio, entre otros son resultado del síndrome de abstinencia por alcohol, resultado de una excesiva actividad del sistema nervioso simpático que pueden persistir durante períodos de 3-6 meses. Lo que puede explicar lo narrado por la PAM3.

Por su parte, la PAM4 refiere después del consumo como un momento desagradable, no tener claridad en su futuro inmediato y cercano en relación con el tener un espacio propio para vivir:

**"...a la edad que yo tengo, los años que yo tengo aquí...diay!, vine por hacer un cambio...un proceso...no he progresado nada yo!, nada!...no tengo futuro de nada!...el futuro que yo he pensado siempre...es tener dónde vivir, algo propio...no estar orillado...estar uno tranquilo...donde no hayan problemas...problemas siempre hay!...los problemas...(hoy está con el mismo pensamiento y molesto)...yo no pretendo tener miles de hectáreas, terreno, lo que prefiero es tener un pedacito, donde vivir...estar tranquilo...no necesito extensidades..." (PAM4)**

Lo agradable y desagradable del consumo, se profundiza desde la neurobiología en el apartado de los significados, pues es a través de este que se puede generar un acercamiento para comprender estos sentires, considerando las características personales y sociales de los participantes del estudio, que ya se han descrito, así como su estado

emocional, las diversas motivaciones y expectativas ante estas sustancias. En resumen, es el significado de la sustancia para las personas adultas mayores que determina sus pensamientos y sus sentimientos.

En relación con los sentimientos anímicos, estos se caracterizan por estar relacionados con sentimientos como la tristeza y la alegría ante una noticia. Noticias, según las experiencias vividas y contadas por las personas adultas mayores de pérdidas físicas de seres queridos o personas cercanas significativas; así como de agresiones físicas y emocionales y explotación laboral por las personas que le debían cuidar, asimismo como el nacimiento de nuevos miembros de la familia, principalmente en la PAM1, el nacimiento de su hija fue una noticia de alegría, contrario el sentimiento en la PAM2, con el nacimiento de sus hermanos, como se puede observar a continuación:

*Antes del consumo problemático de sustancias psicoactivas:*

**"...yo no sentí tristeza profunda, de hecho casi nadie fue al funeral por la fecha y por lo que él era o fue [refiriéndose a su padre]...con el tiempo mi esposa decidió irse para USA, me abandonó, me dijo que ya no quería estar conmigo, pero yo tranquilo y yo me quedé con mi hija, pero tenía mucho apoyo de la familia de ella, mi suegra y mis cuñadas todo el tiempo se ocuparon de Marianela, la querían mucho y la cuidaban mucho, porque yo trabajaba, ellas fueron las que la criaron..." (PAM1)**

**"...comencé a descubrir el mundo de, a descubrir eee, eso que yo quería, que yo quería tener dinero ¿veees?, yo quería tener poder para, para poder darle a mamá....yo no quería que mamá tuviera más amigos, mamá nunca tuvo más amigos, del que tuvo de, de dos hijos, que fueron: Grettel, la que está viva, y mi hermano...yo era taaan celoso de mi mamá...de mis hermanas, también, yo las iba a traer cuando ellas iban a bailar...(se siente orgulloso de este rol)..." (PAM2)**

**"...yo le contaba sobre lo que pasó con mi nacimiento y la fecha de inscripción...a mí me tuvieron que llevar al Registro y registrarme mi abuelito...entonces me registraron con fecha de nacimiento diecinueve de octubre....cuando yo en realidad nací el nueve de octubre...por eso es que yo tengo la cédula nueve...no la uno...cuando a uno lo inscriben después del tiempo reglamentario, le ponen la cero nueve...(dice su número de cédula)...dicen que mi papá llegó el diecinueve de octubre a reconocerme. Y manifestó: Aaah! eso fue lo que nació! Eso me lo dijo mi madre años después...esa situación no me gustó...como un desamor,**

como un no me importa mi hijo, verdad...mi papá era una persona que jugaba todas las noches y, llegaba en las madrugadas...y ese es un trauma. Sí!, desde que abusaron de mí...me hizo un trauma...y después los castigos...que me infringía mi papá, todos los días me daba con un cordón de luz...de eso de plancha...en un momento dado, una vez que tenía como diez años, mi papá me estaba pegando, llegó a tal extremo la crueldad, que mi mamá...le paró la mano a mi tata, y le dijo: ya basta!, ya basta!, si usted me vuelve a tocar a mi hijo, yo lo mato...hijueputa yo lo mato...es que...ya está bueno, le dijo...y yo tenía que fingir en la calle...claro usaba pantalón largo para que no se me vieran las marcas, cuando pasaba el efecto de eso, pues era ya de noche y ya yo estaba acostado, verdad..." (PAM3)

"...casi a los cinco años...yo estaba grandecillo, ya recordaba yo, ya yo hacía oficio, que me ponían a apartar terneros y todo, ya fui creciendo más, ya me levantaban a arriar vacas a las tres de la mañana, ya fui creciendo más, como a los siete años...ya fui aprendiendo a ordeñar, a una mano y luego a dos manos, cuando ya estaba más adulto, me mandaban a repartir leche...todos los días, a una hora y media a caballo (en este párrafo al leerlo su respiración se hace más fuerte y ya no hay risas)...ya después era el encargado de los peones, y yo trabajaba también, volando machete...desde los cinco años, hasta los doce años...y ya para acostarse tiraban un puño de maíz y a hincarse y a rezar el rosario y acostarse a las siete de la noche, ya, ahí en ese tiempo no hay tele ni nada...me sentía cansado, demasiado todo el día..." (PAM4)

Durante el consumo problemático de sustancias psicoactivas, para la PAM1, reafirma que su relación con su hija (personas más significativas) fue lo que provocó su abstinencia:

"...mi hija, ella me esperó un día y eran como las once de la noche y me dijo que iba a ir a la escuela, que me estaba esperando, que cuando iba a dejar de tomar? y me dio tanta tristeza, eso fue el día anterior a mi cumpleaños...ves, si yo me derroté ante el alcohol...eso me generó mucha alegría..." (PAM1)

La PAM2, refiere en este sentido que dentro de las noticias que más le han causado tristeza están: la muerte de la hermana más cercana, el cual no pudo demostrarle que él podía cambiar su *modus vivendi*, así como su experiencia con su madre durante su consumo y el ingreso en la cárcel.

"...y me decía mi hermana, mi hermana la mayor que murió de cáncer, me decía: PAM2: "¿Por qué usted es asiiii?, usted no es asiii" me decía ella, "usted no es así" me dice...(con la voz quebrada por el

llanto)...“usted es buena gente me decía ella” (solloza)...pero no podía...(con la voz en tono normal) no podía cambiar y entonces, yo decía: “¿por queeé?”...Y diayyy!, al final, se murió ella y yo la enterré, yo, yo sufrí por ella, yyy después sufrí por la otra, la que le seguía...Diayyy!...yo decía: “yo tengo que cambiar”...Me fui en la mañana, como a esta hora (nueve de la mañana)...a pedirle plata a mi mamá para unos materiales...fui a comprarlos, y no volví en tres días, y cuando llegué, digo yo: “!Uyyy qué bronca! ¿Y ahora, ahora qué hago, yo?...no era porque me daba miedo llegar, sino porque oír a mamá: “Uyyy ahora mama se va a poner a, a llorar y todo” ¿veees?, eso era lo que me, no quería...yo hace cinco años tuve una reecaída, tuve un problema judicial, yo tuve un problema judicial, yo hice un abuso deshonesto con una muchacha soltera, de, de una menor de edad, cator, trece años tenía. Ahora, yo no digo que ella tuvo la culpa. Yo fui el de la culpa. Y en esos cinco años yo no me fumé ni un cigarro...Cuando salí llegaron por mí, mi familia llegó por mí, y me dice mamá: “De veras que te veo diferente”, “Sí mamá, es que yo ya no quiero vicios, voy a, voy a cambiar” ...y cada vez me iba alejando más y más y más, pero huuubo un problema: ¡diayyy! Yo ya no podía ir a vivir a mi casa, a las casas de mamá, ni a la casa de mi hermana. Ya yo no podía estar cerca de mamá, porque mi hermano no quería...” (PAM2)

En relación con la PAM3, entre las noticias más tristes era saber que cada día recibiría una golpiza de parte de su padre, y una de las más significativas que le generó más alivio que alegría fue cuando su madre fue capaz de alzar la voz y ayudarle a escapar de esa realidad.

"...[transición de niñez a adolescencia] yo sabía que cuando llegaba a la casa mi tata me iba a chilillar, ya no me importaba...si sentía los dolores, las marcas que él me dejaba...pero me valía un pito, porque yo sabía...o sea, yo salía de donde me tenían encerrado...era como un punto más alto que esa puerta (señalando la puerta del lugar)...abrían y me empujaba mi tata, chingo, verdad...fue así como conocí el alcohol...empecé a descubrir la fórmula mágica para sacar todo, para sentirme libre, olvidar por un rato, por un tiempo...lo enfermo que estaba...lo mal que me iba en la escuela, lo mal que me trataban..." (PAM3)

En relación con la PAM4, la noticia que más alegría le ha generado en su vida fue, "cuando dejó de ser esclavo" y la que de mayor tristeza fue la despedida de su abuelo antes de morir.

"...hace añales se murió [su abuelo] (llora)...mi tata, me maltrató mucho...no quería que yo fuera a donde mi abuelo, nunca me llevó,

**porque seguro sospechaba que yo me iba a querer regresar...cuando mi abuelo estaba agonizando...me mandó a llamar, yyy que mi abuelo estaba grave, y yo quería verlo, que quería que yo lo perdonara y yo ese tiempo era de corazón muy duro, (ja)...después me fui ensuavizando...diay!, yo no tengo que pedirle perdón, pero lo voy a perdonar verdá!, y me dice mijito...nunca busque problemas, nunca busque pleito, si lo busca defiéndase hasta con las uñas, que tenga usted las de ganar, y le digo, le voy a dar la bendición de Dios y por mí va a ser bendecido por Dios usted (se limpia las lágrimas con una servilleta), diay!, ya seguí la tragedia, me levantaba a las tres de la mañana para ordeñar y seguir trabajando adonde mi tata de crianza..." (PAM4)**

**"...Yo era un esclavo, me liberé a los dieciséis años...cuando logré localizar los papeles...y con eso me cambié mi apellido el otro, el de mi tata de crianza...me puse el apellido de mi mamá, el original (risas)...mucho alegría, con eso me abrió las puertas, que yo podía trabajar...tenía permiso de trabajo...ya tenía un futuro, decía yo, ya tenía otro ambiente y...trabajaba en la bananera..." (PAM4)**

Las vivencias expresadas por las PAM participantes en sus primeros años de vida, están marcadas por un conjunto de pérdidas emocionales, físicas, psicológicas, materiales, entre otras; que implican duelo. Según Ordoñez y Lacasta (2004), los factores que pueden predisponer a la resolución de un duelo complicado resultan ser de diversas índoles: entre ellos los relacionales (de dependencia, de conflictividad con aparición de autorreproches); los circunstanciales (juventud del fallecido, muerte súbita, muerte incierta por desaparición), los personales (más complicado en el varón, problemas previos de salud física o mental, duelos anteriores no resueltos; y, los sociales (ausencia de apoyo social o familiar, nivel socioeconómico bajo). Como se pueden observar, todos ellos presentes en los relatos de vida mencionados por los participantes, que les marcan el camino posterior de su crecimiento y desarrollo, como se puede observar, incluso hasta la adultez tardía, ante la resolución de las futuras pérdidas y en sus relaciones humanas vividas.

Después del consumo problemático de sustancias psicoactivas, las noticias que les generan alegría a las PAM participantes están relacionadas con haber logrado superar el proceso de consumo problemático de sustancias psicoactivas, pero trazan líneas del cómo mantenerse en sobriedad una vez visto el camino recorrido, y viendo hacia el futuro, tratando de reconstruirse y de retomarse ellos mismos y con las demás personas, en la medida de lo posible.

"...Un señor murió un domingo, y luego empecé a sentir más, más ganas de vivir, tenía fe de salir adelante, esa esperanza de salir adelante, sin querer la derrota, ni sentirse derrotado (agita la cabeza en varias ocasiones haciendo el gesto de no), luchaba por salir adelante..." (PAM1)

"...Entonces, cada día, me siento mejor, ¡peeeero! siempre hay un "pero", la felicidad mía es: mi familia...eso es lo que yo quiero! Va a ser difícil, pero yo sé que para Dios no!... Lo que yo le he contado: que me encanta la mujer...empiezo a encamotarme...y me caí otra vez...cuando me di cuenta, ya no estaba ni con ella...sí...y ya estaba metido en otro cafetal, porque a mí me da miedo fumar eso en la calle. Entonces yo me metía en el cafetal a fumar y de ahí no quise salir más...ahí me quedé veinte días...no tomé licor...ni fumeeé droga...y ahí comencé a, a sentirme que, que di, ahora qué, ¿qué hago?, "no diayyy, voy a fumar" ¿veees?, y duré veinte días...recaí...pero luego...ya me trajo mi hermana acá...[al albergue]..." (PAM2)

"...a mí me entró inclusive una duda si yo era o no era hijo de mi papá, vea qué loquera, investigué en el Registro Civil y todo, y me dice el señor, no se preocupe don PAM3, don PAM3 es su papá...seguí siempre con las mismas actitudes de borracho, no de beber, pero sí andaba en, en roces, en peleas y en coger lo ajeno, cosas pequeñas, pero bueno, robar pan, un jabón, un lapicero, todas las cosas que estaban mal puestas...no me gustaban las reuniones, ni las consejerías, nada, nada...hasta que el día que murió mi papá...murió mi papá, yo no pude despedirme de él, porque él murió en solitario, murió como un perro ahí abandonado (exclama: pobrecito mi papá), él tenía orden de no visitas, ni siquiera a mi mamá, porque le encontraron problemas emocionales, psíquicos, yo creo que por la muerte de la hija mayor, el hijo menor y la vida que le di yo, probablemente, y entonces yo no pude despedirlo, me quedó un sentimiento de culpa aquí...aunque ya nos habíamos reconciliado, perdonado...cuando lo enterrábamos yo me vine acá...se podrá imaginar cómo venía yo!, yo no tomé, me vine directo para acá [el albergue]...me tomé mi tratamiento...ya yo me acosté, pero no podía dormir...me compré una pachita de cacique, me la tomé y no me di cuenta de nada más, ahí caí, caí no sé dónde...recaí...hice un juramento, se puede decir, aunque esto es por veinticuatro horas, pero sí, yo le dije...Diosito ayúdame!, perdóname!, por la memoria de mi papá que acaba de fallecer, y de mamá que está viva...yo no me vuelvo a tomarme un trago más en mi vida por el día a día, pero fue una promesa que hasta la fecha la he cumplido..." (PAM3)

"...muchos acá se lo desean, cáigase usted de espalda que de dormir con seis al dormir yo solo ahora, y sin yo pedirlo...una carambilla...es una carajilla de diecisiete años...y me cuadró (risas)...la amabilidad es lo



**que lo lleva a uno...mientras uno pueda, cortés...y me dicen todas las mujeres, lo veo muy bien, y uno se las va ganando a todas esas, si, todas son muy nobles..." (PAM4)**

En resumen, los sentires anímicos reafirman el estado emocional de los participantes a través de sus vivencias personales, interpersonales, en el lugar, espacio y época vivida, sentires que manifiestan en la mayoría de los casos pérdidas que generan en ellos una deficiencia de estrategias y habilidades para la vida.

En relación con los sentires espirituales (o de la personalidad), son los sentires que se funden con el ser mismo, es decir, del Ser, que reflejan el valor de la misma persona. Entre los que expresan las PAM participantes, tanto antes, durante, como después del consumo, son: abandonado, honesto, estudioso, drogadicto, delicado, celoso, tímido, introvertido, mal estudiante, los cuales generan congruencia interna de lo manifestado por cada uno de ellos a través de su mundo vivido en los pensares y sentires mencionados con anterioridad.

*Antes del consumo problemático de sustancias psicoactivas:*

**"...yo me sentí abandonado desde muy niño por parte de mi papá, indirectamente en mí me dije que yo no iba a hacer como él...yo nunca he sido deshonesto, nunca he sido infiel...yo fui un estudiante, pues bastante, bastante bueno, muy responsable, muy estudioso, después de estudiar venía y jugábamos en las calles, puse mucho, mucho, amor al estudio y a la gente, me querían mucho ahí, siempre quería salir más adelante..." (PAM1)**

**"...ya se me hizo costumbre, robars...yo todavía llegueé ahhh y yo no era drogadicto ¿veees?, no, era una persona con, muy, muy, como soy ahora, deceente, ya...el orgullo mío era ir a la escuela bien, bien bonito ¿'a?, porque toda la vida me ha gustado andar bien aseado...el anormal fui yo porque a una persona delicada como yo, porque yo soy delicado...todavía puedo hacer algo (entre carcajadas)...yo era muy celoso de mi familia, yo era muy celoso de mis hermanas, yo las cuidaba mucho...yo era un, una persona de la calle...y se me complicó mucho la vida porque comencé a conocer otras sustancias..." (PAM2)**

**"...yo no soy santo, ni era santo, san PAM3, no, pero yo era muy tímido, desde que pasó lo que me pasó, yo me volví una persona...introvertida...mi salud se deterioró mucho, verdad...yo era mal estudiante, siempre fui mal estudiante..." (PAM3)**

**"...quedé huérfano a la edad de cuatro años...mi tata...me vendió...yo era hijo ilegítimo...yo soy hijo natural!, supuestamente!... a los siete años era el encargado de los peones, y yo trabajaba también, volando machete..." (PAM4)**

*Durante el consumo problemático de sustancias psicoactivas*, en la PAM1 sobresalen los sentires espirituales, de tristeza y soledad, como lo menciona a continuación:

**"...resentimientos con la vida, cosas que me hicieron sufrir...el alcohol fue como la oportunidad de conocer más, que genera tristeza, soledad, qué defectos tenía, cómo me hice daño..." (PAM1)**

En la PAM2, resalta el sentirse joven y moderno, como aquellos que le hacía ser parte de un grupo de pares que posteriormente le abrió las puertas al consumo cada vez mayor de sustancias psicoactivas; y como este *modus vivendi* hoy lo describe como las vivencias de experiencias perversas, malas, pero describiéndose el mismo como tal y no haciendo referencia a las vivencias como se expone en este texto; se describe como drogadicto e irresponsable. A su vez, resalta que tenía poca autoestima y cómo ha tenido que trabajar en ello. Se atañe como una cualidad positiva ser "despabilao" y "jugao" como un orgullo, e importante hace notar que aún en este momento como se mencionó con anterioridad el robar se hizo parte de su estilo de vida. Sólo menciona una cualidad positiva: "el ser sensible".

**"...en aquellos años setenta, ochenta...llegaron la oleada de hippies...uno como está...muy joven, según uno...es hippie...está muy moderno, entonces comienza ya a meterse sustancias más fuertes...tuve, tuve cosas muy perversas yo, cosas muy malas, tuve que...quererme más, el autoestima mío estaba tan bajo...que yo no me quería yo, no quería a nadie...era un rebelde yooo...el licor a mí me despabilaba la mente de viaje, yo al rato tenía que tener plata...por eso salía a robar...y jugando uno de ¡ayy! que, de naaa, de, de, de lo que no era ¿'a? porque ¿eso no era así!, y ya, uyyy entonces ya, ahora soy más, más, más malo, o más, sé más que los demás ve, ¿me entiende?, porque en ese tiempo el que olía coca era, era más, más jugado...viera el orgullo, pero es que hay orgullos diferentes. Ese orgullo mío era que no quería que me vieran, las vecinas, ni los vecinos, ni la gente que me quería. ¿Entiende?...yo soy muy sensible...yo siempre fui muy irresponsable...“ahora ya sos, te hiciste drogadicto y toodo” le digo, y a mí me caía mal eso, me ponía a la defensiva yo, yo donde los vía mejor me hacía para otro lado...el adicto es así!...entonces caía peor ¿veees?...si tiene que traicionar algo lo traiciona...¿me**

**entiende?...entonces, eeh! eso hizo que yo...mmmm, queeee, ¡qué ya no era yo!...me decía mi, mi otro yo, seguro, “¡Salí de esto PAM2, si vos no sos así!”, y yo decía: “¡Pucha de veras yo tengo que salirme de esto”. Tal vez estaba así: todo hecho leña. Tooodo sucio. Tooodo hediondo...” (PAM2)**

En el caso de la PAM3, los sentires espirituales durante el consumo son principalmente: la ansiedad, el miedo, la desolación y la inseguridad personal, como se puede leer a continuación:

**"...entonces cuando yo probé el alcohol y se me abrió a mí el mundo totalmente diferente, verdad...empecé a hablar bien...entonces yo descubrí la maravillosa...lo maravilloso que era beber...porque cuando yo bebía, yo era otra persona...se me quitaba el miedo...la ansiedad...a los quince años me sucedió otro trauma, que pues digo yo que trauma, porque yo sentía mucha desolación...mucha inseguridad de mí mismo...llegó y me dijo [su papá]: tome esta plata y me la meto en el pantalón...vaya busque una mujer!..." (PAM3)**

La PAM4, manifiesta sentires espirituales positivos como el trabajo, ser del parte Sur del país, por su reconocimiento como personas valientes y trabajadoras; y menos positivos como el carácter fuerte (enojo), pero con procesos de cambio; importante hacer notar su sentir de "ser esclavo" siendo apenas un niño hasta su juventud; siendo el sentir espiritual más negativo en su mundo vivido, por lo que el sentirse libre es el más importante desde lo positivo.

**"...tenía un carácter muy fuerte, después me fui ensuavizando, era jornalero de mi tata de crianza...dejé de ser esclavo...me liberé a los dieciséis años...gracias a Dios!...fui libre!...yo sentía temor, diay!, como eran señores cualquier cosa se lo tiraban a uno...soy muy valiente!...yo era el camello ahí...usted viene del Sur y yo conozco las cualidades que tienen las personas del Sur...(risas)...yo venía pochotón...todos los pagos yo...estrenaba...zapatos y todo, andaba pura vida, con buena platita...ahí era un capataz...segundo capataz...siempre he andado solo...como el pizote...más gordo...y menos problemas...trabajábamos por contrato..." (PAM4)**

Después del consumo problemático de sustancias psicoactivas; en la PAM1 surge el sentimiento espiritual de agradecimiento con Dios y con la vida en general, se describe como un ser único, de confianza, luchador, feliz que busca su libertad interior.

**"...muchas personas que sacaron su bachillerato por madurez, eso me hizo más bien sentirme agradecido con Dios, con el país que me dio la**

**oportunidad, agradecido (voz entrecortada) con la vida...sigo siendo la misma persona, escasa de recursos...como he pensado siempre, que no hay, no hay, no hay fronteras, de que no hay, que no hay vallas, o enseño que no hay muros que saltar, si no hay, hay confianza en sí mismo, hay ganas de ir venciendo todos los retos que le va presentando la vida...soy uno más de los cuatro millones ochocientos quinientos noventa y cinco habitantes de Costa Rica, pero único, porque no hay una persona igual a nadie...con mis defectos, con mis logros, con mis alegrías y con mis tristezas...una persona en que las personas pueden confiar, en que todo el que me necesite me tiene ahí...yo ya no quiero seguir siendo el mismo...no soy muy comunicativo...Todo lo que he buscado, en todo este tiempo, el concepto de libertad, libertad interior....Por eso para mí el final mío, es feliz y es hoy nada más...(realiza una inhalación profunda del cigarrillo)..."** (PAM1)

La PAM2, refiere sentires espirituales como el autoperdonarse, liberado de culpas, feliz, artesano y saludable.

**"...Gracias a Dios aquí estoy bien...y ya todo eso que hice yo, yo mismo me perdoné; yo ya no tengo esos sentidos de culpa, como antes queee, ya eso se me quitoó y vivo, y vivo bien aquí, vivo feliz. Es decir, estoy tratando de vivir feliz porque, me hace mucha falta mi familia..."soy artesano" "yo trabajo en calzado"...yo estoy muy bien de salud, vieeeras!...Vea! yo era, era una persona que pasaba, día y noche fumando droga, pero nunca me prostituí..."** (PAM2)

La PAM3, refiere sentires como el acercamiento espiritual, ansioso, fumador, ser ordenado, optimista, trabajando sus resentimientos, el perdón, inclusive el propio, sobrio y tranquilo.

**"...hoy...tengo un acercamiento espiritual...bueno...yo...todavía sigo usando el cigarrillo...es malo...vi que me estaba haciendo mucho daño...porque una de las crisis que yo pasé...me afectó...me dio asma...hace seis meses, ocho meses...tuve que ir al Calderón Guardia...he bajado el consumo...y espero...en algún momento tener que dejarlo definitivamente...ya no es aquella...ansiedad...soy uno de los mayores consumidores de psicotrópicos aquí...he aprendido a ahorrar...en fin, a ordenarme...me siento bien, quiero seguir adelante...ya uno es viejito...me he desahogado...remirarme...he perdonado...y el autoperdón mío...no existe resentimiento...una vida en la cual los mejores días estarían por venir...y pues no es que estoy fulgurante de felicidad...soy un poco descuidado porque a mí me aburre hacerme...esas cosas, pero en lo interno...estoy bien...la persona más importante soy yo...ya no es aquella inseguridad de antes, que sí, que no, que tal vez, qué pereza... me siento tranquilo...yo tengo un**

**problema mayor que ese, que es mi sobriedad, mi vida...y ponerme unos nuevos dientes, por qué no!, ahora sí!, es que antes no quería nada de eso..." (PAM3)**

Por su parte, la PAM4, refiere sentires espirituales como la indecisión, paciente, sin futuro, desesperanza, tranquilo, con fe en Dios y como una de sus actividades ser jardinero.

**"...yo pensando...cuando me iban a traer aquí [Albergue]...estaba indeciso...ya aquí...estoy manteniendo...las matas...las regaba...necesita de cuidado, de tiempo y paciencia...no he progresado nada yo!, nada!...al futuro que tengo, lo que llevo, veo que no tengo futuro de nada...hoy me va a ir mejor porque ya no me porto mal, como aquel tiempo!...tengo amigos!...ya no jodo mucho!...respeto...vivir tranquilo, no tener que estar mal...hoy bien y mañana mal...yo no pierdo la fe en Dios!..." (PAM4)**

En resumen, los modos de sentir manifestados por las personas adultas mayores participantes, describen algunos paisajes de su interior; incluido el modo de experimentarse a sí mismas en el mundo, de experimentar su realidad, referidos a sus vivencias internas, desde lo humano, desde lo agradable y desagradable; comunicados todos ellos, desde una relación empática que favorece la expresión de las personas sin juzgar, prevaleciendo la escucha activa.

Cabe mencionar que algunas veces en la vida de los seres humanos, las acciones se dan mediante un proceso basado en la toma de un acto de conciencia de la cosa o situación dada, y consecuentemente, por la voluntad personal. Esto hace que la persona pueda tomar una decisión, ya sea, para reforzar lo que ha venido haciendo, o bien, lo contrario a esta.

### 4.2.3 Haceres

*"...no se puede poner la carreta delante de los bueyes, el hombre es quién guía esa carreta: que es la vida; y si él quiere ir a buen puerto, llegar a un lugar, a un destino, tiene que llevar equilibrada la razón, y preguntarle al intransigente que piensa de eso: ¿Si es razonable o no?; e ir equilibrando a ambos..." (PAMI)*

Según Mises (2011) para que la acción sea humana implica que se realice desde una conducta consciente, voluntaria, movilizadora y transformada en un acto, que pretende alcanzar precisos fines y objetivos.

Como se ha mencionado con anterioridad, según Prochaska y Diclemente (1992), a medida que las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas se vuelven más conscientes de sí mismos y de la naturaleza de sus problemas, adquieren mayor libertad para autoevaluarse afectiva y cognitivamente.

Así, durante este estadio se da inicio al proceso de la auto-reevaluación que cumple la función de puente hacia el próximo estadio: Preparación, no sin antes aclarar que aún se mantiene en contemplación, tratando de deliberar entre sus propios valores y tratando de intentar hacerles reales, reevaluando los que podría poner en acción y los que se desea modificar. De alguna manera, planificando la acción para el cambio y su posible mantenimiento.

Generalmente, cuando se habla de la realización de una acción, se debe considerar que esta es el fruto de una reacción consciente que actúa en el ego de la persona ante los estímulos y las circunstancias del ambiente; resultando ser un proceso que se deriva de una reflexión de acomodación a aquella disposición del entorno que está influyendo en la vida de este.

En este mismo sentido, Rivas (2007) manifiesta que la acción consciente contrasta con la acción inconsciente. Pues esta última es una reacción de nuestras células y nervios ante realidades externas; es decir, es un dato más del mundo exterior que se debe considerar; pues al actuar, razona en esas dos direcciones, una en lo que ocurre en su propio organismo; y dos en otras realidades como las condiciones climatológicas o las actitudes de las personas que le rodean. Es decir, el entorno es vital para la recuperación de las personas que consumen sustancias psicoactivas. Recordando que el entorno es visto en este estudio

desde el modelo interpretativo socioecológico de las drogas, donde este no sólo considera la inmediatez del contexto, sino que hace un particular énfasis en la interrelación de los contextos entre sí: el personal, el microsocio, el macrosocio y el espacio geográfico en que se desenvuelve ella misma.

Sin embargo, afirma que, en algunos momentos, la voluntad humana es capaz de dominar las reacciones corporales, o sea, las acciones inconscientes; donde la persona puede mediante el ejercicio de su voluntad: superar enfermedades; compensar la insuficiencia innata o adquirida de su constitución física; y dominar sus movimientos reflejos.

Por tanto, las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, a través de su voluntad, consciente, pueden tomar la decisión de superar su enfermedad adictiva; considerando a su vez que esta acción debe ser reforzada en positivo por su entorno; como lo afirma Rivas (2007) es que si la persona al actuar estima que su bienestar ha aumentado, entonces su acción le genera beneficios psíquicos. Si, por el contrario, estima que su bienestar disminuye, su acción le genera pérdidas psíquicas.

De esta manera, manifiesta Rivas (2007), que una persona cuando actúa: opta, determina y procura alcanzar un fin; el cual debe realizar un proceso de toma de decisiones, o elige una y rechaza la otra. Por tanto, la acción humana implica: preferir y rechazar. Considerando lo anteriormente mencionado, tanto la expresión de deseos y aspiraciones como el anuncio de planes, son formas de actuar; si de tal modo se aspira a preparar los planes. Pero lo es también callar. Esto se ve evidenciado en los relatos de las personas adultas mayores, tanto en los pensamientos como en los sentimientos.

De este modo, continuando con Rivas (2007) las personas no actúan en el vacío, sino que se encuentran en un entorno, con el cual interactúan, empleando los elementos que este les proporciona para intentar satisfacer sus fines, que el autor, les llama: medios.

Pero refiere que, para alcanzar un fin, la persona previamente debe de poseer un conocimiento sobre qué medios usar y cómo usarlos de la forma más adecuada y útil para alcanzar dicho fin. A este conocimiento aplicado a toda acción humana, el autor le denomina: método de actuación.

Entonces, las personas emplean aquellos medios que creen o saben que les permita alcanzar sus fines de la forma que creen o saben que les sea más útil para alcanzar dichos

fines. Y esto conlleva al error, como una probabilidad, por ejemplo: una recaída; pero resulta ser un elemento irremisible en toda acción humana e inclusive necesario. Quién resignadamente soporta las cosas que puede alterar; actúa tanto como quién se moviliza para provocar una situación distinta. Quién se abstiene de influir en el funcionamiento de factores instintivos y fisiológicos que pueden interferir, también actúa. Actuar supone: hacer; y dejar de hacer aquello que puede realizar.

De esta forma, a manera de conclusión, se puede afirmar que la acción humana es la expresión de la voluntad humana.

Voluntad humana, manifiesta Rivas (2007) significa la capacidad de elegir entre distintas actuaciones; prefiriendo lo uno a lo otro; y procediendo de acuerdo con el deseo de alcanzar la meta deseada o de rehuir la meta no deseada. Por tanto, toda acción humana tiene lugar en el tiempo. Y el tiempo del que generalmente se dispone es escaso, esto implica que todas las personas al actuar lo economicen/racionalicen, elijan y decidan los fines que desean alcanzar y los que no.

De este planteamiento, se derivan dos conclusiones: La primera es que: Toda acción humana al estar sujeta al uso de medios escasos (como el tiempo) implica renunciar a fines. Es decir, en este estudio se puede evidenciar que las personas adultas mayores participantes al encontrarse en su última etapa de vida, deben optimizar sus recursos con el fin de llegar a mantenerse en su estado de sobriedad, el cual es su fin, pero que puede ser una carrera contra reloj, por sus expresiones en las vivencias manifestadas.

Pero, surge una interrogante en este punto: ¿A qué fines? El cual el autor manifiesta, que son aquellos fines que cada persona considera subjetivamente más valiosos, de entre los que consideran que los medios de los que disponen les permiten alcanzar, de manera que, a los que renuncie sean aquellos que considere menos valiosos; y elija los que intenta alcanzar en algún momento futuro basándose en su escala de valores o preferencias subjetivas respecto a esos fines.

La segunda conclusión en relación con este planteamiento es que toda acción humana conlleva unos costes de oportunidad. Por lo que, toda acción humana asociada al logro de un fin o conjunto de fines intertemporales, precisa del empleo de medios de una forma concreta y no de otras alternativas, que implica renunciar a alcanzar fines



alternativos durante el periodo de tiempo que dura la acción con los medios empleados en dicha acción, incluyendo entre estos medios: el tiempo.

De esta manera, en este contexto se comprende el coste de oportunidad, como lo equivalente al valor presente del fin o conjunto de fines intertemporales alternativos más valorados a cuyo intento de satisfacción se renuncia, al menos durante el periodo de la acción, al actuar con unos medios determinados de una determinada manera y no de otras alternativas. Por tanto, el coste de oportunidad es un coste omnipresente en toda acción humana, ya que para el desarrollo de todas se precisa de medios escasos (el tiempo quizá sea el principal) que requieren de ser economizados.

Otra premisa básica para destacar es que la acción humana no implica que las personas tengan que, al actuar, dejar de desarrollar la acción que estaban llevando a cabo. Esto porque el autor menciona que tan acción humana es continuar realizando la acción X en lugar de realizar la acción Y, como dejar de desarrollar la acción X y pasar a ejecutar la acción Y. Es decir, basta con que se presente una alternativa de acción que sea rechazada para clasificar ese acto como un comportamiento deliberado, y por ende como acción humana.

También hay que advertir que, tan acciones humanas son aquellas que se ejecutan de una forma calculadora y tras un profundo análisis previo de los beneficios y costes de actuar, como aquellas que son llevadas a cabo de una forma rápida y sin un previo análisis profundo.

Por ello, toda acción humana implica que las personas que actúan poseen una incertidumbre/desconocimiento sobre los eventos futuros; porque, según menciona Rivas (2007), si estas ya conocen los eventos futuros que les va a afectar, no actúan, ya que no pueden hacer nada por modificar dichos eventos futuros que están destinados a suceder.

En resumen, los fines que se persiguen al actuar son intertemporales, en referencia a que están distribuidos a lo largo del tiempo. Por tanto, todo comportamiento deliberado está motivado por la consecución de un fin o conjunto de fines intertemporales, y cuando las personas son capaces de alcanzar un fin, les produce una satisfacción o un aumento del bienestar, es por esta razón por la que actúan de forma intencionada.

Asimismo, Rivas (2007) propone algunos requisitos básicos previos a la acción humana, subrayando que el ser humano generalmente aspira a sustituir un estado de cosas

menos satisfactorio por otro mejor. El primero de ellos, es que la mente le presenta situaciones más atractivas, que aquellas que pretende alcanzar mediante la acción. El segundo, es que el malestar se convierte en el incentivo que le induce a actuar; y el tercero que al darse cuenta mentalmente de que existe cierta acción deliberada, es capaz de eliminar o reducir dicho malestar.

De esta manera, la persona que logra realizar una acción en relación a su mejoría y eliminación del consumo problemático de sustancias psicoactivas le añade sentido a su vida, pues este autor señala que una persona se considera contenta y satisfecha cuando ya no tenga que realizar ninguna acción, pues está plenamente satisfecha, y por ende, no tiene motivo para variar de estado. Ya no tiene deseos ni anhelos; y es perfectamente feliz. No hace nada; simplemente vive.

A manera de conclusión, el rasgo más característico de las personas es que actúan; por tanto, la acción es humana.

Desde una perspectiva gerontológica, los haceres se pueden explicar desde el planteamiento que realiza Baltes y Baltes (1990) en relación con el envejecimiento exitoso. Según Montorio y Fernández (1997); Segura & Topa (2016) mencionando a Baltes y Baltes (1990) el modelo de vejez con éxito se basa en un proceso que implican tres componentes que interactúan entre sí: la selección, la optimización y la compensación (SOC): Optimización selectiva con compensación, el cual postula que las personas están inmersas en un proceso continuo de adaptación a lo largo de su proceso de envejecimiento.

La selección, se refiere al proceso de especialización de competencias conductuales que permiten a la persona continuar su desarrollo a lo largo de la vida, por lo que implica reducir, ya que restringe la vida de estas limitando el número de competencias o áreas de funcionamiento.

Sin embargo, esta limitación supone también un proceso de adaptación, ya que, al reducirse las demandas a las que ha de atender la persona, se hace más fácil el manejo de las competencias que previamente esta selecciona. Por ejemplo: Parece demostrado que en esta edad las personas limitan -seleccionan- su fuente de apoyo social, centrándose en la búsqueda del contacto social que favorezca la regulación emocional que preserve su bienestar psicológico (en detrimento de relaciones sociales que faciliten información o mantenimiento de la identidad) (Carstensen y Frederickson, 1990).

Por su parte, la optimización refleja la idea de que las personas se regulan para funcionar en niveles elevados, eficaces y deseables de ejecución; significa que la persona se mueve en la dirección de procurar el mejor funcionamiento posible en un número concreto de áreas de la vida. Así, es esperable que aprovechen las oportunidades ambientales o biológicas para actuar enriqueciendo -y aumentando su capacidad de reserva, de forma que todo ello les permita maximizar -en cantidad y calidad- el curso de sus vidas.

Hasta tal punto es deseable promocionar la optimización en las personas, que se ha demostrado, según refiere Schaie (1994) que cuando mantienen niveles altos de actividad física moderada, estilos de vida saludables y se relacionan con personas intelectualmente activas continúan manteniendo su capacidad intelectual a lo largo de toda la edad avanzada.

Por su parte, la compensación hace referencia al proceso que se activa cuando las habilidades de una persona se deterioran como consecuencia de la edad, o bien, cuando las demandas del contexto aumentan sustancialmente y no es posible alcanzar el estándar de ejecución requerido, como lo es la situación del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Por tanto, lo que las personas hacen es modificar las estrategias habituales, para compensar los déficits. Por ejemplo: Puede iniciar utilizando elementos de la conducta, cómo no frecuentar los lugares y las personas que regularmente visita, hacer uso óptimo del tiempo libre, realizar actividad física, conocer nuevas personas, comer saludablemente; entre otros.

De esta manera, la compensación es un proceso natural que emplean todas las personas en el transcurso de su vida y que, en la vejez, se encuentra especialmente desarrollado debido a la ventaja que supone la acumulación de experiencia y conocimientos de este grupo de edad (Dixon, 1995).

En términos generales, la utilización de procedimientos de compensación no sólo ayuda a las personas a paliar déficits en la vejez, sino que se ha revelado como un importante predictor de eficacia cognitiva y capacidad para vivir independientemente en la comunidad (Wolinsky, Callahan, Fitzgerald, Johnson, 1992).

Así pues, en el presente estudio se comprende cómo hacer: las acciones concretas y puntuales, realizadas intencionalmente, en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas, por los participantes basados en el deseo y/o intención de alcanzar

un fin o conjunto de fines, los cuales están vinculados con algún periodo del tiempo futuro, que les cambiará su situación de bienestar presente por una situación de mayor bienestar en el futuro.

De esta manera, los resultados relacionados con los haceres en contraposición con los pensares y sentires, se presentan después del consumo, por la definición per sé de una acción humana. Y se hace referencia al constructo RecuperarT con conciencia, caracterizado por los primeros pasos en el programa AA, EscucharT, parte de la recuperación y su importancia, Don Gerardo y el ingreso al albergue, los cuales se presentan a continuación.

**4.2.3.1 RecuperarT con conciencia:** Son todas aquellas acciones intencionales para alcanzar la recuperación o su situación actual de no consumo.

**Mis primeros pasos en el Programa de Alcohólicos y Anónimos.** En este constructo se hace una descripción y análisis de las acciones que realizan las personas involucradas en este proceso después de su situación de consumo.

Es importante mencionar que otro de los programas para la recuperación y mantenimiento de la sobriedad del consumo problemático de sustancias psicoactivas, además del modelo transteórico, es el programa de doce pasos. Inicialmente creado y aplicado en Estados Unidos, en el año 1935, por William Wilson y Robert Smith, orientado al principio a tratar el alcoholismo, y más tarde extendido y adaptado prácticamente a todos los tipos de dependencias como: otras drogas, codependencias; y dependencias emocionales como la neurosis, juegos; entre otras.

Este programa es el que ha tenido más evidencia empírica de su efectividad, y es el que más se aplica en la mayoría de los grupos para un tratamiento más efectivo. (Alcohólicos Anónimos, 2003)

La dinámica de un grupo bajo este diseño, como el que se lleva a cabo en el albergue como lugar de estudio, se basa en reuniones regulares donde se discuten y analizan los problemas comunes, comparten sus vivencias y se brindan apoyo mutuo.

Una de sus características más ampliamente conocidas es que, al comenzar a hablar, cada cual se presenta por su nombre, admitiendo de inmediato tener un problema y, al no

dar su apellido, con el fin de mantener en la medida de lo posible el anonimato; aunque en este caso todos se conocen e inclusive es un lugar abierto a la comunidad, del cual pueden llegar todas las personas incluyendo familiares, amistades, que así lo deseen.

Es importante subrayar, que las personas que abogan a favor de este programa fundamentan su posición porque les parece acertado que se centralice en el desistir de la autoconfianza, de la propia voluntad y del egocentrismo, y aseguran que estas dos situaciones hacen que la persona logre avanzar en el proceso de recuperación, dejando dicho cambio de vida en manos de un "Poder Superior".

Por el contrario, las personas que lo critican señalan que esta dependencia es ineficaz y ofensiva, y posiblemente inaplicable en el caso de ateos o de otras personas que no creen en la posibilidad de una divinidad salvadora y todopoderosa. Este grupo, en particular, señala que los doce pasos no ayudan a combatir el consumo problemático de sustancias psicoactivas y/o trastornos sino que en vez de resolverla, la elude, evitando el objeto de la misma, es decir, aseguran que no enseña a manejar el consumo como cualquier otro que consume alcohol habitualmente, sino que victimiza a la persona y como única respuesta ofrece evitarlo ya que se sienta desde un principio la idea de que no lo puede manejar jamás.

Es importante señalar, que a pesar de que es un método centrado en un "Ser Superior", en algunos de sus pasos menciona la palabra Dios; aunque Alcohólicos y Anónimos (2018) afirma que hay grupos de agnósticos que están totalmente integrados y aceptados.

Interesantemente, el programa de los doce pasos está basado en un paradigma de crecimiento personal, siendo los primeros pasos los que dan el inicio a la etapa de precontemplación, si queremos realizar un cruce entre los doce pasos y el modelo transteórico. (Ver anexo #6: 12 pasos)

Como se ha mencionado con anterioridad, las personas ingresan al albergue no por un deseo tangible y consciente de cambio. De esta manera, al ser una condición de obligatoriedad la asistencia a las reuniones, en realidad, se quiera o no, son vitales para el proceso de recuperación de todas las personas adultas mayores que se encuentran en la institución.

Ahora bien, cuando se inicia el análisis de los doce pasos, lo primero que salta a la vista es que el comportamiento adictivo es mencionado sólo una vez, en el primer paso: el cual profesa: "Nosotros admitimos que no tenemos control sobre –poner aquí lo que corresponda– y que nuestras vidas se han vuelto inmanejables".

Este paso, es congruente con el inicio de provocación de repensar y reconocer que se ha perdido el control de la vida y que hay dos opciones: continuar en el consumo o desistir de él, si la opción seleccionada es desistir de la sustancia, entonces los doce pasos argumentan que requiere de la ayuda de otras personas.

Para este momento, es importante señalar que posterior al reconocimiento consciente o no, favorece en primera instancia los pensamientos de introspección mencionados con anterioridad, para dar paso a la contemplación.

A manera de repaso, la contemplación, es el estadio donde las personas piensan que tienen un problema, pero no se han comprometido a cambiarlo. Suelen permanecer en esta etapa durante mucho tiempo y luchan con sus evaluaciones positivas de comportamiento adictivo y pierden una gran cantidad de esfuerzo y energía para superar el problema, aunque quieren cambiar su comportamiento en los próximos seis meses, y expresan frases como: "Tengo un problema y creo que debería trabajar en superarlo". "He pensado que podía cambiar algo de mí". Como se puede denotar en los siguientes relatos de las personas adultas mayores participantes en este estudio:

**"...que yo lo único que tengo que hacer es un día a la vez, de no devolverse...Dios es el poder superior mío que maneja mi vida mejor, para mi calidad de vida, para ser una persona nueva en mí...porque no es lo mal que lo ha tratado la vida, es lo que usted hace con eso, ya que ya hice lo que tuve que hacer y yo no me voy a echar atrás con mi recuperación, para mí la recuperación en Alcohólicos Anónimos es lo máximo, el cuidado de mi vida es lo máximo, y no puedo echar atrás, no..." (PAM1)**

**"...pero hay un problema: yo quiero, que sea la última vez ¿yaaa?, pero ¿queéé tengo que hacer? Seguir adelante, no echar pa'trás, y si me fuera de aquí, tengo que tener más cuidado todavía...porque yo ya me conozco...ya no puedo andar metiendo mujeres al cuarto, saliéndolo con otra ¡no!...eso me lleva a tomar alcohol...tengo que estar en lo mismo, en lo que me está curando, lo que es esto, que es el grupo, que son amigos difeerentes, no asociarme con, con cosas negativas ¿yaaa?,**

porque si no, ¡diayyy!, en cualquier momento me puede pasar algo...ahora yo veo que, que vendrán cosas mejores, yo sé que sí, pero si yo sigo así como estoy y, y cada día me va a ir hasta mejor...ayer yo me sentía en esa reunión, ¡Vieras que bien me sentía!, hablaba sin, sin detenerme...las reuniones que hay aquí, son muy buenas reuniones...vea a mí ahora me da miedo llegar a caer otra vez en eso, pero lo que está pasando conmigo es que verdaderamente creo que es la última vez, ¡verdaderamente creo que es la última vez!, porqueeee me está ayudando mucho el programa de Alcohólicos y Anónimos aquí, aunque yo no venía por alcoholismo ¿veees?...Peero lo que me dicen todo los días por medio ahí, a mí, yo lo entiendo, y me gusta oír a los que saben, porque hay unos que no saben nada pero también, aportan, pero en algún momento algo le puedo agarrar a uno de ellos ¿veees?...Peero lo que me dicen todo los días por medio ahí, a mí, yo lo entiendo, y me gusta oír a los que saben, porque hay unos que no saben nada pero también, aportan, pero en algún momento algo le puedo agarrar a uno de ellos ¿veees?...soy obediente del programa y el programa me ha ayudado mucho ” (PAM2)

"...[estando en el albergue, hace dos años, tuvo una recaída]...me integré de lleno al programa de AA, acepté mi derrota, me entra como en la guerra, contra quinientos yo, peleando con un fusil, no, agarré el fusil y lo puse y dije: me rindo, ya no puedo más, ayúdenme, me integré a las reuniones, me empezaron a gustar más, empecé a poner atención, empecé a poner mayor énfasis en mi recuperación...y ni por aquí me pasa la idea de un trago...lo único que a mí me arrastraba era el alcohol, hasta hace tres años...fue duro entender que yo tenía que derrotarme ante el alcohol e iniciar una nueva vida...que sí, que no, que tal vez, qué pereza...que llama con el pito, que suena para la reunión, no, no, ya es diferente..." (PAM3)

"...no he progresado nada yo, nada...al futuro que tengo, lo que llevo, veo que no tengo futuro de nada... Diay!...lo que me está matando es el maldito vicio, que a uno no le hace falta, yo ya voy punteando el otro año más bien, si Gracias a Dios no me ha hecho falta, yo duré dos años sin tomar, lueho me llevé una decepción y volví a tomar...el futuro que yo he pensado siempre...es tener dónde vivir, algo propio...no estar orillado...estar uno tranquilo...donde no hayan problemas...lo que prefiero es tener un pedacito...donde vivir...estar tranquilo...no necesito extensidades...Diay!..." (PAM4)

Las frases anteriores reafirman que las personas adultas mayores participantes de este estudio, se encuentran en un proceso de autoanálisis, que según Prochaska y DiClemente (1995) están deliberando lo que van a intentar hacer realidad, lo que van a

poner en acción y aquello que se comprometen a modificar. Es decir, se espera que cada vez se vuelvan más conscientes de si mismos y de la naturaleza de sus problemas, y a su vez, adquieran mayor libertad para autoevaluarse afectiva y cognitivamente y prepararse para el siguiente estadio que es el de preparación.

Con relación al estadio de preparación, se mantienen algunos de los procesos iniciados en las etapas anteriores y simultáneamente surgen otros que constituyen los primeros pasos hacia la acción.

Por tanto, suele saberse que es posible que las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas utilicen procesos de contracondicionamiento y de control de estímulos para comenzar a reducir el consumo.

Sin embargo, el punto más importante es que el uso de la sustancia se vaya considerando en mayor medida bajo el control propio de la persona, que bajo el control biológico.

De esta manera, la preparación de las personas para la acción requiere cambios en la forma de pensar y de sentir en relación con su conducta adictiva y con la valoración del estilo de vida.

Todos estos cambios constituyen el inicio de un proceso llamado: auto-liberación, que consiste en que la persona logre aumentar su capacidad para decidir y elegir, unida a la creencia que ella misma puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva; ya que posee o puede desarrollar las habilidades necesarias para hacerlo, o cómo se menciona con anterioridad la voluntad para ejercer una o varias series de acciones para este fin. Esto por supuesto, los autores aseveran que debe darse con un acompañamiento de profesionales con conocimiento y sensibles a esta temática.

En la presente investigación, las personas adultas mayores participantes intentan pasar a la acción con pequeños cambios, para modificar su conducta adictiva, el cual ha sido un proceso desde los doce pasos. Como se puede ver a continuación:

**"...es que vea el problema que tengo yo: Yo llego y me compro seis chocolates aquí, en la noche, hace, hace tres meses de eso, unos muy ricos que venden de cien, al otro día fui y me compré otros seis, no me dejaban dormirme, porque el chocolate como que, que me hace un efecto que me quita el sueño, me da el insomnio, no duermo, duré una semana comprándome seis chocolates, y digo yo: "Qué problema es con las personas como yo, que lo que prueban les gusta...Ahora todos los**



**días me estoy tomando una, un vaso de leche y cinco bananos en la noche, antes de acostarme, y ya antes no lo hacía, entonces tengo que parar por cosas así, porque soy, ¿Cómo se llama?, hay una palabra, que hace que yo me meta en lo que me gusta, todo me gusta, la eeh, no sé..." (PAM2)**

**"...he aprendido a bajar el consumo de cigarrillos...yo me fumaba dieciocho cigarrillos...veinticuatro cigarrillos al día, hace cuatro o cinco meses atrás...hoy en día un paquete de cigarros de veinte unidades me dura un mes...pero hoy aumenté a diez o doce cigarrillos al día..." (PAM3)**

A su vez, han realizado toma de decisiones que les conllevan a un mayor bienestar y, por ende, a mejorar su calidad de vida, a través de su voluntad con conciencia para la búsqueda de un fin: la ausencia o disminución del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Sin embargo, en la acción la persona modifica su comportamiento con acciones que implican comportamientos visibles, con un considerable compromiso de tiempo y energía.

Según Prochaska y Diclemente (1995), el cambio debe durar entre un día y seis meses, alcanzando una abstinencia total. Y suelen decir frases como: "Estoy esforzándome mucho por cambiar". "Hablar es fácil, pero yo lo estoy haciendo". Como se denota a continuación:

**"...venirme para San José, me ayudó para no volver a beber, porque en la zona rural se bebe mucho...yo hoy tengo muy, muy claro que quiero...hoy y nunca volveré a beber, y no pienso volver a beber nunca...y no, en realidad ya, ya estoy recuperado del alcoholismo, y ya para mí no es un problema...Y eso lo recuerdo siempre y cada vez que cumplo años, ella me lo recuerda, Papi ya tenés tantos años de no beber, yo le digo: Si mi amor, los tantos años de no beber...pero mantenerse sólo, es sólo con Dios y por mi hija que se lo prometí...pero yo paso muy ocupado...hoy formo parte de la coordinación del Trabajo Comunal Universitario de la Universidad de Costa Rica, en estos dos años...soy colaborador..." (PAM1)**

**"...ya no paso a una cantina a orinar...hoy...Gracias a Dios, estoy muy bien! ...ahora ya los problemas ya los resuelvo... ¡Sí! Yo quiero lo mejor para mí, si yo hago esas cosas no son las mejores decisiones para mí mismo...y ahora yo reconozco todo...tengo más autocontrol ...ya no voy a partes, a mí me gustaba mucho, cuando yo andaba ahí mal, me metía con las mujeres que andaban mal, porque son más fáciles, como están**

con necesidad de dinero, entonces uno, uno como es más viejo, uno sabe todo eso; cantinass, prostíbulos...!Tooodo lo maaalo, era lo que me gustaba!, ahora ya no, ahora ya no quiero nada...ya ahora tengo (lo piensa) año, año cinco meses; veo el bus cuando voy, no camino ni por esa parada, hay algo que me dice: “por ahí no caminés, ahí está el bus de Alajuelita, a vos ten encanta ir ahí” y entonces no paso por ahí...Trato de no pasar por donde está gente que, que veo ahí que, siiii, me da lástima verlos en el suelo, pero, pero digo: “¡uy no! y no voy a jugar en donde no tenía qué”, y ya no me meto en donde no pueedo, ya nada se me ha perdido ahí, ya yo encontré, ojalá que la lengua no me castigue, pero yo ya, yo encontré un lugar en donde puedo vivir...yo ahora veo una güila ahiiii y se pone tonta, y digo: “no, aquí es jalando mejor, yaaa, porque yo no me quiero meter en problemas ya...y vea, mientras yo no me tome, me fume un cigarro o me tome una cerveza...Una cerveza es el puente para mí...Una cerveza, yo lo sé, yo ya lo sé, una cerveza, que yo me tome, me sabe ¡riquísima!...¿Ya?...Y digo yo: “pero es que ese es el problema mío y yo no puedo hacerlo”...Entonces yo me cuido mucho en eso de, de no tomar...” (PAM2)

"...diay!...digamos el futuro que yo he pensado siempre...es tener dónde vivir, algo propio...no estar orillado...estar uno tranquilo...estar digamos en...donde lo...estar más tranquilo uno, donde no hayan problemas...problemas siempre hay...los problemas...(hoy está con el mismo pensamiento y molesto) digamos yo no prefiero, yo no pretendo tener miles de hectáreas, terreno, lo que prefiero es tener un pedacito, donde hacer donde vivir...estar tranquilo...no necesito extensidades...” (PAM4)

Es importante mencionar que hay acciones que se pueden resaltar como evidencias de la disposición de las personas participantes en relación con el mantenimiento de la recuperación y su proceso de cambio.

Sin embargo, también es importante subrayar vehemente, como se mencionó con anterioridad, que las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas no pueden llevar un proceso de este tipo sin un acompañamiento profesional idóneo, como lo menciona Prochaska y DiClemente (1995); por ser un proceso complejo, una enfermedad crónica e irreversible y multidimensional.

Pues este es un estadio de cambio (mantenimiento) especialmente estresante, pues por un lado la persona necesita creer que posee la autonomía necesaria para cambiar la

vida, y por otro debe aceptar que la coacción forma parte de su vida tanto como la autonomía.

Además, el riesgo de recaída que surge asociado a la disminución o abstinencia del consumo también trae asociado el riesgo del fracaso y con ello la culpa y una serie de sentimientos y autopercepciones negativas que pueden lesionar los logros conseguidos. Por estas razones, las personas que se encuentran en este estadio tienen una especial necesidad de apoyo y de comprensión por parte de quienes conforman su entorno cercano.

Entre los procesos que experimentan las personas en este estadio se encuentran: el de la liberación social, manejo de contingencias, relación de ayuda, contracondicionamiento y el control del estímulo. En el proceso de liberación social, la persona en compañía de la persona profesional logra aumentar su capacidad para decidir y escoger, propiciado en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas disponibles.

Con relación al manejo de contingencias. Ya la persona, mediante el acompañamiento profesional, logra aplicar técnicas de control de contingencias y/o responde positivamente a su aplicación; esto porque el manejo de las contingencias se caracteriza por ser la aplicación de cualquier técnica de condicionamiento operante que intente modificar una conducta por medio del control de sus consecuencias. Por lo que implica el uso de una presentación contingente o retiro de los reforzadores y estímulos aversivos que suceden a determinadas conductas; proceso que debe determinar la persona terapéutica profesional en conjunto con la persona con consumo problemático de sustancias psicoactivas (Prochaska y DiClemente, 1995).

Otro de los procesos importantes para poder realizar la acción, son las relaciones de ayuda. En este la persona, a través del acompañamiento profesional, es capaz de identificar y usar las diferentes redes de apoyo social (familiares y amigos) que pueden facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva. Por ejemplo: abrirse y confiar en alguna persona cercana.

Una vez, establecida la relación de ayuda, se puede utilizar el contracondicionamiento. Este proceso de cambio implica que la persona logre modificar la respuesta, ya sea, cognitiva, motora y/o fisiológica, provocada por estímulos condicionados

a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas.

Lo anterior hace que suceda el control del estímulo, donde el o la profesional, acompaña a la persona a evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo característico es: la reestructuración del ambiente para que la probabilidad de ocurrencia de un determinado estímulo condicionado a la conducta adictiva, la reduzca significativamente.

Lo descrito hasta este momento, hace que se desarrolle el estadio de mantenimiento. Ya en este estadio la persona, es consciente de que está trabajando principalmente por prevenir una nueva recaída. Por lo que la construcción entre la persona terapeuta profesional y la persona con consumo problemático de sustancias psicoactivas se torna en lograr valorar las alternativas que disponen para afrontar las condiciones de mayor riesgo sin que resurjan las defensas autodestructivas y los patrones patológicos de respuesta.

Prochaska y DiClemente (1995) señalan que probablemente lo más importante para la persona es que está convirtiéndose progresivamente en quién desea ser. La aplicación eficaz y continua de técnicas de contra-condicionamiento y de control de estímulos por parte de los y las profesionales, depende de la convicción que genere el cambio, por lo que se espera una mayor valoración de sí mismo por la persona con consumo problemático de sustancias psicoactivas y por parte de las demás personas.

Con relación a lo anteriormente expuesto, Prochaska y DiClemente (1984) han mencionado la existencia de un supuesto estadio que le pone fin al proceso de cambio, este involucra la total extinción de tentaciones a vencer y total seguridad de no consumir la sustancia psicoactiva (Velicer, Prochaska, Rossi y Show, 1992).

Sin embargo, la acción y el mantenimiento real, como se ha mencionado en reiteradas ocasiones, requiere de un acompañamiento profesional humanizado, centrado en la persona, en particular para los participantes en este estudio, enfatizar en los conocimientos del proceso de envejecimiento en la vejez y el significado del consumo problemático en este proceso y etapa.

Esto se puede evidenciar en lo expresado por las personas adultas mayores participantes, en relación con la interacción generada con la investigadora, el cual por su

propia voluntad expresan la experiencia como gratificante y necesaria para su recuperación. Lo que conlleva a plantear el siguiente sub-constructo: EscucharT.

### **EscucharTE, parte de la recuperación y su importancia.**

**"...gracias a ti por haber compartido parte de mi vida, fue muy bueno para mí, me hace sentir liberado. Aunque dicen que aquí no todas las personas se recuperan, un ser humano completamente recuperado, que Dios la bendiga..." (PAM1)**

**"...yyy ¿Por qué es que cree usted que yo vine? ¿Por qué cree usted que es que yo, o cuando han venido gente a buscar, gente que quiere hablar, que quiera conversar es para desahogarme yo..." (PAM2)**

**"...Mire, yo...hace tiempo ando buscando una persona que me ayude...que me ayude en esto, en lo que usted me está ayudando, que gracias a Dios hay una persona con suficiente paciencia y capacidad y profesionalismo para hacerlo..." (PAM3)**

**"...Sabe qué usted me ha llenado ese vacíoooo...Dios me la acompañe, muchas gracias por todo, veá, muy agradecido. Cuándo nos vemos, nuevamente? ..." (PAM4)**

En este punto, cabe mencionar que las personas adultas mayores participantes, subrayan la asistencia periódica y constante a las reuniones de AA como el principal indicador y la acción más importante que están realizando, como un paso adelante para lograr y o caminar hacia su recuperación.

Ellos explícitamente manifiestan que su recuperación tiene que ver en primera instancia por Dios, en segunda instancia a la oportunidad que le brinda Don Gerardo - persona administradora del albergue- la oportunidad de estancia en la institución, y; en tercer lugar, el mantenimiento de la mano del grupo AA y su filosofía de los 12 pasos.

Por lo que conlleva a desarrollar los elementos faltantes pero fundamentales desde los subconstructos de RecuperarT con consciencia. Por lo que se abordan a continuación:

**Espiritualidad.** Según San Martín (2008) dentro de los factores que influyen en el desarrollo del proceso de envejecimiento están los recursos personales o las fortalezas del carácter, de los que la espiritualidad forma parte, y a la que se han asociado distintos

beneficios. Entre uno de los más importantes es que funciona como un recurso del cual disponen las PAM para hacer frente a sus dificultades.

Se ha encontrado que la espiritualidad mejora la función inmune, aumenta la sobrevida, disminuye los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, favorece estilos de vida y comportamientos más sanos, y por lo tanto contribuye a un menor riesgo de enfermedades, y en general, mejora la calidad de vida (Navas, Villegas, Hurtado, y Zapata, 2006). Del mismo modo, se ha visto que las creencias religiosas y espirituales contribuyen a la habilidad para enfrentar efectivamente con la enfermedad, discapacidad y eventos vitales negativos (Pargament, 1997, citado en Clark, 2004).

Según Koenig (2001), las personas con prácticas de espiritualidad tienden a evitar el abuso de alcohol, de drogas, así como de comportamientos sexuales riesgosos; así como muestran significativamente mejores resultados al sufrir alguna enfermedad que los no religiosos. Este mismo autor, concluye que la fe religiosa parece proteger a este grupo poblacional de la enfermedad cardiovascular y el cáncer, que son las dos más importantes enfermedades del final de la vida, y también parece evitar por mayor tiempo el llegar a la invalidez.

En el mismo sentido, un estudio de religiosidad y bienestar en PAM menciona que aquellas que no eran activas religiosamente tenían mucho más altos niveles de uso de alcohol y tabaco, depresión, ansiedad y cáncer, que aquellos que eran muy activos religiosamente, los que, además, disfrutaban de buena salud física y mental (Karren et al., 2002, citados en Clark, 2004).

A su vez, brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento (Levin, 2001). Es importante hacer notar que cada persona tiene su particular cultura espiritual, la que es producto de la combinación de su espiritualidad personal y de las experiencias espirituales o esquemas culturales a los que ha sido expuesto (Kliwer y Staultz, 2006).

Tanto la religiosidad como la espiritualidad se pueden expresar social e individualmente, y ambas tienen la capacidad de promover o impedir el bienestar, en la medida que trata de encontrar, saber, experimentar, o relacionarse con aquello que percibe como sagrado; por medio de ilimitadas maneras así como prácticas, que suelen ir desde las religiosas más tradicionales de oración, lectura de la Biblia, ritos de pasaje, hasta otras

expresiones humanas que tienen también como meta lo sagrado, tales como yoga, música, arte, entre otros (Pargament & Mahoney, 2002).

Toda esta cosmovisión es muy congruente con los doce pasos. También se denota a través del curso de la vida como las diferentes dificultades las superan a través de su fe en Dios. Principalmente, en expresiones como:

**“...Nunca, nunca, me sentí solo, Dios siempre estuvo conmigo, es así. Nunca me sentí abandonado...fui sincero con Dios...estuve a punto, a un segundo de quitarme la vida, de suicidarme, pero Dios no, no, tenía otros planes para mí...hoy día tengo ya tantos años de no tomar, pero mantenerse sólo, es sólo con Dios...Dios hizo que yo poco a poco supiera y escalara hasta lo que soy hoy...” (PAM1)**

**“...Yo le digo al Señor: “Dios, ayúdame a que las cosas que pasan a veces ahí, yo las pueda resolver”... En los Proverbios te habla de todas las cosas que suceden aquí, parece mentira. En los Salmos, Proverbios y Eclesiastés, ahí usted lee todo para poder vivir en un lugar de estos, ¿ya?... Porque ya, desde que usted se levanta, ya anda el maligno dando vueltas por todo lado, porque me ha tocado. “¡Señor, dame todavía mucho más paciencia!, para poder estar aquí”, ¿ves?... Yo ahora me levanto en las mañanas, como yo le he contado, yo lo primero leo un Padre Nuestro, hago el salmo 23 y me arrodillo y ya me levanto contento...” (PAM2)**

**“...yo dije Señor yo no tengo ningún resentimiento contra esa persona...Diosito ayúdame, perdóname...pero sí recibí el perdón de Dios...verdad...he hecho, no para que me vean ni para que...ni para que Dios vea que yo estoy haciendo, no...yo digo que fue Dios el que puso en el camino, para hacer lo que estoy haciendo aquí, verdad...” (PAM3)**

**“...me arriesgué yo sólo, con la ayuda de Dios...porque le pedí mucho ahí...por eso estoy hoy aquí, he tenido que sacar coraje, por las adversidades que he vivido, para poder hacerle frente y sobrepasar esa realidad...yo no pierdo la fe en Dios...yo tengo un cuarto solo para mí, si, Dios me lo hizo todo, me lo dio, me lo puso así...esa vez que tuve un problema, sabe qué hice le pedí a la virgen esa que me ayudó mucho...a la virgen del Carmen yo le tengo mucha fe...” (PAM4)**

No obstante, más que la actividad religiosa en sí señala Koenig (2001), es la fe personal la que parece ayudar a las personas mayores a enfrentar el estrés y el temor a la muerte.

Por tanto, la concepción que las PAM tengan acerca de lo sagrado, lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas relacionadas con el por qué y para qué de la vida, dan origen a muchas conductas, sentimientos, y pensamientos que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida, a la vez que son los criterios centrales en la evaluación de su propia vida.

Por estos motivos, según San Martín (2008) concluye que la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico como en el proceso de adaptación al envejecimiento; por su relación con el bienestar subjetivo, en el sentido de tratarse de valores y metas de las personas, como con el bienestar psicológico en sus dimensiones de relación con las demás personas, crecimiento personal, y propósito en la vida.

A su vez, Smith (1997), sostiene que indiferente de las religiones o vivencia de la espiritualidad, lo cierto es que ofrecen conclusiones acerca de la realidad y de las formas en que debe vivirse la vida, así como una perspectiva de final feliz que compensa los esfuerzos, y promete la aceptación y la superación de las dificultades humanas.

En un sentido similar, Wilber (2004) sostiene que, si bien la mayor parte de las afirmaciones centrales y concretas de las grandes tradiciones del mundo se contradicen mutuamente, es posible identificar un núcleo común a todas ellas. Esta visión de mundo o tradición espiritual, denominada filosofía perenne o universal, aparece implícita en todas las culturas y épocas, compartiendo siempre los mismos rasgos fundamentales: El primero de ellos, que el espíritu existe, ya sea que se le llame Yahweh, Atón, Allah, Brahman, Dios, entre otros; segundo que ese espíritu está dentro de cada persona; tercero que a pesar de lo anterior, la mayor parte de las personas vive en pecado, separación y dualidad, en un estado de caída ilusorio, sin darse cuenta del espíritu interno; cuarto, que hay una salida o solución para este estado de caída, pecado o ilusión, que es un camino que conduce a la liberación; quinto que si se sigue ese camino hasta el final, se llega a un renacimiento, iluminación, experiencia directa del espíritu interno o liberación suprema; sexto que esa experiencia marca el fin del pecado y el sufrimiento, y sétimo que el final del sufrimiento conduce a una acción social amorosa y compasiva hacia todos los seres sensibles (Wilber, 2002). Aspectos que se logran ver en los relatos de las personas adultas mayores participantes.

Por otra parte, como se ha mencionado, los participantes ingresan al albergue un poco distante entre ellos y la situación problema, es decir, la situación problema es la que



los lleva al albergue y no ellos ingresan por voluntad propia, con el objetivo de recuperarse. Esto unido al compromiso de su estado emocional más la situación familiar, entre otros múltiples factores; hace que este lugar se torne como una familia, por tanto, se convierte en uno de los principales recursos a nivel emocional, económico, familiar, y de suplencia de sus necesidades básicas; entre otras, que les provee bienestar, y, por ende, calidad de vida. Inclusive para mucho de ellos significa la única fuente de apoyo que les queda por la historia vivida mediada por el consumo problemático de sustancias psicoactivas y sus consecuencias futuras.

A su vez, es importante hacer notar que la figura del señor administrador Don Gerardo es identificado como una persona líder, tomador de decisiones que le generan bienestar según lo manifestado por los participantes y por ende la cabeza del albergue.

#### **Al ingreso:**

**“...y ella llamó a Don Gerardo, y Don Gerardo le dijo que sí, que tenía un espacio...Don Gerardo ha tenido mucha confianza en mí...” (PAM1)**

**“...Hace muchos años yo vine aquí a que me inyectaran, yo me acuerdo, pero ni parecido a esto. Entonces Don Gerardo habló con mi hermana y le dice: “Vea señora, hay un campo, pero si el señor se va hoy, yo se lo guardo a su hermano”, y estaba eso así (hace el gesto juntando las yemas de sus dedos, dando a entender que estaba lleno el lugar), ahí, me dice mi hermana: “PAM2, llámeme mañana en la ma, a las seis de la mañana”, ¡ayyy!, y yo todo emocionado, y llamé y me dice: “Sí, dijo el señor que sí, que fuera”....” (PAM2)**

**“...lo vamos a llevar a un hogar muy bonito, ya nosotras fuimos y conocimos, [las hijas] ya Don Gerardo dijo que si que lo lleváramos...” (PAM3)**

**“...la directora, ella se contactó con...don Gerardo...y aquí estoy...” (PAM4)**

A manera general, se puede visualizar que la interacción entre los pensamientos, sentimientos y haceres, no se dan de una manera lineal, donde uno procede al otro. Por tanto, durante el tratamiento y análisis del mundo vivido narrado por las personas adultas mayores participantes en este estudio se logra denotar la siguiente "lógica" en la construcción de sus relatos: pensamientos-sentimientos-acciones-sentimientos-acciones-

pensamientos-acciones-sentimientos-pensamientos-acciones-..., por lo que la presentación de hallazgos en esta investigación tiene una presentación meramente didáctica.

A su vez, es importante destacar que los niveles de cambios, que proponen los autores Prochaska y Diclemente (1995), que consisten en el modo de ordenar los problemas psicológicos de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, susceptibles de ser tratados, de acuerdo al grado de contemporaneidad con el problema actual, en este caso la conducta adictiva y el grado de conciencia que posee la persona adulta mayor, son niveles necesarios de incluir y reforzar en la estructura misma de dicha institución; con el fin último de acompañarles en su proceso de recuperación.

Reforzar estos niveles de cambio genera intervenciones oportunas y eficaces, centradas en los mismos procesos de cada persona, como se pudo denotar en esta investigación, las personas adultas mayores participantes de este estudio varían entre sí en cuanto a su ordenamiento psicológico para afrontar su recuperación ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Uno de ellos es el que tiene más elementos de estar consciente de su problema y consecuencias del consumo, otros tienen mayores síntomas y situaciones para poder abordar, la mayoría de ellos coinciden en tener pensamientos o cogniciones desadaptativas, conflictos personales actuales, conflictos familiares y por ende intrapersonales.

Esto hace que las personas adultas mayores participantes requieran de un acompañamiento profesional para abordar esos niveles para generar un verdadero cambio del cual pueda mantenerse; donde la persona profesional, tenga la capacidad de situar el origen de los problemas de las PAM, en uno o más de estos niveles y centrar su atención en los mismos para la construcción de una búsqueda de soluciones conjuntas.

Es importante mencionar que desde el planteamiento del Modelo Transteórico se privilegia intervenir en el nivel síntoma/situación porque el cambio suele ser más rápido, más consciente, más contemporáneo; más tangible y real para la persona con consumo problemático de sustancias psicoactivas. Además, porque en ese nivel se ubica el motivo o razón principal por lo que las personas acuden en busca de tratamiento, y porque las personas que inician el proceso sin ayuda profesional lo hacen en este nivel; como lo es el caso de los participantes en el presente estudio.

A modo de resumen, ¿porqué resulta tan relevante la premisa anterior? Es realmente importante porque si la persona no posee un conocimiento y método de actuación adecuado para alcanzar un fin, o bien, no lo intentará alcanzar, o intenta alcanzarlo y fracasará al haber empleado unos medios de actuación erróneos o unos medios correctos de la forma errónea.

A su vez, bien se sabe que es más probable tener éxito en un tratamiento que apunte a las metas de las propias personas, más que a las metas teóricas del profesional-experto-en-la-vida-de-otras personas, comprendiendo que una recuperación efectiva requiere un foco consistente en la abstinencia física de la sustancia o comportamiento, así como de una atención continua al crecimiento emocional y espiritual, que puedan dar bases de un cimiento firme para una nueva transición en la vida de la persona.

Por tanto, se debe promover la atención hacia la persona como un ser integral pero sobre todo holístico, el cual debe potenciar su desarrollo, no sólo centrado en la abstinencia, sino en la mejora continua en aspectos claves de su vida, tanto en lo relativo al empleo, como en su capacidad de participación social y familiar, incrementar sus recursos psicológicos y ampliar su red de relaciones sociales fuera del contexto del consumo, para facilitar procesos de autonomía personal, entre otros aspectos claves. Por su parte la Organización de Estados Americanos (OEA) (2004) refuerza lo antes expresado, cuando refiere que debe fluir paralelo al proceso terapéutico con la inserción social en el mismo instante en que la persona decide iniciar el cambio.

Asimismo, porque desde una perspectiva gerontológica, se debe promover un envejecimiento positivo que está relacionado con seis grandes tareas o quehaceres: la primera, cuidar a otros, estar abierto a nuevas ideas, y mantenerse útil socialmente; la segunda, mantener la integridad postulada por Erikson (1966) mencionado por Schaie y Willis (2003): aceptar el pasado y pasar momentos en él para nutrirse de los logros pasados, junto con seguir dispuesto a aprender de la generación siguiente; la tercera, mantener las demás fortalezas de la teoría de Erikson (1966): esperanza en la vida, esforzarse por ser todo lo autónomo posible, y valorar toda iniciativa; la cuarta, disfrutar de la vida, mantener el sentido del humor y la capacidad para jugar; la quinta, ser tolerante con los aspectos desagradables de la vejez, cuidarse, aceptar las necesidades de dependencia y agradecer el

apoyo recibido, y la sexta, y no menos importante tratar de mantener contacto e intimidad con viejos amigos y lograr hacer nuevas amistades (Vaillant, 2002).

Definitivamente, los haceres implican dos grandes procesos. Uno de ellos relacionado con la integración y aceptación de los distintos aspectos de toda la vida, que según Erikson (1966; 2000), termina con un alto grado de madurez o integridad del yo. Y el segundo, relacionado con la gerotranscendencia que plantea una dirección más hacia adelante o hacia afuera, que incluye una redefinición de la realidad (Tornstam, 2005).

#### **4.3 LINEAMIENTOS CON PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA PERSONA ADULTA MAYOR**

En este apartado se plantea una serie de lineamientos con perspectiva gerontológica para el abordaje del consumo problemático de sustancias psicoactivas en la persona adulta mayor. Los mismos tienen la finalidad de orientar a quienes trabajan en centros de tratamiento y recuperación, docentes, padres y madres de familia, familiares y allegados acerca de aquellos aspectos esenciales y básicos para abordar esta situación, desde un abordaje gerontológico, su importancia e impacto en el proceso de recuperación de las personas.

Si bien es cierto, este estudio se enfoca en la persona adulta mayor, los elementos incluidos en esta propuesta, al ser dados desde una perspectiva gerontológica, pueden ser una base para tomarles en cuenta en la construcción de otros lineamientos, considerando el ciclo de vida, con el fin de brindar mayor bienestar y calidad de vida en la medida que se envejece, para el logro de un envejecimiento activo, saludable, positivo, productivo y exitoso.

A su vez, se pretende que estos actúen a nivel de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, reducción del daño y rehabilitación, de aquellas personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Para efectos de este estudio, se plantean los lineamientos con perspectiva gerontológica para el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor, mediante el formato que establece la Secretaría de la función pública de México, según Vega (2011), y que se encuentre en el Anexo N°7.

### **4.3.1 Propuesta de lineamientos con perspectiva gerontológica para el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor.**

**I. Definición:** Instrumento para determinar términos, límites y características que deben observarse para actividades o procesos que se relacionen con el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor, desde una perspectiva gerontológica.

**II. Propósito:** Describir las etapas, fases y pautas necesarias para desarrollar un abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor, desde una perspectiva gerontológica.

**III. Cuándo se emiten?:** Los lineamientos se emiten cuando se requiere particularizar o detallar acciones, que deriven de un ordenamiento de mayor jerarquía o se estimen necesarias para fortalecer la gestión de un servicio o institución.

#### **IV. Apartados**

**4.1. Objetivo:** Fortalecer el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor, desde una perspectiva gerontológica.

#### **4.2. Fundamento legal a nivel internacional: (Ver anexo N°8)**

--Normas y declaraciones como la Convención Colectiva de Derechos Humanos de la Personas Adultas Mayores (Ley 9394)

--Carta de San José

--Oficina de la Naciones Unidas sobre las drogas y el crimen (UNODC, por sus siglas en inglés)

--Organismo de Estados Americanos (OEA),

--Organización Mundial de la Salud (OMS) y la;

--Organización Panamericana de la Salud (OPS), principalmente.

#### **4.3. Fundamento legal a nivel nacional: (Ver anexo N°9)**

--Plan Nacional de Desarrollo, del Ministerio de Planificación y Política Económica de Costa Rica (MIDEPLAN)

--Ley Integral de las Personas Adultas Mayores.

- Política Nacional sobre envejecimiento y vejez 2011-2021,
- Reglas, acuerdos, normas, manuales y lineamientos que se deriven de lo específico de cada institución.
- Instituto Costarricense sobre Drogas.
- Ministerio de Seguridad Pública.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Las diferentes leyes para este propósito, para citar un ejemplo: la Ley 8204: Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo y su reforma realizada en el 2017.
- Reglamento General sobre legislación contra el narcotráfico, actividades conexas, legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y delincuencia organizada (decreto ejecutivo n° 36948-mp-sp-jp-h-s, alcance No. 8 a la Gaceta No.12 del 17 de enero del 2012).
- Política sobre drogas.
- Plan Nacional sobre drogas.
- Programas, proyectos y acciones derivadas de acuerdos, normas, manuales, lineamientos y circulares, específicas de cada institución.

#### **4.4. Ámbito de aplicación (Organismos responsables de aplicar los lineamientos)**

- Asamblea Legislativa
- CONAPAM
- Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)
- Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia (IAFA)
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)
- Ministerio de Educación Pública (MEP)
- Ministerio de Seguridad Pública (MSP)
- Patronato Nacional de la Infancia (PANI)
- Ministerio de Salud (MS)
- Organizaciones no gubernamentales especializadas en tratamientos
- Ministerio de Justicia (MJ)
- Universidad de Costa Rica (UCR)

--Municipalidades

--Poder Judicial (PJ)

--Asociación Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente: Equipo gerencial-administrativo.

**4.5 Disposiciones Generales:** Estas disposiciones se establecen mediante la construcción de etapas, requisitos, acciones, seguimiento, obligaciones y coordinaciones necesarias para cumplir con los objetivos de los lineamientos. Es un proceso que desde un posicionamiento de liderazgo basado en la gestión estratégica debe desarrollarse en conjunto con las personas de la institución, con el fin de socializar esta propuesta y realizar los ajustes necesarios para su implementación.

**4.6 Lineamientos generales y específicos:** Se refieren a la descripción de los términos, elementos o directrices generales o específicas que se aplican de manera uniforme en todas las etapas de un proceso y que pueden ser aplicables, según corresponda.

**4.6.1 Lineamientos generales:** En este caso la propuesta de estos lineamientos se presenta mediante un posicionamiento de gestión estratégica y se basan en las líneas estratégicas emanadas de los dos grandes ámbitos que aborda este estudio: La Política Nacional sobre drogas y la Política Nacional sobre Envejecimiento y Vejez; por lo que, a manera general, el equipo gerencial-administrativo debe realizar, en primera instancia:

1. Revisión analítica anual de lo definido en la misión, visión, propósito, objetivos, valores, y su congruencia con las políticas nacionales e internacionales.
2. Realización de un diagnóstico donde se planteen las necesidades y las expectativas de todas las partes involucradas en el albergue (Procedimiento para la gestión de las partes interesadas del Albergue Asociación del Adulto Mayor alcohólico e indigente).
3. Análisis de los principios y requisitos de modelos de gestión que se realiza en la actualidad y la importancia de adoptar otros con el fin de reforzar el existente.
4. Revisión del nivel de cumplimiento del plan estratégico de la institución y su relación con la Política Nacional de envejecimiento y vejez; y la Política Nacional de Drogas; a través de un FODA.

Es importante mencionar, que la población adulta mayor con consumo problemático de sustancias psicoactivas en nuestro contexto requiere de un proceso de fortalecimiento y visibilización, para brindar una respuesta equitativa, integral e integrada; y que esto sólo se logra si: *"...el trabajo es complementario, multidisciplinario, interinstitucional e intersectorial, que permita el cumplimiento satisfactorio de cada uno de los programas y los proyectos que sustentan las políticas nacionales..."* (Plan Nacional de Drogas 2013-2017, p.75)

#### **4.6.2 Lineamientos específicos:**

##### **4.6.2.1 Líneas estratégicas según la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez de Costa Rica, 2011-2021.**

i. **Línea estratégica: Protección social, ingresos y prevención de la pobreza.** Esta línea estratégica según CONAPAM (2011) mencionando la frase de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento se refiere a: *"Un componente fundamental de la calidad de vida de las personas mayores es su seguridad económica, definida como la capacidad de disponer y usar en forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenidos que les permita llevar una vida digna y el logro de calidad de vida en la vejez".* (p.4)

De esta manera, a través de esta afirmación se proponen las siguientes acciones referentes al equipo gerencial con el fin de garantizar su aplicación en el albergue y por ende el mejoramiento de la calidad de las personas adultas mayores:

1. Participen en los procesos de desarrollo económico, social, político del país y tener acceso a los beneficios que se reporten, y en la sociedad, en general.
2. Se sientan incluidos en las actividades que se desarrollan en la institución.
3. Desarrollen actividades desde un abordaje de promoción de un envejecimiento productivo-ocupacional, a través de capacitaciones donde fortalezcan sus conocimientos para el desarrollo de actividades y oficios productivos generadores de ingresos viables, permanentes y sustentables, con el fin de satisfacer sus necesidades individuales.



4. Tengan accesibilidad a espacios de inserción laboral-ocupacional en condiciones dignas, sostenibles y remuneradas, en donde se contemplen sus derechos, su independencia, capacidad de decisión y desarrollo personal.
5. Tengan acceso y se incluyan en programas educativos formales, informales y vocacionales, de fácil acceso, colectivos o individuales.
6. Obtengan una pensión no contributiva, si no tienen acceso a una pensión bajo otro régimen, principalmente si su situación es de riesgo social, con el fin de garantizar una calidad de vida digna, prácticas de auto cuidado y fomentar la cultura del ahorro.
7. Realicen sus actividades de la vida diaria e instrumentales en una infraestructura y/o espacios amigables y seguros, que contemple las diferentes alternativas de cuidado integral, que tome en cuenta la autodeterminación de las personas adultas mayores, y garantice la realización y accesibilidad a diferentes actividades recreativas, culturales, deportivas, entre otras.

**II. Línea estratégica de abandono, abuso y maltrato en contra de las personas adultas mayores.** Esta línea estratégica se refiere según CONAPAM (2011) mencionando la frase de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, a: *“La discriminación por edad se manifiesta de distintas maneras, entre ellas en la falta de reconocimiento expreso de las personas mayores como sujetos pasivos de violencia y maltrato...”* (p.7).

Hacer aplicable el planteamiento de esta estrategia implicaría disminuir en lo cotidiano las prácticas comunes de violencia expresadas de diversas maneras y coadyuvaría a mitigar el vejeísmo conocido este como el proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas, debido a que son mayores (Butler, 1968).

Por tanto, se recomienda que, para operacionalizar esta línea estratégica, el equipo gerencial debe garantizar que el recurso humano profesional y técnico, actual y futuro, del albergue:

1. Ejecuten un programa de educación continua\* (asesorías, capacitaciones, entre otros) en la temática de proceso de envejecimiento y sus determinantes, teorías del envejecimiento, etapa de la vejez, mitos y estereotipos, situaciones emergentes de las personas adultas mayores: abandono, maltrato y abuso, aspectos legales en general,

derechos y deberes de las personas adultas mayores, neurobiología de sustancias psicoactivas, atención centrada en la persona adulta mayor, ética y bioética, formas de abordaje desde la integralidad, con un abordaje de derechos humanos y de género, Atención Primaria en Salud, entre otras; que permita atender las necesidades especiales de las personas adultas mayores. *\*La formación y capacitación del personal de salud en todos los niveles debe ser una prioridad; según la Política Nacional sobre envejecimiento y vejez 2011-2021, CONAPAM, 2011, p.13).*

2. Desarrollen capacidades individuales y colectivas, desde una visión interdisciplinaria y multisectorialmente, que contemple mecanismos ágiles de denuncia e intervención judicial, asimismo para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las personas adultas mayores.
3. Participe activamente en entidades públicas y privadas, y sociedad en general para la planificación y gestión de las políticas públicas en torno al maltrato, abuso y abandono de las personas adultas mayores.
4. Promulgue el lema de: "Ser una institución libre de abandono, maltrato y abuso psicológico, emocional y económico, entre otros, en contra de las personas adultas mayores". Si se desarrolla alguna acción en este sentido, por cualquier persona en cualquier rango o rol dentro de la institución, se procede a la aplicación efectiva de la normativa que penaliza toda forma de maltrato.
5. Fortalezca el vínculo intersectorial, interinstitucional y contexto comunitario con el fin de prevenir los malos tratos contra las personas adultas mayores.
6. Conozca y ejecute correctamente los protocolos de intervención para la prevención y la detección precoz de conductas de abandono, abuso y maltrato, a partir de la definición de los perfiles de riesgo.
7. Tenga informadas a las personas adultas mayores respecto a la protección y apoyo jurídico, social y económico en caso de abandono, abuso y maltrato.

**III. Línea estratégica de participación social e integración intergeneracional.** Según CONAPAM (2011) mencionando la frase de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Punto 14, expresa que esta línea estratégica se refiere a la siguiente cita,

que a la letra dice: *“Las personas mayores realizan actividades de distinta índole en su propio beneficio y el de la comunidad, a través de su participación en organizaciones compuestas exclusivamente por adultos mayores u organizaciones intergeneracionales y, en general, provocan cambios positivos en sus condiciones de vida y en su empoderamiento como grupo social.” (p.9)*

Asimismo, la puesta en práctica para dicha línea conlleva que el equipo gerencial vele porque el equipo interdisciplinario del albergue desarrolle:

1. Programas que fomenten la participación social de las personas adultas mayores en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado, intergeneracionales o no, que contribuyen a aumentar y mantener el bienestar personal de las personas adultas mayores.
2. La organización de comités o grupos formales e informales, según sus propios criterios y planes, gustos y preferencias, para la realización de actividades culturales, sociales, deportivas, recreativas y de uso del tiempo libre en cada comunidad, gestionando el amparo directo de los Gobiernos Locales.
3. La articulación con las instituciones públicas y privadas acciones concretas en la promoción y realización de programas educativos, culturales, deportivos, recreativos y de uso del tiempo libre, con un abordaje intergeneracional, que contemplen la participación de las personas adultas mayores, así como de la comunidad y la familia.
4. Crear una plataforma que promueva la representación de las personas adultas mayores en los ámbitos de toma de decisiones.
5. Promover una alternativa de respeto y consideración hacia las Personas Adultas Mayores con el fin de eliminar los mitos y estereotipos relacionados con la vejez.

**IV. Línea estratégica de consolidación de derechos.** Según CONAPAM (2011) mencionando la frase de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Punto 38, expresa que esta línea estratégica se refiere a: *“La creación de condiciones políticas, económicas, físicas, sociales y culturales adecuadas para las personas mayores es fundamental para el desarrollo social y el ejercicio de los derechos, deberes y libertades en la vejez.” (p.11)*

Para la consolidación efectiva de los derechos de las personas adultas mayores en el albergue se recomienda que el equipo gerencial propicie que el equipo interdisciplinario del albergue:

1. Desarrolle un ejercicio pleno de sus funciones desde la perspectiva de los Derechos Humanos (respeto, solidaridad y acompañamiento a las personas adultas mayores, entre otros), superando los esquemas del asistencialismo.
2. Facilite el acceso de las personas adultas mayores a aprender y usar las nuevas tecnologías de la información y comunicación.
3. Cree, habilite y fortalezca proyectos de viviendas o alternativas comunitarias para las personas adultas mayores del albergue, garantizando su inserción social.
4. Fortalezca iniciativas que permitan a las personas adultos mayores adaptar sus viviendas, cuartos o estancias a sus necesidades de habitabilidad y seguridad, dignas y accesibles, durante su permanencia en el albergue y cuando estos se incorporen a la sociedad.

**V. Línea estratégica de salud integral.** Según CONAPAM (2011) mencionando la frase de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Punto 24, expresa que esta línea estratégica se refiere a: *“La promoción de la salud constituye una de las estrategias de mayor impacto en la situación de salud de la población.” (p.13).*

Por tanto, es en esta línea estratégica de la Política Nacional de Envejecimiento y vejez que se integra a la **4.6.2.2 Política Nacional de Drogas** que según el ICD (2013) se dividen en **tres Ejes Estratégicos: I. Reducción de la demanda de drogas, II. Reducción de la oferta de drogas y actividades conexas; y III. Prevención y represión de la legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.**

Para hacer efectiva lo establecido en esta línea se invita a que el equipo gerencial vele porque el equipo interdisciplinario del albergue garantice que:

1. Brindará un tratamiento adecuado a las personas adultas mayores, el cual consiste en: “Incluir el diagnóstico, la asistencia en salud y la integración social de las personas, con la finalidad de mejorar su salud y su calidad de vida.

2. Sus intervenciones estén basadas en la promoción de la salud y la prevención en sus tres niveles: la prevención primaria, que se dirige a evitar el consumo de drogas; la prevención secundaria y terciaria que tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado; o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.
3. Sus intervenciones deben ser de calidad, integrales, universales, selectivas, indicadas, y basadas en evidencia, que consideren el género, la edad, la vulnerabilidad y el contexto socio-cultural de las personas adultas mayores.
4. Crear un entorno favorable a la salud y al bienestar mediante el fomento de estilos de vida saludables y el logro de cambios en los hábitos de las personas (autocuidado).
5. El acceso a una atención integral y a los servicios de salud, mediante programas de promoción, prevención, atención, curación y rehabilitación que fomenten estilos de vida saludable y su auto cuidado, en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna y con la calidad y calidez requeridas.
6. Realizar un triage de las condiciones de las personas adultas mayores, desde un punto de vista integral e integrado: mediante un trabajo interdisciplinario e interinstitucional.
7. Definir y ejecutar correctamente los protocolos en donde se definan los lineamientos y parámetros básicos para una atención integral a las personas adultas mayores con consumo problemático de sustancias psicoactivas, desde un abordaje gerontológico, de derechos humanos y según género.
8. Establecer normas relativas al derecho de la prestación de servicios, la provisión de medicamentos básicos, apoyos técnicos y servicios integrales de rehabilitación, especialmente adaptados para mejorar la autonomía de las personas adultas mayores con consumo problemático de sustancias psicoactivas.
9. Garantizar la calidad de los servicios prestados a las personas adultas mayores con consumo problemático de sustancias psicoactivas.
10. Fomentar la creación de redes de apoyo a las personas acompañantes que realizan cuidados básicos a las personas adultas mayores del albergue, para prevenir el agotamiento físico y mental del cuidador(a).

11. Conocer sobre las características propias de una población adulta mayor con consumo problemático sustancias psicoactivas.

A su vez, el equipo gerencial debe velar para que en el albergue existan protocolos que:

1. Erradiquen cualquier práctica del tráfico ilícito de drogas y delitos conexos, fortaleciendo los mecanismos de control en las zonas inseguras y vulnerables al delito de tráfico ilícito de drogas, a favor de la protección de las personas adultas mayores.
2. Prevengan y provean una atención integral a la población adulta mayor que ingresa, y tiene un conflicto con la Ley, mediante intervenciones claras y específicas.

#### **4.6 Emisor(es), fecha y firma:**

##### **Grupo de investigación:**

1. Shirley K. Vargas Chaves. Estudiante postulante para optar por el grado de Maestría Académica en Gerontología. Licenciada en enfermería. Docente de la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica.
2. Dr. Jaime Alonso Caravaca-Morera. Director de la tesis. Enfermero. Máster en Enfermería en el Área de Concentración: Educación y Trabajo en Salud y Enfermería. Doctor en Enfermería. Post-Doctoral en Enfermería.
3. Eugenia Mata Chavarría. Lectora de la tesis. Psicóloga. Máster. en Farmacodependencia. Doctora en Gestión Pública y Finanzas. Presidenta de la Junta del Instituto sobre alcoholismo y Farmacodependencia. Jefe de Unidad del Instituto Costarricense en Drogas.
4. Mabell Granados Hernández. Lectora de la tesis. Enfermera. MSc. Gerontología. Ex Directora de la Maestría en Gerontología, Universidad de Costa Rica.

**4.8. Artículos transitorios:** Los artículos transitorios son aquellos que establecen las actividades y los procesos previos o simultáneos que deben cumplirse para la aplicación de los lineamientos. Por tanto, la ejecución de estos lineamientos debe estar relacionadas con el “Plan Nacional de Desarrollo”, con el fin de responder a los objetivos estratégicos de

país; y la legislación relacionada con sustancias psicoactivas y con vejez, como se ha realizado esta propuesta.

Es importante mencionar, que en este Plan Nacional de Drogas 2013-2017, se reitera que sólo el trabajo complementario, multidisciplinario, interinstitucional e intersectorial, permite el cumplimiento satisfactorio de cada uno de los programas y los proyectos que sustentan las políticas nacionales sobre drogas definidas en el capítulo anterior; siendo estos lineamientos un aporte fundamental para el cumplimiento del mismo, máxime que la población adulta mayor con consumo problemático de sustancias psicoactivas en nuestro contexto requiere de un proceso de fortalecimiento y visibilización, para brindar una respuesta equitativa, integral e integrada.

Finalmente, el envejecimiento poblacional unido a las dinámicas socioculturales, el desarrollo económico, político, científico y tecnológico generan nuevos retos, que demanda brindar respuestas idóneas con visión de orden socio-sanitario y modalidades de atención centrados en la persona, a fin de dar respuesta a las necesidades reales y potenciales; de acuerdo a lo que se establece a nivel internacional y nacional.

**CAPÍTULO V**  
**CONSIDERACIONES FINALES**



## 5.1 Conclusiones

1. Es importante mencionar que el abordaje metodológico fue muy pertinente y permitió el alcance de los objetivos. Sin embargo, lo más relevante para mí como investigadora fue reafirmar que es a través de sus experiencias de vida que se deben abordar las temáticas relacionadas con las personas adultas mayores, porque no sólo favorece su proceso de expresión, sino que resulta ser fundamental para fortalecer su proceso de autocomprensión, autoconocimiento y construcción o reconstrucción de posibles soluciones a las situaciones cotidianas presentadas.

Se sabe que el estudio del consumo problemático de sustancias psicoactivas está mediado por una serie de aspectos determinantes e interrelacionados entre sí, a lo largo de la vida de las personas y es a través de esta interrelación que se logra comprender parte de la relación entre los participantes y el consumo problemático de estas sustancias.

2. Dentro de los factores de riesgo para el consumo problemático de sustancias psicoactivas en las PAM participantes se encuentran: vivencias bajo condiciones precarias de existencia, entre ellas: la pobreza desde edades tempranas, relaciones familiares inestables y conflictivas, el desempleo, el maltrato familiar y social; todos factores de riesgo que funcionan a la vez como factores socioculturales estructuradores, combinación que les atañe vulnerabilidad social, hallazgos que coinciden con lo que menciona la literatura.
3. La relación de las familias de las personas adultas mayores participantes estuvieron marcadas por conductas abandonicas, principalmente con aquellas figuras que le debían brindar cuidado.
4. Durante su niñez desarrollaron tareas, responsabilidades y/o roles esperables en etapas adultas como el trabajar, que además se dio en condiciones poco saludables, tanto física como emocionalmente hablando, situación que pudo haber incidido en que dos de ellos no tengan pensión. Lo que coincide con el perfil de la mayoría de las personas adultas mayores de la actualidad.

5. Las expresiones de relación con el género femenino, principalmente con sus parejas, están manifestadas por una dimensión patriarcal, enmarcadas desde la sexualidad y el poder de dominio con ellas.
6. Otro aspecto importante para mencionar es que, al laborar desde edad temprana, fueron estos los lugares de iniciación del consumo fuera del hogar, estableciéndose el siguiente comportamiento: a mayor relación con el grupo de iguales, mayor socialización, mayor consumo.
7. Dentro de sus vivencias durante la niñez, se encuentran una serie de actos de violencia y abandono, lo que potencia sus dificultades de aprendizaje y desempeño escolar; así como bajos niveles de autoestima y propensión de depresión, lo que, coadyuva a la adopción y mantenimiento de sus conductas de alto riesgo y comportamientos autodestructivos.
8. Con relación al significado que les otorgan los participantes a sus vivencias en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas no es verbalizado explícitamente. Sino que este se logra extraer desde la discusión del mundo vivido; confiriéndoles tres grandes significados: como hábito aprendido, carrera y conducta adictivas. Este significado determinó sus pensamientos y sus sentimientos.
9. Resulta importante mencionar que entre los aspectos que influyen en el significado de hábito aprendido se encuentran la edad, lugar de iniciación y el consumo visto como fenómeno sociocultural. Por su parte, los que coadyuvan al significado del consumo problemático de sustancias psicoactivas como carrera adictiva, son el incremento del consumo, el descontrol y la desinhibición. Y en el tercer significado como conducta adictiva, el mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas; mantenido a lo largo de sus vidas a través de la sustitución de sustancias y conductas adictivas.
10. La edad de iniciación resulta ser un aspecto importante que emerge en este estudio, siendo congruente con la literatura, por ser considerado como un factor predictor de altos niveles de uso de alcohol en otras etapas.

11. A su vez, la familia de los participantes fungió como un espacio base para reproducir y aprender este consumo problemático, surgiendo como un hábito aprendido, reforzado por la presión de los grupos de pares y la disponibilidad de estas. Ambos aspectos refuerzan lo prohibido: "guaro de contrabando"; como norma y valor social en su época, imperante hasta la actualidad, que no solo se patentiza como un medio de consumo que "alivia las penas" sino de carácter medicinal que potencia el consumo problemático a lo largo de la vida.
12. Los adultos mayores participantes expresaron beber como una "estrategia de afrontamiento" para evitar el malestar, o bien, reducir o evitar el síndrome de abstinencia. Al ser una conducta presente a temprana edad, interfirió en tres de ellos en otros aspectos cruciales de su vida como el rendimiento académico, la propensión a realizar conductas de riesgo tales como mantener relaciones sexuales desprotegidas, la conducción temeraria de vehículos o las conductas violentas o vandálicas, conductas presentes a lo largo de sus vidas.
13. Como resultado de los pensamientos con relación al consumo problemático, estos están determinados en primera instancia por pensamientos de introspección, y los relacionados con la experiencia de tocar fondo, luego con los de llegar al albergue, y posteriormente con los de ser adultos mayores (edad). Todos ellos como antesala del inicio de un nuevo camino (recuperación). Por lo que se puede afirmar que ingresan al albergue en la etapa de precontemplación; generalmente referidos por alguna persona del género femenino. Y la edad (ser adulto mayor) parece ser un factor que determina o les favorece para mantenerse en sobriedad y en el camino de su recuperación.
14. El albergue se convierte en uno de los principales recursos a nivel emocional, económico, familiar, y de suplencia de sus necesidades básicas; entre otras, que les provee bienestar, y, por ende, mejoría en su calidad de vida. Incluso para muchos de ellos significa la única fuente de apoyo que les queda por la historia vivida mediada por el consumo problemático de sustancias psicoactivas y sus consecuencias futuras.

15. En relación con los sentires sobresalen las experiencias vividas en relación con un dolor físico sufrido y a acontecimientos que les hicieron sentir malestar, o bienestar, como el consumo de sustancias, asimismo como relaciones interpersonales algunas positivas, pero en su mayoría negativas con aquellas personas significativas inmediatas, principalmente sus progenitores, y otras que se espera brinden cuidado. Pérdidas físicas de seres queridos o personas cercanas significativas; así como de agresiones físicas y emocionales y explotación laboral, asimismo como el nacimiento de nuevos miembros de la familia, como las más importantes.
16. Las PAM participantes presentan policonsumo y combinación de varias sustancias, dentro de su carrera adictiva; sin importar la calidad y el tipo de sustancia, sino su efecto.
17. Después del consumo problemático de sustancias, las noticias que les generan alegría a las PAM participantes están relacionadas con haber logrado superar el proceso de consumo, pero trazan líneas del cómo mantenerse en sobriedad una vez visto el camino recorrido, y viendo hacia el futuro, tratando de reconstruirse y de retomarse ellos mismos y con las demás personas, en la medida de lo posible.
18. Se pudo evidenciar que las personas adultas mayores participantes al encontrarse en su última etapa de vida, tratan de optimizar sus recursos con el fin de llegar a mantenerse en su estado de sobriedad. De esta manera, la persona que logra realizar una acción en relación a su mejoría y eliminación del consumo problemático de sustancias psicoactivas le añade más sentido a su vida.
19. La asistencia periódica y constante a las reuniones de AA lo enmarcan como el principal indicador y la acción más importante que están realizando, vista esta como un paso adelante para lograr y o caminar hacia su recuperación. Ellos explícitamente manifiestan que su recuperación tiene que ver en primera instancia por Dios, en segunda instancia a la oportunidad que le brinda Don Gerardo -persona administradora del albergue- la oportunidad de estancia en la institución, y; en tercer lugar, el mantenimiento de la mano del grupo AA y su filosofía de los 12 pasos. Esto enmarca los constructos de acciones como RecuperarT con conciencia,

caracterizado por los primeros pasos en el programa AA, EscucharT, parte de la recuperación y su importancia, Don Gerardo y el ingreso al albergue, como los principales aspectos que ellos señalan para su proceso de recuperación.

20. Si bien es cierto, hay acciones que se pueden resaltar como evidencias de la disposición de ellos en relación al mantenimiento de la recuperación y su proceso de cambio; se debe considerar el riesgo de recaída, la cual debe mirarse como parte del proceso de recuperación que surge asociado a la disminución o abstinencia del consumo porque también trae consigo el riesgo del fracaso y con ello la culpa y una serie de sentimientos y auto-percepciones esto?negativas que pueden lesionar los logros conseguidos, de ahí la importancia de apoyo y de comprensión por parte de quienes conforman su entorno cercano.
21. La regulación emocional, tener un proyecto de vida claro, potenciar el uso creativo del tiempo y estados emocionales positivos son algunas de los factores protectores que refirieron las PAM participantes para evitar una recaída.
22. Los participantes del presente estudio pueden quedarse estancadas en la etapa de contemplación que es en la que se encuentran en estos momentos sino se realiza el acompañamiento profesional idóneo, para que logren continuar profundizando en su ser y pasar al siguiente estadio, para sumar acciones y un mantenimiento real, considerando siempre la escucha activa.
23. La mayoría de las PAM participantes coinciden en tener pensamientos o cogniciones desadaptativas, conflictos personales actuales, conflictos familiares y por ende intrapersonales, lo que reafirma que es un proceso complejo, una enfermedad crónica e irreversible y multidimensional, que requiere de un acompañamiento profesional.
24. El acompañamiento profesional debe caracterizarse por ser humanizado, centrado en la persona, enfatizar en los conocimientos del proceso de envejecimiento en la vejez y el significado del consumo problemático en esta etapa.

Y por último y no menos importante resulta relevante mencionar que la interacción entre los pensamientos, sentimientos y haceres, no se dan de una manera lineal, donde uno procede al otro. Por tanto, durante el tratamiento y análisis del mundo vivido narrado por las personas adultas mayores se logra denotar la siguiente "lógica" en la construcción de sus relatos: pensamientos-sentimientos-acciones-sentimientos-acciones-pensamientos-acciones-sentimientos-pensamientos-acciones-..., por lo que la presentación de hallazgos en esta investigación tiene una presentación meramente didáctica.

La presente investigación se considera de relevancia y pertinencia social, por las temáticas abordadas, ambas: personas adultas mayores y consumo problemático de sustancias psicoactivas que surgen como situaciones especialmente importantes para su abordaje el día de hoy; así como los diversos aportes generados tanto a nivel teórico, metodológico como práctico.

## 5.2 Recomendaciones

### **A la Maestría en Gerontología de la Universidad de Costa Rica:**

- ✓ Promover los cambios a nivel país desde lo curricular en el posgrado en gerontología.
- ✓ Incidir en la importancia de incorporar aspectos formativos en el grado.
- ✓ Fortalecer el eje de acción social mediante las diversas temáticas emergentes relacionadas con el tema de envejecimiento y vejez, en la actualidad con SARS-CoV-2/COVID-19.
- ✓ Incorporar en la malla curricular el tema del proceso de consumo problemático de sustancias psicoactivas en la persona adulta mayor, con el fin que él o la gerontóloga tenga las herramientas necesarias para abordar esta situación en particular.
- ✓ Iniciar con la formación del perfil y competencias de una persona gerontóloga considerando el marco político del envejecimiento activo propuesto por la OMS en el año 2002; donde plantea los siguientes determinantes y pilares fundamentales: Determinantes de salud, participación, seguridad y educación. Determinantes económicos, sanitarios y de servicios sociales. Determinantes conductuales, personales, del entorno físico, sociales y; determinantes de la capacidad funcional de la persona adulta mayor.

### **A las Universidades Públicas y Privadas:**

- ✓ Reforzar los planes de estudios tanto a nivel de grado como de posgrado mediante el eje transversal del proceso de envejecimiento, considerando un abordaje del ciclo como el curso de vida, incluyendo una perspectiva de género, de derechos humanos, y gerontológica evidenciando el aporte disciplinar, multidisciplinar y transdisciplinar para la identificación y seguimiento de una persona con situaciones de consumo problemático de sustancias psicoactivas.

### **Al Albergue:**

- ✓ Iniciar la gestión para el cumplimiento de los lineamientos con perspectiva gerontológica para el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor, convirtiéndose en la primera institución con este abordaje a nivel nacional, continuando con su carácter de innovación como centro de atención a la persona adulta mayor, característica que le ha otorgado un sinnúmero de reconocimientos en el territorio nacional.
- ✓ Continuar apoyando el desarrollo de investigaciones.
- ✓ Realizar acciones para la disminución del consumo de tabaco; por la potenciación mutua con el alcohol y el riesgo potencial de una recaída.

**Al Instituto Costarricense de Drogas:**

- ✓ Considerar el presente estudio para la construcción del Plan Nacional sobre drogas y actividades conexas para dar respuestas articuladas e intersectoriales para la prevención y atención del consumo problemático de sustancias psicoactivas en las personas adultas mayores, considerando la perspectiva gerontológica, el abordaje de derechos humanos, de género y salud pública.

**Al Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia:**

- ✓ Incorporar dentro de sus procesos de gestión: formación, estrategias de intervención, supervisión con acompañamiento la temática de envejecimiento a lo largo de la vida.
- ✓ Ser garante del cumplimiento de las normas con relación al consumo problemático de sustancias psicoactivas, principalmente la relacionada con el funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento.
- ✓ Considerar que la educación y la prevención es la mejor inversión que se puede llevar a cabo para mitigar esta situación, sin embargo, es importante que se invierta desde edades tempranas, pues es la semilla de un envejecimiento saludable deben ser plantadas al comienzo de la vida, sin perder la perspectiva que los esfuerzos en estas dos grandes aristas deben mantenerse a lo largo de la vida.



**Al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor:**

- ✓ Continuar fortaleciendo su posicionamiento a nivel nacional como ente rector y sus procesos de gestión para el logro de sus fines y sus funciones, principalmente la formulación de políticas y planes nacionales en materia de envejecimiento; considerando las perspectivas de ciclo y curso de vida.
- ✓ Continuar fomentando la creación, continuidad y accesibilidad de los programas y servicios relativos a la atención integral e integrada de las personas adultas mayores y velar por ellos, mediante procesos de acreditación y habilitación amigables garantizando un envejecimiento digno y saludable.
- ✓ Al entenderse el fenómeno de las drogas como un problema de salud pública, enfatizar acciones concretas para su correcto abordaje que garantice la calidad de vida de las personas adultas mayores.
- ✓ Continuar velando por el cumplimiento de declaraciones, convenios, leyes, reglamentos y demás disposiciones conexas, referentes a la protección de los derechos de las personas adultas mayores.

**Al Ministerio de Salud:**

- ✓ Fortalecer los procesos de habilitación y el proceso de supervisión de los establecimientos de larga estancia, garantizando los estándares mínimos para su funcionamiento que sean dignos y saludables.

**A todas las instituciones mencionadas con anterioridad:**

Comprender que una transformación mundial como lo es el envejecimiento poblacional e individual afecta a las personas, sus hogares, a las comunidades y prácticamente a todas las áreas del Estado, por lo que las medidas políticas, y en general las actitudes sobre el envejecimiento, deben evolucionar también.

Por esta razón, los temas relacionados con el proceso de envejecimiento se deben integrar en el más amplio contexto. Así como deben garantizar la participación plena de las personas adultas mayores en los procesos de toma de decisiones (políticas, planes, leyes y

servicios) que se relacionen con ellas, como personas de derecho, con el fin de garantizar un envejecer seguro y digno.

- ✓ Apoyar al Albergue para la ejecución de lineamientos con perspectiva gerontológica para el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor.
- ✓ Diseñar e implementar políticas institucionales basadas en evidencia que garanticen la atención integral e integrada con perspectiva gerontológica considerando el ciclo y el curso de vida.
- ✓ Incorporar en su recurso humano a personas gerontólogas para poder cumplir con las demandas políticas y sociales del proceso de envejecimiento.
- ✓ Definir los roles y competencias de las personas que laboran en la institución para establecer las líneas de intervención con la persona adulta mayor con consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- ✓ Dar seguimiento a aquellos aspectos aún sin respuesta relacionados con las personas adultas mayores y el consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- ✓ Las teorías del envejecimiento social y psicológico son fundamentales para comprender y generar estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- ✓ Las teorías del envejecimiento físico deben ser base para poder abordar el impacto en la salud y proceso de envejecimiento de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- ✓ Continuar con el desarrollo de investigaciones relacionadas con el consumo problemático de sustancias psicoactivas en la población adulta mayor. Así como la relación entre la nicotina-alcohol y su correlación con una recaída.

- ✓ Considerar que el consumo problemático de sustancias psicoactivas a cualquier edad siempre va a tener repercusiones importantes en la vida diaria de las personas.
- ✓ Reconocer que las personas adultas mayores hoy, pertenecen al grupo de cohorte del “baby boom” que representan la generación con la tasa más alta de consumo de sustancias en este grupo.

**A la población en general:**

- ✓ Ser más sensibles con el proceso de adicción, fortaleciendo y comprendiendo los factores de riesgo y protectores, enfatizando que quiénes pasan por el son personas. (Ver anexo N°10: La personalidad del alcohólico).
- ✓ Colaborar a resolver de manera eficaz y oportuna una situación de alta complejidad en un mundo cambiante, que se logra a través del trabajo complementario, multidisciplinario, interinstitucional e intersectorial.
- ✓ Velar por que se puedan cumplir de manera satisfactoria el funcionamiento de cada uno de los programas y los proyectos que sustentan las políticas nacionales sobre drogas y el proceso de envejecimiento.

El envejecimiento poblacional genera nuevos retos, desde lo sociocultural, el desarrollo económico, político, científico y tecnológico, que demanda brindar respuestas idóneas con visión de orden sociosanitario y modalidades de atención centrados en las personas, a fin de dar respuesta a las necesidades reales y potenciales; de acuerdo a lo que se establece a nivel internacional y nacional.

Lo anteriormente expuesto, conlleva a reflexionar sobre los esfuerzos que se realizan desde cada trinchera laboral, del cual no hay duda de ellos. Sin embargo, aún hay pasos que dar. Pasos que si no se dan se contribuye a establecer dos tipos de abusos: el estructural e institucional.

Según CONAPAM (2012), el estructural ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales y económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existentes; incluyendo la falta de políticas y recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, de normas sociales, comunitarias y culturales relacionadas con la persona adulta mayor. Se expresa socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social [e invisibilización]

Y el institucional, presente en la medida de que estas no respondan a las necesidades de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas. Según CONAPAM (2012) estas instituciones, establecimientos y organizaciones tanto públicas como privadas pueden generar abuso institucional cuando hay sobrecarga en las labores que debe cumplir el personal, bajos salarios, falta de capacitación, excesos disciplinarios o ausencia de reglamentos internos. Incluso el no proveer las condiciones de infraestructura o accesibilidad, exceso de trámites y negación a facilitar la gestión ante una solicitud planteada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, P. (Marzo, 2014). Drogas y sus efectos. Recuperado de: <http://slideplayer.es/slide/120170/> el 15 de Octubre, 2016.
- Acuña, M. Agamez, J. Aguirre, A. Alvarez, N. Alvarez, M. Alviz, V. (22 Octubre, 2012). Dermatología. Tema: Corticoesteroides. Universidad Libre Seccional, Barranquilla. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/Vanealviz/trabajo-dermatologia-uso-de-corticoesteroides> el 15 de Octubre, 2016.
- Aguirre, E; Castillo, J; Menocal, A. (2015). Las políticas contra las drogas de Estados Unidos en México y América Central: sus consecuencias 2007-2013. Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias Políticas de la Universidad de Costa Rica. San José.
- Aguirre, G. P. (2015). El bono demográfico en América Latina: El efecto económico de los cambios en la estructura por edad de una población. Población y Salud en Mesoamérica, 13(2).
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2012). Reflexiones sobre el enfoque poblacional. Coordinación editorial Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud – SDS. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Reflexiones%20sobre%20el%20enfoque%20poblacional.pdf>
- Alcohólicos Anónimos. (2003). Los Cofundadores de Alcohólicos Anónimos. Recuperado de: [https://www.aa.org/assets/es\\_ES/sp-53\\_theCo-FoundersofAA.pdf](https://www.aa.org/assets/es_ES/sp-53_theCo-FoundersofAA.pdf)
- Alfaro, L. (04 Agosto, 2015). Psicología y adicción. Teoría de la Desregulación Homeostática Hedonista. Recuperado de: <https://psicoadicciones.wordpress.com/2015/08/04/teoria-de-la-desregulacion-homeostatica-hedonista/> el 15 de Octubre, 2016.
- Alonso, L. Escorcía, I. (2003). El ser humano como una totalidad. Salud Uninorte. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701701>
- Álvarez, L. Galeano, G. López, C. Noguera, H. (2009). El Quehacer de Enfermería en el abordaje de las necesidades de salud de las personas adolescentes en proceso de rehabilitación de adicción a las drogas, institucionalizadas en los Albergues de Hogar CREA en el Gran Área Metropolitana. Seminario de Graduación para optar

por el grado de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica. San José.

Álvarez, M. (2013). Programa educativo de enfermería para el fortalecimiento del autocuidado dirigido a estudiantes que consumen drogas lícitas e ilícitas del Liceo Roberto Brenes Mesén. Práctica dirigida para optar por el grado de licenciatura en enfermería. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, San José, Costa Rica.

American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

Ander-Egg, E. (1983). Técnicas de investigación social. Buenos Aires: Editorial El Cid.

Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Recuperado de: [http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1354/1/03\\_cepal.aranibar.pdf](http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1354/1/03_cepal.aranibar.pdf)

Arce Von Herold, A; Valverde, E. (2013). 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 esquizofrenia o trastornos afectivos que estén hospitalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Tesis para optar por el posgrado de psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica, San José.

Arce, L; Bolaños, A. y Zamora, Y. (2013). La respuesta estatal al ejercicio de los derechos de la población adolescente en condición de farmacodependencia sujeta de la política pública en el período 2000 al 2012. Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Facultad de Ciencias Sociales, San José, Costa Rica.

Arroyo, C. Castillo, P. (2013). Experiencias de vida sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en las Personas Adultas Mayores de la Asociación-Centro Diurno Pilar Gamboa en San Antonio de Desamparados. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica. Facultad de Ciencias Sociales, San José, Costa Rica.

- Asociación Americana de Psicología. (2018). Trastornos del consumo del alcohol y su tratamiento. Recuperado de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol>
- Atkinson, R. (1998). The life story interview. London: Sage Publications.
- Ayala, R. (2008). La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. Revista de Investigación Educativa, 26() 409-430. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283321909008>
- Badilla, J. González, D. Morales, V. Sequeira, Y. Valverde, M. (2015). Consumo de drogas y colegios: una aproximación crítica a los programas preventivos dirigidos a personas adolescentes escolarizadas. Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, San José.
- Badilla, S. (2013). Factores que pueden incidir en madres consumidoras de drogas, para abandonar el tratamiento de rehabilitación: propuesta para un programa en el Hogar Crea Madres con Hijas e Hijos en Coronado. Tesis para optar por el grado de Maestría académica en farmacodependencia. Universidad de Costa Rica, San José.
- Baita, S; Moreno, P. (2015). Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay. Fiscalía General de la Nación. Centro de Estudios Judiciales del Uruguay, CEJU. Recuperado de: [https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso\\_sexual\\_infantil\\_digital.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf)
- Ballén, M. Pulido, R. Zúñiga, F. (2007). Abordaje hermenéutico de la investigación cualitativa: Teorías, proceso y técnicas. Universidad Cooperativa de Colombia. ISBN: 958-8325-24-8. Primera Edición, Bogotá.
- Baltes, P., y Baltes, M. (1990). Perspectivas psicológicas sobre el envejecimiento exitoso: el modelo de optimización selectiva con compensación. En P. Baltes y M. Baltes (Eds.), Envejecimiento exitoso: Perspectivas de Behavioral Sciences (Red Europea sobre Estudios Longitudinales sobre Desarrollo Individual, pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press. DOI: 10.1017 / CBO9780511665684.003
- Barbosa, A. Segura, C. Garzón, D. Parra, C. (2013). Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes

- institucionalizados. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 32(1), 53-69. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.04>
- Barrantes, R. (2002). *Investigación: un camino al conocimiento. Un enfoque cualitativo y cuantitativo*. San José, R. (2002). *Investigación: u*
- Bass, S. Caro, F. Chen, Y. (1993). *Achieving a productive aging society*. Westport: Auburn House.
- Bejarano, J.; Fonseca, S. y Ugalde, F. (2006). El consumo de drogas en hombres y mujeres costarricenses. Análisis de una década en personas de 25 a 59 años de la población general. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 28, 29-43.
- Bejarano, J; Sáenz, M. (2004). Consumo de drogas en personas costarricenses mayores de 60 años: estudio de tres cohortes. *Psicoactiva*, Revista electrónica: Recuperado de: [http://www.cedro.org.pe/ebooks/Psicoactiva\\_22.pdf](http://www.cedro.org.pe/ebooks/Psicoactiva_22.pdf)
- Belondo, M. (2007). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e persoas maiores*, pags. 77-94. ISBN 978-84-690-7017-8,
- Bermúdez, M. (2016). Portal desarrollado por el Gobierno Costarricense: GobiernoCR por una ciudadanía mejor informada. Costa Rica lidera carrera por esperanza de vida de 80 años en América Latina San José. Recuperado de: <http://gobierno.cr/costa-rica-lidera-carrera-por-esperanza-de-vida-de-80-anos-en-america-latina/#more-15964>
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla. España.
- Blanco, T. Jiménez, S. Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, [S.l.], v. 34, n. 2, p.147-157, dec. 2015. ISSN e 1659-2913. Recuperado de: <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/60/87>
- Blasco, J. E., Pérez, J. A. (2007): “Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte: ampliando horizontes”. Editorial Club Universitario.España.
- Blow, F. Chi, F. Satre, D. Weisner, C.(2007). Gender Differences in Seven-Year Alcohol and Drug Treatment Outcomes among Older Adults. *The American Journal on*



Addictions Vol. 16: 216–221. ISSN: 1055-0496 print / 1521-0391 online DOI: 10.1080/10550490701375673

- Bogantes, J. (2013). Análisis médico legal de los hallazgos clínicos y conductuales asociados al consumo agudo y crónico de las drogas de abuso: un estudio cuantitativo-retrospectivo de los casos atendidos en la Sección Clínica Médico Forense por asunto de psicotrópicos durante el año 2010. Tesis para optar por el grado de especialista en medicina legal. Sistema de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica, San José.
- Botto, A. (2011). Dimensión ética de la investigación cualitativa. Editorial. Revista GPU, Psiquiatría Universitaria 354-357. Recuperado de: [http://revistagpu.cl/2011/GPU\\_Dic\\_2011\\_PDF/Editorial.pdf](http://revistagpu.cl/2011/GPU_Dic_2011_PDF/Editorial.pdf)
- Bravo, F. (2014). Aproximaciones teóricas al estudio de la vejez y el envejecimiento. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Recuperado de: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4547/ev.4547.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4547/ev.4547.pdf).
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press (existe edición en castellano en La ecología del desarrollo humano, Barcelona: Paidós, 1987).
- Brownlee M. Glycosylation products as toxic mediators of diabetic complications. Annu Rev Med 1991; 42:159-66.
- Buendía, L.; Colás, P. y Hernández, F. (2000). Métodos de investigación en psicopedagogía. McGraw-Hill, Madrid, España.
- Burnet, M. (1974). Intrinsic mutagenesis: a genetic approach for aging. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Butler, R. (2000). Productive aging: live longer, work longer. Hannover, Alemania. Ponencia presentada en el Congreso Mundial sobre Medicina y Salud. Recuperado de: [http://www.ilcusa.org/lib/pdf/Productive\\_Aging.pdf](http://www.ilcusa.org/lib/pdf/Productive_Aging.pdf)
- Butler, R.N. (1980), Ageism: A Foreword. Journal of Social Issues, 36: 8-11. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
- Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). (2003). Consumo de sustancias

psicoactivas capaces de producir dependencia. Recuperado de:  
<http://www.cendeisss.sa.cr/modulos/AISmodulo3.pdf>

- Caja Costarricense de Seguro Social y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). (2003). Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencia: módulo III. Ávila, et. al. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud Universidad de Costa Rica Sistema de Estudios de Posgrado (SEP) Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública. San José, C.R. Curso Especial de Posgrado en Atención a Integral para Médicos Generales. ISBN 9968-916-14-5.
- Campos, A. (2009). Métodos mixtos de investigación. Integración de la investigación cuantitativa y la investigación cualitativa. ISBN: 978-958-20-0982-3. Editorial Magisterio. Bogotá. Colombia.
- Campos, H. Gamboa, B. Morales, D. Pizarro, S. Ramírez, K. Villalobos, J. (2014). Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014. Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, San José.
- Canales, M. Peinado, A. (1994). Grupos de discusión. En J.M. Delgado y J. Gutiérrez (coord.) Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis (288-316).
- Capalbo C. (1996). Fenomenología e investigación de discusión. 3 ed. Londrina: Ed. UEL.
- Carstensen, L; Fredrickson, B.(1994). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make people more selective, *Psychology and Aging*, 5, 335-347 (1990).
- Caro, F. Sánchez, M. (2005). Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos. En: Pinazo Hernandis, S. y Sánchez Martínez, M Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Carvajal, A. (2002). Desarrollo local: manual Básico para Agentes de Desarrollo Local y otros actores. Primera edición digital: eumed.net –Málaga, España, Mayo de 2011. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000052.pdf>

- Castillo, D. (2009). Envejecimiento exitoso. Recuperado en: [http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED\\_20\\_2/04ENVEJECIMIENTO.pdf](http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_20_2/04ENVEJECIMIENTO.pdf)
- Castro León, Jefferson Ademar. Alternativa jurídica a la política anti-drogas costarricense en materia de cannabis. Enfoque a partir del estudio histórico y del derecho comparad. Tesis de Licenciatura en Derecho, Facultad de Derecho. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 2016. viii y Ej. 164.
- Castro, M; Quiroga, P; Vidal, D; Klassen, G & Zavala, M. (2006). Funcionamiento Social del Adulto Mayor. Ciencia y enfermería. v.12 n.2 Concepción dic. 2006. versión On-line ISSN 0717-9553. DOI: 10.4067/S0717-95532006000200007
- Centro Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2008). Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950-2050. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRnacional/pdf/proy08.pdf>
- Cibanal, J. & Arce, M. (1997). ¿Qué aporta la fenomenología a la relación enfermera-paciente? Cultura de los cuidados, 0(1), 25-30.doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.1997.1.05>
- Clark, R. (2004). Religiousness, Spirituality, and IQ: Are They Linked? Explorations: An Undergraduate Research Journal. Extraído el 12 de abril del 2007 de: <http://undergraduatestudies.ucdavis.edu/explorations/2004/clark.pdf>
- Coffey, A. Atkinson, P. (1996). Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies. Cardiff University, UK. Thousand Oaks. California. Sage.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2008). Panorama social de América Latina. Recuperado de: [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008\\_Cap1\\_Pobreza.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008_Cap1_Pobreza.pdf)
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2008). Informe Anual de la Comisión para el control del abuso de drogas a la Asamblea General. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/temas/drogas.asp>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2010). Estrategia Hemisférica sobre drogas. Recuperado de: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=954>

- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2013). Programa Regional de especialización on-line de capacitación en investigación sobre el fenómeno de las drogas en América Latina PREINVEST. Recuperado de: <http://preinvest.cicad.oas.org/uspi.asp>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (1999). Ley integral para la persona adulta mayor y su reglamento. Imprenta nacional, San José, Costa Rica.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2002). Política Nacional para la atención de la persona Adulta mayor: Plan de acción 2002–2006. 1era Edición, San José. Costa Rica. Recuperado de: <http://www.conapam.go.cr/pdf/PEN2006-2012.pdf>
- Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor. (2013). Por una vida sin violencia hacia las Personas Adultas Mayores. 2 ed.- San José para la Persona Adulta Mayor. (2013). Por una vida sin violencia ha
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2011). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/POLITICA%20PDF.pdf>
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (CONACE). (2005). Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas, Recluidas en los Establecimientos Penitenciarios Chilenos. Recuperado de: <https://es.calameo.com/read/005465131765668376601>
- Corella, M. D. Cruz, A. González, M.F. Valverde, F. (2012). Experiencias de consumo de drogas lícitas e ilícitas en un grupo de mujeres que han sido madres durante la etapa de la adolescencia, en los centros: Hogar CREA Madres con hijos y Hogar CREA Damas, en el I y II semestre del 2011. Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, San José.
- Cornejo, M. Rojas, R.C. & Mendoza, F. (2008). La investigación con Relatos de Vida: Pistas y opciones del Diseño Metodológico. *Psyche*, 17, 29-39.
- Corporación Eléctrica del Ecuador. (2015). Procedimiento para la gestión de la estrategia. Recuperado de: <https://www.celec.gob.ec/hidropaute/images/ley-de-transparencia/2015/procedimiento.para.la.gestion.de.la.estrategia.pdf>
- Cortés, M.T., Espejo, B., y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20 (3), 396-402.

- Crespo, D. (2006). Biogerontología. Textos universitarios de la Universidad de Cantabria. Ciencias biomédicas. España.
- Creswell, J. (2005). Enfoque de investigación en las relaciones sociales. Madrid: Rialp.
- Crome, I & Crome, P. (2005). 'At your age, what does it matter?' — myths and realities about older people who use substances. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 12, No. 5, October 2005: 343–347. ISSN 0968-7637print/ISSN 1465-3370 online Taylor & Francis. DOI: 10.1080/09687630500221473.
- Cuerno, L. (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad .Revista *Policía y Seguridad Pública*, 2, 65-111. <https://doi.org/10.5377/rpsp.v2i0.1192>. Recuperado de: [file:///C:/Users/Shirley/Downloads/1192-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4197-1-10-20130828%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Shirley/Downloads/1192-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4197-1-10-20130828%20(1).pdf)
- Dackis, C. (2005). Neurobiology of addiction: Treatment and public policy ramifications, *Nature Neuroscience*. Nov;8(11):1431-6. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16251982>.
- Deleuze, G. (1994). *Lógica del sentido*. Trad. de Miguel Morey y Víctor Molina. Barcelona, Planeta-Agostini,
- De Miguel, J. (1996). *Autobiografías*. Colección Cuadernos Metodológicos, n° 7. Madrid, España: CIS.
- Departamento de psicología de la Salud. (2018). *El pensamiento*. Recuperado de: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4298/5/TEMA%205.EL%20PENSAMIENTO.pdf>
- Dilthey, W. (1949). *Introducción a las Ciencias del Espíritu*, México, FCE. Recuperado de: <https://docs.google.com/file/d/0B9kLS4xnCL8SX0RxZXloS0dZR1k/view>
- Dixon, R. (1995). *Promoting competence through compensation*. Thousands Oaks. CA. Sage.
- Escalante, K; López K. (1999). *Caracterización de algunos tratamientos para la adicción a la cocaína y al crack en el área metropolitana*. Tesis para Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. San José. Costa Rica.
- Escobar, K. (2009). *Vivencias de los familiares de adolescentes consumidores de sustancias ilícitas, frente al consumo de las mismas en el segundo semestre de 2008*,

- Colombia. Tesis para optar por el grado de enfermera. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Esteban, M. (2011). “Una interpretación de la Psicología cultural: aplicaciones prácticas y principios teóricos”, *Suma Psicológica*, vol. 18, núm. 2, pp. 65-88.
- Feldman, J.A.; Fish, S.S.; Beshansky, J.R.; Griffith, J.L.; Woolard, R.H.; Selker, H.P. (2000). A cute cardiac ischemia in patients with cocaine – associated complaints: results of a multicenter trial. *Ann. Emerg. Med* 2000; 36:469-76. Recuperado de: <http://preinvest.cicad.oas.org/Justificacion.asp>
- Fernandes, J. (2015). Los factores socioculturales y el consumo de las drogas: un estudio desde la isla de San Vicente. Cabo Verde (Tesis de Doctorado). La Habana: Editorial Universitaria. Recuperado de: [file:///C:/Users/Shirley/Downloads/Los%20factores%20socioculturales%20y%20-%20Fernandes%20Semedo,%20Jorge%20Da%20Cost%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Shirley/Downloads/Los%20factores%20socioculturales%20y%20-%20Fernandes%20Semedo,%20Jorge%20Da%20Cost%20(3).pdf)
- Fernandes, G. Barbosa, M. & Prado, M. (2007). La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*, 16(58), 55-58. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000300012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300012&lng=es&tlng=es)
- Fisher, G.N. (1992). Campos de intervención en psicología social. Madrid: Nancea. España.
- Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). (marzo, 2016). El enfoque basado en los derechos humanos. Recuperado de: Fondo de población de las Naciones Unidas.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2014). Ocultos a plena luz. Recuperado de: <https://www.unicef.org/ecuador/ocultos-a-plena-luz.pdf>
- Freire, P. (1976). La educación como práctica de la libertad (17ª ed.). México: Siglo XXI Editores.
- Freund, A. M., & Baltes, P.B. (1998a). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531-543.

- Freund, A. M., & Baltes, P.B. (1998b). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correction to Freund and Bates (1998). *Psychology and Aging*, 14(4), 700-702.
- Gadamer, H. (1977). *Verdad y Método I. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*, Salamanca, Sígueme. España.
- García, M. Martínez, F. Alés, M. Silva, L. Rodríguez, L. Junquera, C. Ania, J. García, M. Peris, C. Sobrá, S. Muñoz, D. Puertas, E. Cara, J. Del Castillo, L. Fernández, N. Bueno, C. Caballero, A. Torres, J. Rico, M. (2006). *Auxiliar de enfermería en la comunidad autónoma de Extremadura. Temario específico. Volumen II*. Editorial MAD, Madrid, España.
- Garita, K & Zamora, R. (2007). *Elaboración de una herramienta de información cualitativa para el abordaje de la realidad psicosocial de la indigencia*. Tesis de Licenciatura. Psicología. Universidad Católica de Costa Rica Anselmo Llorente y la Fuente: San José. Costa Rica.
- Gerrish, K y Lacey, A. (2008). *Investigación en enfermería*. Quinta edición. McGrawHill. España.
- Gil, D y Giraldo, I. (2012). *Significado y sentido del consumo de sustancias psicoactivas entre jóvenes de la ciudad de Medellín*. Tesis de Licenciatura. Psicología. Universidad de San Buenaventura Seccional Medellín. Colombia.
- Giorgi, A. & Giorgi, B. (2003). Chapter 13: The descriptive phenomenological psychological method. In P.M. Camic, J. E. Rhodes & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (p.p 243- 273). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gobierno Nacional de la República de Colombia, a través del Ministerio de Justicia y del Derecho-Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)
- Goldstein, S. Gallo, J. Reichel, W. (1989). Biologic theories of aging. *American family physician*, 40, 195-200.

- Gómez, J. Saiach, S. Lecuna, N. (2000). Envejecimiento. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 100 - Diciembre/2000 Páginas: 21-23. Recuperado de: <https://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm>
- Góngora Soberanes, J; Leyva Piña, M A; (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. El Cotidiano, () 84-91. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32513209>
- González, A; Rangel, C. (2009). Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de Geriátria. D.F. México. Recuperado de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>
- González, J. (2001). El envejecimiento aspectos sociales. I edición, Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. ISSN: 9977-67-627-5.
- González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Revista Iberoamericana de Educación, 29, 85-103.
- Grella, C., & Hamilton, A. (2009). Gender Differences Among Older Heroin Users. Journal of Women & Aging. Vol. 21:111 - 124. ISSN: 0895-2841 print/1540-7322 online. DOI: 10.1080/08952840902837129
- Guardia, J. Surkov, S. Card C, M. (2007). Manual de adicciones para m2837129rs. de la Universidad de CosEditor Cesar Pereiro. Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías. Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol/file/17-manual-de-adicciones-para-medicos-especialistas-en-formacion,-editor-cesar-pereiro-2010.html?tmpl=component>
- Guarneros, A. (2014). La unidad del pensamiento. En-claves del pensamiento, 8(16), 79-97. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-879X2014000200079&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2014000200079&lng=es&tlng=es).
- Guba, E. y Lincoln, I. (1990). Paradigmas en competencia en la investigación Cualitativa. Recuperado de: <http://www.comunitarios.cl/bodega/internos/metodo1.html>
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Paradigmas en pugna en la investigación cualitativa. In N. Denzin, & I. Lincoln, Handbook of Qualitative Research (pp.105-117).London: Sage.



- Gubner, N. Kozar-Konieczna , A. Szoltysek-Boldys, I. Slodczyk-Mankowska, E. Goniewicz, J. Sobczak, A. Peyton , J. Benowitz , N. Goniewicz, M. Dependencia de Drogas y Alcohol. DOI: 10.1016 / j.drugalcdep.2016.04.006. Publicado en línea el 14 de abril de 2016.
- Guimaraes, G. Mendoza, M. A. M. López, M. M. García, J. Á. Velasco-Ángeles, L. Beltrán, M. A. Valdez, P. Medina, M.E. & Camacho, R. (2014). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud mental*,37(1), 15-25. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100003&lng=es&tlng=es)
- Gurdián, A. (2007). *El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa*. Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC). Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). ISBN978-9968-818-32-2. San José, Costa Rica.
- Gutiérrez C, A. (2010). Una exploración genealógica de “La guerra contra las drogas”: Desentrañando el derecho penal del enemigo. Tesis para optar por la Licenciatura en Derecho. Facultad de Derecho. Universidad de Costa Rica, San José.
- Guzmán-Facundo, F. Pedrão, L. Lopez-García, K. Alonso-Castillo, M. Esparza-Almanza S. (2011). El consumo de drogas como una práctica cultural dentro de las pandillas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Original Article 2011 May-June; 19 Spe No:839-47 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Harman, D. (1956). Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology*, 11, 298 -300.
- Harre, R., y De Waele, J.P. (1979). Autobiography as a psychological method. En Ginsurg, G.P.
- Havighurst, R. Neugarten, B. Y Tobin, S. (1964). Disengagement and patterns of aging. *The Gerontologist*, 4(3), 24-24.
- Hayflick, L. (1965). The limited in vitro time of human diploid cell strains, *Experimental Cell Research*, 37: 614-636

- Heidegger M. (2000). El ser y el tiempo. Trad. José Gaos. 3 ed. México/Madrid/Buenos Aires: F. Cultura Económica.
- Heidegger, M. (1974). El ser y el tiempo. FCE, México.
- Hernández. R. Fernández, C & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. Editorial McGrawHill. DF. México.
- Hidalgo, J. (2009). Aspectos sociales del envejecimiento. San José, Costa Rica. Editorial: Universidad de Costa Rica.
- Huedo-Medina, T. Espada, J. Alfonso, J. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. Anales de Psicología,25() 330-338. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16712958015>
- Husserl, H. (1970) The crises of European sciences and trascendental phenomenology, Evanston, IL.: Northeastem Univ. Press.
- Ibañez, J. (1990). El grupo de discusión: fundamento metodológico y legitimación epistemológica. Recuperado de: <http://anchecata.colmich.edu.mx/janium/Tablas/tabla86865.pdf>
- Instituto Costarricense sobre drogas (ICD). (2007). Plan Nacional sobre drogas 2008-2012. San José. Costa Rica. Recuperado de: [http://www.icd.go.cr/sitio/index.php?option=com\\_content&task=view&id=166&Itemid=119](http://www.icd.go.cr/sitio/index.php?option=com_content&task=view&id=166&Itemid=119)
- Instituto Costarricense sobre drogas (ICD). (2017). Portal desarrollado por el Instituto Costarricense sobre drogas. Gobierno de Costa Rica. San José. Plan Nacional sobre drogas 2008-2012. San José. Costa Rica. Recuperado de: <http://www.icd.go.cr/portalicd/index.php/public-uid/informes-uid>
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2016). Informe de situación nacional sobre drogas y actividades conexas. Costa Rica, 2015. Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas. San José, Costa Rica.
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2012). Plan Nacional sobre Drogas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo 2013-2018. San José, Costa Rica.
- Instituto de Estudios Sociales en Población. (2002). Perspectivas y necesidades de la población adulta mayor costarricense de la Gran Área Metropolitana. San José, Costa Rica.

- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2006). La juventud y las drogas. Encuesta Nacional Sobre Percepciones y Consumo en Población de Educación Secundaria”. Recuperado de: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/conocimiento/19.-La-juventud-y-las-drogas.Encuesta-nacional-sobre-percepciones-y-consumo-en-poblacion-de-educacion-secundaria-2006.pdf>
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017). Síndromes de intoxicación y abstinencia a drogas psicoactivas: Recomendaciones para su manejo. Recuperado de: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/aprobaciondeprogramas/normas-para-el-tratamiento-del-sindrome-de-intoxicacion-y-abstinencia-a-drogas-iafa.pdf>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (2014). Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento La Ciencia de la Adicción. Pub N.º 15-5605(S) del centro de Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH). Recuperado de: [https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa\\_sp\\_2014.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf)
- Jara, S. Dörr, A. (2008). Procesos afectivos. Recuperado de: [https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/apunte-procesos\\_afectivos.pdf](https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/apunte-procesos_afectivos.pdf)
- Jiménez Morales, Silvia. (2015). Factores de riesgo presentes en recaídas con el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. San Jos Morales, Silv
- Johnson, B. Onwuegbuzie, J. Turner, A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. Recuperado en: Journal of Mixed methods research. 1, 2, p.112-133.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. Science, 190, 912-914.
- Kliwer, S. & Saultz, J. (2006). Health care and spirituality. United Kingdom: Radcliffe.
- Koenig, H. (2001). The healing power of faith. New York: Touchstone.
- Krahn, D.D., Kurth, C.L., Gomberg, G. y Drewnowski, A. (2005). Pathological dieting and alcohol use in college women – a continuum of behaviors. Eating Behaviors, 6, 43-52.
- Koob, G. (1999). Neuroadaptation in Addiction: The Extended Amygdala and Brain Reward System. Department of Neuropharmacology The Scripps Research. La Jolla, California. Recuperado de: <http://slideplayer.com/slide/4973507/>

- Kucinskaite, J. (7 Abril, 2016). Psicología y comunicación. Recuperado de: <http://psicologiaycomunicacion.com/el-circuito-de-la-dopamina/> el 15 de octubre, 2016.
- Kuypers, J.Bengtson, V. (1973). Social breakdown and competence. A model of normal aging. Hum Dev.1973;16(3):181-201. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/18447828\\_Social\\_Breakdown\\_and\\_Competence](https://www.researchgate.net/publication/18447828_Social_Breakdown_and_Competence).
- Lagarde, M. (2003). Los cautiverios de las mujeres. Madresposas. Monjas. Putas. Presas. Locas. Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM. México. 2ª Edición 1993, 3ª Edición 1997, 1ª Reimpresión 2001, 2ª. Reimpresión 2003, 4ª Edición 2005, 1ª Reimpresión 2006. (884 p) (ISBN 968-36-9073-4)
- Latorre, A. del Rincón, D. y Arnal, J. (1996). Bases metodológicas de la investigación educativa. Barcelona: Hurtado.
- León, M. Montero, T. Reyes, R. D. (2012). Representaciones sociales sobre drogas de personas jóvenes atendidas en la Oficina Regional IAFA Occidente, Sede San Ramón, Alajuela. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Lersch, P. y Serre R (1966): La Estructura de la Personalidad. Barcelona, Scientia
- Levin, J. (2001). God, faith and health. Exploring the spirituality-healing connection. New York: John Willey & Sons.
- Lifeder.com. (s.f). Dopamina: funciones y mecanismo de acción. Recuperado de: <https://www.lifeder.com/dopamina/> el 27 Mayo, 2016.
- Lincoln, Y. y Guba, E. (1994). Naturalistic inquiry. Berverly Hills, California: Sage.
- Londoño, L. Ramirez, L. Londoño, C. Fernández, S. & Vélez, E. (2009). Diario de campo y cuaderno clínico: herramientas de reflexión y construcción del quehacer del psicólogo en formación. Poiésis, 9(17). doi: <https://doi.org/10.21501/16920945.195>
- López Larrosa, S., Rodríguez-Arias, J. L., (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. International Journal of Psychological Research, 5(1), 25-33

- Lorenzo, L. (2014). Introducción a la fenomenología del espíritu: vida e historia en la filosofía diltheyana. Una crítica a las interpretaciones psicologistas de la obra de Dilthey. Tesis para optar por el grado de Doctor en Filosofía. La Plata, Argentina.
- Lozano, A. (2010). El movimiento, el tiempo y la vejez. *Rev Fac Med UNAM* Vol. 53 No. 2 marzo-abril, 2010.
- Lucca, N. & Berríos, R. (2009). Investigación cualitativa. Fundamentos, diseños y estrategias. Puerto Rico. Ediciones SM.
- Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Salud Pública Educ Salud* 2003; 3 (1): 28-33. Recuperado de: <https://mbsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>
- Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo. SILOGISMO* Número 08 Publicación semestral, julio– diciembre 2001. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>
- Martínez, M. (2006). Comportamiento humano: Nuevos métodos de investigación. Editorial Trillas. Segunda edición. ISBN: 968-24-5503-0. DF, México.
- Martínez, M. (2006). Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 5() Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa=30517306009>
- Martínez, M. (2009). Dimensiones Básicas de un Desarrollo Humano Integral. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 8() 119-138. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30511379006>
- Martínez, T. (25 de agosto 2017). Ética en los servicios gerontológicos. VI Congreso Internacional en Gerontología, Intervención gerontológica centrada en la persona: Reto actual. San José, Costa Rica.
- Mendoza, A. Gutiérrez, G. A. Posada, I. C; Ferney, J. (2015). Significados del consumo de sustancias psicoactivas en indígenas estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 14() 975-983. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64744106015>

- Mendoza, M. Á. Borges, G., Gallegos-Cari, A. García, J. Á. Hernández, N. F. Camacho, R. Medina, M. E. (2015). Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con el cuidado y la salud del adulto mayor. *Salud mental*, 38(1), 15-26. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252015000100003&Ing=es&tIng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100003&Ing=es&tIng=es)
- Mendoza, M.A. Borges, G. López, M.A., Aguilar, O.E. Beltrán, M.A., Gallegos, A. Orozco, R. García, J.A. Velasco, L.R. Valdés, P.E. Rodríguez, R.I. Medina, M.E. Camacho, R.E (2013). Estudio sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adultos Mayores en la Ciudad de México. México: IAPA, INPRF, IAAM-DF.
- Mendoza-Meléndez, M.A., Borges, G., López-Brambila, M.A., Aguilar-Bustos, O.E., Beltrán-Silva, M.A., Gallegos-Cari, A., Orozco, R., García-Pacheco, J.A., Velasco, L.R., Valdés-Corchado, P.E., Rodríguez-Velázquez, R.I., Medina-Mora Icaza, M.E., Camacho-Solís, R.E. (2013). Estudio sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adultos Mayores en la Ciudad de México. México: IAPA, INPRF, IAAM-DF. Recuperado de: [http://www.evalua.df.gob.mx/docs/estudios/i\\_ecspam\\_sedeso.pdf](http://www.evalua.df.gob.mx/docs/estudios/i_ecspam_sedeso.pdf)
- Merighi MAB. (2002). *Trajetlua.df.gob.mx/docs/estudios/i\_ecspam\_sedeso.pdf*ilar-Bustos, O.E., Beltr.E., Beltr., Beltrán-Silva, M.A., Gallegos-Cari, A., Orozco, R., García-PaRev Latino - Am Enfermagem 2002; setembro - outubro: 10 (5): 644-53.
- Merton, R. K. (1957). *Social theory and social structure*, New York: Free Press.
- Millán, J. (2011). *Gerontología y geriatría: Valoración e intervención*. Editorial Médica Panamericana, España.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2018). *Lineamientos Generales para Reorganizaciones Administrativas*. Recuperado de: <http://www.mag.go.cr/circulares/upe-lineamiento-reorganizacion.pdf>
- Ministerio de Salud de Costa Rica, OPS- Oficina Regional de la OMS. (2004). *La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/adulto.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2016). *Perfil y competencias profesionales del gerontólogo en Colombia*. Recuperado de:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/perfil\\_competenciasgerontologia.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/perfil_competenciasgerontologia.pdf)

- Mises, L. (2011). La acción humana. Tratado de economía. Unión Editorial. [Séptima edición- Trad.]. Madrid.
- Monistrol, O. (2007). El trabajo de campo en investigación cualitativa (I). NURE Investigación, Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view>
- Montaño, C. (2003). De las lógicas del Estado a las lógicas de la Sociedad Civil y el Mercado: crítica al “tercer sector” y el nuevo trato a la “cuestión social”. En: Servicio Social Critico: hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional. Sao Paulo, Brasil. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/>
- Montorio, I; Fernández, M. (1997). La vejez con éxito, pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? [Psychosocial Intervention](#), ISSN 1132-0559, [Vol. 6, N°. 1, 1997](#), págs. 53-76. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2013936>
- Mora, C. (2015). Factores protectores en la prevención de consumo de drogas en adolescentes en riesgo. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, San José.
- Morales, F. (2006). Presentación del Plan estratégico nacional para la atención de la persona adulta mayor: 2006-2012. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. Presidencia de la República de Costa Rica, San José.
- Moreno, C. Zapata, L. (2013). “Etnografía de prácticas delictivas y consumo de sustancias psicoactivas ilícitas entre jóvenes infractores de la ciudad de Manizales”. En: Virajes, Vol. 15, No. 2. Manizales: Universidad de Caldas.
- Morgan, D. L. (1988). Focus Groups As Qualitative Research. Newbury Park, California:
- Murillo, L. (2009). Expresiones de la persona adolescente sobre consumo de drogas ilícitas. Rev. Ciencias Sociales 123-124: 119-137 / 2009 (I-II) ISSN: 0482-5276.
- National Institute on Drug Abuse. (NIDA) (24 de Noviembre, 2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Recuperado de:

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion-en-2017>

- Navarro, M. (2009). Autoconocimiento y autoestima. Recuperado de: <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd6409.pdf>
- Navas, C., Villegas, H., Hurtado, R. Zapata, D. (2006). La conexión mente-cuerpo-espíritu y su efecto en la promoción de la salud en pacientes oncológicos. Revista Venezolana de Oncología, 18(1), 28-37.
- Nieva, G., Gual, A., Ortega, L. y Mondón, S. (2004). Alcohol y tabaco. Adicciones, 16 (Supl. 2)
- Nutrición inteligente (22 mayo, 2015). [El estrés también afecta tu respuesta a la Insulina](#). Recuperado de: <http://www.nutricioninteligente.cl/el-estres-tambien-afecta-tu-respuesta-la-insulina/> el 15 de Junio, 2016.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2008). Drogas en el punto de mira. Consumo de sustancias en adultos mayores: un problema olvidado. Primer número 2008. ISSN 1681-6307. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Ordoñez A. Lacasta MA. (2004). El duelo en los niños (la pérdida del padre/madre). En: Manual SEOM de Duelo en Oncología. Madrid: Dispublic, SL 2004.p.121-36.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC) (2009). Informe Mundial sobre las drogas. ISBN: 978-92-1-148240-9. Recuperado de: [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/World\\_Drug\\_Report\\_2009\\_spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/World_Drug_Report_2009_spanish.pdf)
- Organización de Estados Americanos (OEA). (2004). “Guía práctica para la organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas”. Recuperado de:  
<https://www.iafa.go.cr/.../Guía-Práctica-para-la-Organización-de-un-Sistema-Integral>
- Organización Mundial de la Salud (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de:  
[https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)



- Organización Mundial de la Salud. (1998). Determinantes sociales de la salud: Los hechos irrefutables. Traducción al castellano de Roberto Páramo Gómez del Campo (rparamo@cable.net.co), para el Instituto PROINAPSA-UIS, Centro Colaborador de la OPS/OMS en Colombia en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2004): Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recuperado de: <http://bit.ly/1pZW8Mp>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. Recuperado en: [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimientoactivo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimientoactivo.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. ISBN 978 92 4 359436 1 (Clasificación NLM: WA 320).
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud. Recuperado en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). La política de drogas y el buen público.
- Orgel, L. E. (1963). The Maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to aging. *Proceedings of National Academy of Science*, 49, 517-521.
- Owen, P. Slaymaker, V. (2008). Alcohol and Other Drug Dependence Severity Among Older Adults in Treatment: Measuring Characteristics and Outcomes. *Alcoholism Treatment Quarterly*. Vol. 26(3).
- Pagliari, A. Pagliaro, L. (1996). Substance Use Among Children and Adolescents: Its Nature, Extent, and Effects From Conception to Adulthood. Recuperado de: <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=166448>
- Papalia, D. Olds, S. Felman, R. Novena edición. (2005). *Desarrollo humano*. Mapalia, D.
- Pargament, K. & Mahoney, A. (2002). Spirituality. En C. R. Snyder & Sh. Lopez. *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Patton, M. (2001). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks. Sage Publications.

- Pedraz, A. Zarco, C. Ramasco, M. Palmar, A. M. (2014). Investigación Cualitativa. Colección Cuidados de salud avanzados. ISBN 978-84-9022-445-8. Elsevier. Barcelona, España.
- Pereira, J. (2010). Consideraciones básicas del pensamiento complejo de Edgar Morin, en la educación. Revista Electrónica Educare, XIV () 67-75. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194114419007>
- Pérez, G. (2000). Investigación cualitativa: Retos e interrogantes. En Técnicas y análisis de datos (3ª. ed.) Madrid: Editorial La Muralla, S.A.
- Peterson PL, Hawkins JD y Catalano RF. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions: design challenges and recommendations. Evaluation Review, 1992; 16, 579- 602.
- Pineda, E & Alvarado, E. (2008). Metodología de la investigación. Washington: Editorial de la Organización Panamericana de la Salud., DC. ISBN 978-92-75-32913-9.
- Pinto, G. (2011). El bono demográfico: una oportunidad de crecimiento económico. Umbrales, 22, 157-173.
- Plummer, K. (1989). Los documentos personales. Introducción a los problemas y la bibliografía del método humanista. Madrid: Siglo XXI.
- Plummer, K. (2001). Documents of Life 2: An Invitation to a Critical Humanism [19 paragraphs]. Forum Qualitative Sozial for schung / Forum: Qualitative Social Research, 3(1), Art. 3. Recuperado de: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs020134>
- Ponce, C. (3 de Mayo, 2015). Características generacionales. El economista. Recuperado de: <http://eleconomista.com.mx/finanzas-personales/2015/05/03/caracteristicas-generacionales>
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. Polis, 4(2), 157-186. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-23332008000200006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006&lng=es&tlng=es)
- Portal EDH ONU. (2017). El enfoque de derechos humanos Desarrollo Basado en: Hacia una comprensión colectiva entre las agencias de la ONU. Portal apoyado por el Grupo de Desarrollo de las Naciones Unidas - Derechos Humanos Grupo de

Trabajo (GNUD-GTDH). Recuperado de: <http://hrbaportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies>.

Prochaska, J. y DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen; R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.). Progress in behavior modification. Newbury Park.

Prochaska, J. y Prochaska, J. (1993). Modelo trans-tens-terans-te Prochaska, J. (1993). bury Park...M. MillGossop (Eds.). Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Barcelona: Ediciones de Neurociencias. Citrída y pre

Prochaska, J.O. y DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood. Illinois: Dorsey Press.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2012). Informe de Desarrollo Humano en Chile: Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo. Salesianos Impresores S.A. Inscripción N° 215.687. ISBN: 978-956-7469-32-1. Recuperado de: [http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/library/human\\_development/publication\\_3.html](http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/library/human_development/publication_3.html)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (s.f). Escuela virtual. Recuperado de: [http://escuelapnud.org/biblioteca/pmb/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=390](http://escuelapnud.org/biblioteca/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=390)

Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.) (2006). Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: UNMSM. Recuperado de: [http://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv\\_quintana.pdf](http://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv_quintana.pdf)

Ramos, S. Hacia un nuevo humanismo. (1997). Fondo de Cultura Económica, México, recuperado de: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/89621.pdf>

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.aed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=FIJ8jj4>

Redondo, D. Valverde, D. Velásquez, M. (2013). Programa educativo de enfermería para la cesación del fumado dirigido a personas que deseen dejar el hábito del tabaquismo: Asociación Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor

- Indigente ubicada en el distrito de Tirrases de Curridabat, durante el primer semestre del 2013. Práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, San José.
- Ricoeur, P. (1974). *The Conflict of Interpretations: Essays in Hermeneutics*, ed. Don Ihde, trad. Willis Domingo et al. Evanston: Northwestern University Press.
- Ritzer, G. (1993). *Teoría Sociológica Clásica*. Mac Graw Hill. Madrid.
- Rivas, P. (2007). *Economía*. Recuperado de: [http://economia.unmsm.edu.pe/org/arch\\_doc/PRivasS/curs/ACCION1.pdf](http://economia.unmsm.edu.pe/org/arch_doc/PRivasS/curs/ACCION1.pdf)
- Robaina, N. (2009). Representaciones sobre el género femenino, estudio de caso en la prensa escrita local. Recuperado de: [http://www.fcs.edu.uy/archivos/Programa\\_2009\\_jornadas.pdf](http://www.fcs.edu.uy/archivos/Programa_2009_jornadas.pdf).
- Rodríguez, F. D. (2011). El alcohol altera la neurotransmisión cerebral. *Revista Adicción y Ciencia*, 1 (2)
- Rodríguez, C. Pozo, T. Gutiérrez, J. (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. Recuperado de: *Revista electrónica de investigación y evaluación educativa*. V. 12, 2, p.289-305.
- Rodríguez, J. (2003). Paradigmas, enfoques y métodos en la investigación educativa. *Investigación Educativa*, 7(12), 23 – 40
- Rojas, L. (2008). *Elementos conceptuales y metodológicos de la Investigación Cualitativa*. San José, Costa Rica. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Rojas, M. (2014). *La valoración neuropsicológica como ámbito de inserción profesional en la atención psicosocial de las drogodependencias: el papel del rendimiento cognitivo en el manejo de adolescentes de primer ingreso al Centro Nacional en Atención Integral para personas menores de edad, IAFA*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, San José.
- Ruiz, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Ruiz, J. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. (3ª. ed.). Universidad de Deusto. Bilbao.
- Ruiz, J. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa*. (4ª. ed.). Universidad de Deusto. Bilbao.

- Ruíz, J. (2012). Historias de vida. En *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. pp. 267-313.
- Ruiz, J. Ispizua, A. (1989) *La decodificación de la vida cotidiana: métodos de la investigación cualitativa*, Universidad de Deusto, Bilbao. Sage.
- Salinas, E. Rivera, I. (2001). Riesgos macrosociales de drogodependencia a nivel departamental en la República de Costa Rica: 2000. PNUFID: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. ISBN 970-9074-05-9. 107 páginas. D.F, México.
- Salamó Avellaneda, A., & Gras Pérez, M., & Font-Mayolas, S. (2010). Consumo de alcohol en jóvenes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD REVISTA DE PSICOLOGÍA*, N°2, 2010. ISSN: 0214-9877. PP:743-750
- Sánchez, H y Berjano, E. (1996). Características de personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*, 8(3), 457-463.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa. Composición electrónica*: ARFO Editores e Impresores Ltda. ISBN: 958-9329-18-7. Recuperado de: [http://desarrollo.ut.edu.co/tolima/hermesoft/portal/home\\_1/rec/arc\\_6667.pdf](http://desarrollo.ut.edu.co/tolima/hermesoft/portal/home_1/rec/arc_6667.pdf)
- San Martín, C. (2008). La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. *HOLOGRAMÁTICA – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - Año V, Número 8, VI (2008)*, pp. 103 – 120. ISSN 1668-5024
- Schaie, K. W. (1994). The course of adult intellectual development. *American Psychologist*, 49(4), 304-313. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.49.4.304>
- Schaie, K. Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y vejez*. Quinta edición. Pearson Educación, S.A. Madrid, España.
- Schatzman, L. & Strauss, A. (1973). *Field research Strategies for a natural sociology* Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Scheler, M. (1972) *El Resentimiento en la moral*. Barcelona: Caparrós, Colección Espirit.
- Segura, A. & Topa, G. (2016). Successful Aging at work: Psychometric properties of the Spanish version of Selection, Optimization and Compensation questionnaire. Manuscript under review.

- Sen, A. (1999a). Romper el ciclo de la pobreza: Invertir en la infancia. Conferencia Magistral, BID. Recuperado en: [www.iadb.org/sds/doc/SOC%2D114S.pdf](http://www.iadb.org/sds/doc/SOC%2D114S.pdf)
- Sen, A. (1999b). Desarrollo y Libertad. Editorial Planeta.
- Serrano, J; Galán, A; Vallejo, S. (2009). Actitudes trianguladoras familiares y psicopatología infanto-juvenil. INFAD Revista de Psicología International Journal of Developmental and Educational Psychology, N°1, 2009. ISSN: 0214-9877. pp:473-482. Recuperado de: [http://infad.eu/RevistaINFAD/2009/n1/volumen1/INFAD\\_010121\\_473-482.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/2009/n1/volumen1/INFAD_010121_473-482.pdf)
- Slagboom, P. Droog, S. Boomsma, D. (1994). Genetic determination of telomere size in humans: a twin study of three age groups. Am J HumGenet 55(5):876-82.
- Smith, H. (1997). Las religiones del mundo. México: Océano.
- Sociedad Española de Toxicomanías. (2011). Neurociencia y adicción. ISBN: 978-84-615-0572-2.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2016). Alcohol y tabaco, una relación peligrosa y poco estudiada. Recuperado de: <https://www.semfyc.es/alcohol-y-tabaco-una-relacion-peligrosa-y-poco-estudiada/>
- Solano, MC. Fenomenología-hermenéutica y Enfermería. Cultura de los Cuidados 2006; 10(19): 5-6.
- Sordo, P. No quiero envejecer. Publicado el 20 de mayo, 2016. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=5x5AW0SJV18>.
- Streparava, P. (19 octubre, 2012). Circuito de recompensa\_e\_depnde recompensav. Recuperado de: <https://pt.slideshare.net/CurareDolorem/circuito-de-recompensaependnciasiiirev> el 15 de Octubre, 2016.
- Sullcaray, S. (2013). Manual autoformativo: Metodología de la investigación. Recuperado de: [https://issuu.com/ucvirtual/docs/manual\\_metodologia\\_de\\_la\\_investigac](https://issuu.com/ucvirtual/docs/manual_metodologia_de_la_investigac)
- Tabloski, P. (2010). Enfermería gerontológica. Segunda edición. Pearson, Education, Inc. España.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (2000). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., Silverman, S. J. (2005): "Research Methods in Physical Activity". Fifthedition. Human Kinetics. USA.

- Torres, A. G., Angel, D. A. T., Arroyave, F. B., Guerrero, V. P., Valencia, A. S. R., & Julio, L. A. U. (2010). Representación social del consumo de marihuana en un grupo de jóvenes universitarios consumidores de la Universidad Tecnológica de Pereira. *Revista Médica de Risaralda*, 16(2).
- Torregrosa, J. (1984). Emociones, sentimientos y estructura social. *Estudios básicos de psicología social*. Hora, Barcelona, pp. 185-199. ISBN 9788485950294
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence. A developmental theory of positive aging*, New York: Springer.
- Universidad de Costa Rica (UCR) y Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2008). I Informe de la situación de las personas adultas mayores de Costa Rica. San José. Costa Rica. Recuperado de: <http://www.conapam.go.cr/ESPAM/espam.html>
- Universidad de Costa Rica. (2006). Manual de la persona investigadora. Guía de procedimientos para la investigación con seres humanos en la Universidad de Costa Rica. Vicerrectoría de investigación. Comité ético-científico. San José.
- Universidad Nacional de Costa Rica (2009). Cambio Demográfico de la Población Costarricense a través de las Pirámides de Población (1963-2030). Proyecto: Museo Virtual el saber de población. Recuperado de: <http://grupo.unavirtual.una.ac.cr/mahara/artefact/file/download.php?file=3573&view=452>
- Universidad de Sao Paulo. Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto. Programa Regional de Formación en Investigación Aplicado al Estudio del Fenómeno de las Drogas para Docentes de Enfermería de América Latina (II : 2003 : Ribeirao Preto, Sao Paulo, Brasil). *Salud Internacional y el Fenómeno de la Droga*. Ribeirao Preto, Sao Paulo: Universidad de Sao Paulo, 2003. 290 p. <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/politicaspUBLICAS/enfermeria.pdf>
- UNODC. (2015). Informe mundial sobre drogas. Resumen ejecutivo.
- UNODCCP (2009). *Global Ilicit drug trends 2009*. New York. United Nations Office for drug control and Crime Prevention. Recuperado de:

- [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/World\\_Drug\\_Report\\_2009\\_spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/World_Drug_Report_2009_spanish.pdf) UTA.+Paradigmas++Abril+PhD.pdf
- Vaillant GE. (2002). *Aging well: surprising guidepost to a happier life from the Landmark Harvard study of adult development*. Boston: Little Brown.
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de Investigación social. Reflexión Metodológica y práctica profesional*. Ed. Síntesis. España.
- Van Manen, M. (1998): *El tacto en la enseñanza. El significado de la sensibilidad pedagógica*. Barcelona: Paidós
- Van Manen, M. (2003). *Investigación Educativa y Experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books.
- Vargas, D. *Alteraciones neuropsicológicas por el consumo crónico de Cannabis Sativa: revisión bibliográfica*. Tesis para optar al grado y título de especialista en psicología clínica. Universidad de Costa Rica, San José.
- Vargas, E y otros. *La salud internacional y el consumo de drogas por parte de la población adolescente de Costa Rica*. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea]*.2009, No.17 [citado (fecha)]. Recuperado en: World Wide Web: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/saludinternacional.pdf>> ISSN 1409-4568
- Ven: World Wide Web: <http://wwwMogollo>, A. S. Fernide Web: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/saludinte>
- Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Colección Ciencias Sociales. Primera Edición. ISBN: 978-958-670-940-8. Universidad del Valle. Cali. Colombia.
- Vega, S. (2011). *Lineamientos Generales para la Formulación de los Programas de Trabajo de los Órganos Internos de Control*. Secretaria de a funciiria de). Lineamie
- Velicer, W.F.; Prochaska, J.O.; Rossi, J.S. y Show, M.G. (1992). *Assessing outcome in smoking cessation studies*. *Psychological Bulletin*, 111, 23- 41.
- Vygotsky, L. (1996). *Psicología del ser humano. Obras escogidas*, vol. 4, Madrid: Visor.
- Von Zglinicki, T. Serra, V. Lorenz, M. Saretzki, G. Lenzen-Grossimlighaus, R. Gessner, R. Risch, A. Steinhagen-Thiessen, E. (2000). *Short telomeres in patients with vascular dementia: an indicator of low antioxidative capacity and a possible risk factor?* *Lab Invest* 80(11):1739-47.



- Wadd, S. Galvani, S. (2014). *The Forgotten People: Drug Problems in Later Life*. Substance Misuse and Ageing Research Team (SMART), Tilda Goldberg Centre for Social Work and Social Care, University of Bedfordshire.
- Wallace, A. E., Sairafi, N. A. and Weeks, W. B. (2006), Tobacco Cessation Counseling Across the Ages. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54:1425–1428. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00843.x
- Washington, D.C.ISBN: 978-92-75-33169-9. Recuperado de: <http://www.infodrogas.gub.uy/html/materialeducativo/documentos/DrugVFinalLR2.pdf>
- Weber, M. (1956). *Sobre la teoría de las ciencias sociales*. FCE, México.
- WHO. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Gobierno de España, Ministerio de sanidad y consumo. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- WHO. (2004). *Neuroscience of Psychoactive substance use and dependence report 2004*. Geneva. World Health Organization. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_E.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf)
- WHO.(2011). *Global Status report 2011 on alcohol and health*. Switzerland. World Health Organization. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsrprofile.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsrprofile.pdf)
- Wilber, K. (2002). *Gracia y coraje*. 6ª ed. Madrid: Gaia.
- Wolinsky, F. Callahan, C. Fitzgerald, J y Johnson, J. (1992). The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47, S173-S182.
- Wong, F. (2016). *Procesos cognitivos*. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/JEMWONG/procesos-cognitivos-1-de-2-por-fanny-wong>
- Yáñez, V. (30 de junio, 2015). *Sociedad actual y adulto mayor. La optimización selectiva: ¿Qué es?* Figura 2, adaptada de: *Optimización selectiva* (Baltes y Baltes, 1990). Recuperado de: <http://adultosmayoreshoy.blogspot.com/2015/06/la-optimizacion-selectiva-que-es.html>

- Zavala, M. Vidal, D. Castro, M. Quiróga, P. Klassen, G. (2000). Funcionamiento Social del adulto mayor. Universidad de Concepción. Chile. Revista electrónica: Ciencia y enfermería. Versión On-line ISSN 0717-9553. v.12 n.2. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci_arttext)
- Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de Población, 5() 23-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201903>

## **ANEXOS**





UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Sistema de Estudios de Posgrado  
Programa de Posgrado en Gerontología

**CEC-I-04 AC**

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY  
N° 9234 "LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA" y EL  
"REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS"

**VIVENCIAS DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON  
CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA  
REALIDAD INVISIBILIZADA DESDE UNA PERSPECTIVA  
GERONTOLÓGICA. SAN JOSÉ, COSTA RICA. 2017.**

**ANEXO N° 2**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**\*Nota.**

Cabe mencionar que en la construcción de este consentimiento informado se ha tomado en cuenta los aspectos relacionados al lenguaje del consentimiento del Macroproyecto "Situación de la Persona Adulta Mayor de Los Guido de Desamparados"

**Código (o número) de proyecto:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la persona investigadora principal:** Shirley K. Vargas Chaves.

**Nombre de la persona participante:** \_\_\_\_\_

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** La presente investigación es realizada por la estudiante Shirley Karina Vargas Chaves de la Maestría de Gerontología de la Universidad de Costa Rica, como requisito de graduación. Busca conocer sus vivencias en relación del consumo problemático de sustancias psicoactivas, para luego analizarlas. Es importante comentarle que para participar de este estudio debe vivir en la Asociación Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente de Tirrases de Curridabat. Su participación es muy importante porque hay muchas personas en la sociedad que desconocen de sus necesidades, gustos, y preferencias; además que hay muy pocos estudios científicos. Asimismo, es importante señalar que estudio no lo financia ninguna empresa o persona.

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?**

Usted debe estar anuente a contar su historia a lo largo de la vida, describiendo dentro de lo posible condiciones, situaciones y eventos importantes a la persona investigadora, para ello, se realizarán reuniones entre Ud. y la investigadora, de manera individual, a conveniencia de ambas partes en cuanto horario, días y lugar, en un ambiente cómodo y de privacidad, que le brinde seguridad para que se exprese con confianza. Posteriormente se le dará la posibilidad de participar a nivel grupal en una conversación, estas sesiones de trabajo van a servir para profundizar acerca de las condiciones, situaciones y eventos que conllevan al consumo problemático de sustancias psicoactivas, pero a la vez a salir de ella. Es importante mencionar, que se necesita contar con su permiso para utilizar una grabadora de voz con el fin de captar todos los datos e información que Ud nos brinde. Las grabaciones solo tienen fines académicos.

1

Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica -- Número de sesión en que fue aprobado el proyecto:



por ello la investigadora será cuidadosa de que estas estén en buen resguardo hasta que los audios sean escuchados y escritos y luego se procede a borrar todo. Posteriormente a la recolección de los datos, se hará la devolución de los resultados finales mediante una reunión individual y otra mediante una defensa pública para la cual usted será invitado.

**C. RIESGOS:** La participación en este estudio NO REPRESENTA RIESGOS FÍSICOS NI LEGALES, pero si puede significar cierta incomodidad, recuerdos no gratos, sentimientos, pensamientos de condiciones, situaciones y eventos que pueden ser dolorosos para usted, pero usted estará en su pleno derecho de suspender la sesiones de trabajo e incluso decidir no seguir participando. Además, puede haber cambios en sus rutinas diarias, pero esto es solo para las sesiones de trabajo y por un periodo de tiempo. Por otro lado el contar su historia de vida, puede hacerle sentir pérdida de su privacidad. Si se presentara algún tipo de molestias, eventos adversos o sufrir incomodidad durante o después de los encuentros, se procederá a la realización de una referencia a las personas profesionales correspondientes según sea el caso.

**D. BENEFICIOS:** Como beneficio que obtendrá por la expresión de vivencias es que al remirar su curso de vida con sus éxitos y fracasos, y continuar o retomar su proyecto de vida, le podrá ayudar a enfrentar aspectos de su vida que no se arriesgaba a sacarlo, a la vez, podrá ayudar a otras personas a evitar el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Asimismo, la información que brindará con su participación tanto de forma individual como grupal, permitirá visibilizar las realidades de las personas en relación al consumo problemático de sustancias psicoactivas desde su propia visión.

**E. VOLUNTARIEDAD:** Su participación en el estudio es absolutamente voluntaria, es decir, usted recibirá toda la explicación en qué consiste el estudio y usted es el que decide o no involucrarse en este proceso. Si su decisión es positiva usted recibirá una copia del consentimiento informado firmado por la investigadora de este trabajo y de alguna persona como testigo para su uso personal. Además tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios, ni a ser castigada o castigado de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

**F. CONFIDENCIALIDAD:** La persona investigadora del presente estudio garantiza el estricto manejo y confidencialidad de la información durante la obtención de la misma y durante la publicación de los resultados de la investigación; a su vez cualquier uso futuro de los resultados de la investigación es factible, siempre y cuando se mantenga su anonimato como participante. Sólo la persona investigadora como el comité asesor de este trabajo tiene acceso a los registros para verificar procedimientos y datos de la investigación. Resulta importante mencionarle que la confidencialidad de la información está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense. Por ejemplo, cuando la ley obliga a informar sobre ciertas enfermedades, o bien, si se presenta o detecta maltrato y abandono u otros eventos legales.

**G. INFORMACIÓN:** Antes de dar su autorización debe haber hablado con la responsable de la investigación y ella debe haberle presentado, explicado y contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Shirley Karina Vargas Chaves, al teléfono 70173180 o a la profesora directora de este trabajo final de graduación: M.Sc. Norma Lau Sánchez al teléfono 2511 2142 en un horario de 3 pm a 5 pm de lunes a viernes. También puede llamar a la Maestría de Gerontología de la Universidad de Costa Rica al 2511 4773 en el horario de 9am a 6pm. Además, puede consultar sobre los derechos de las personas participantes en proyectos de



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO  
MAESTRÍA ACADÉMICA EN GERONTOLOGÍA**

**VIVENCIAS DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REALIDAD  
INVISIBILIZADA DESDE UNA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA.**

**Anexo N° 3  
DIARIO DE CAMPO**

El diario de campo tiene como finalidad realizar las diferentes anotaciones en relación con lo esencial del objeto y de la persona involucrada en el estudio. Dichas anotaciones permitieron, por un lado, contextualizar las frases emitidas, por otro lado, describir los hechos observados relevantes de las conductas, gestos, tono de voz, acciones o reacciones del participante. Esta se realizó de forma narrativa, esquemas, dibujos; entre otros, del proceso vivido en los encuentros los participantes, grupo focal y devolución de la información. Todo lo anterior alude a una construcción social y geofísica. Tiene que ver con la manera en que actúan las personas adultas mayores dependiendo de la situación, las condiciones de interacción y el ambiente en el espacio generado y en un momento determinado. Se parte del hecho que esa realidad del campo de acción es compleja y cambiante, lo que posteriormente favorece el análisis del mundo vivido. Además, se anotan los pensamientos, sentimientos y experiencias de la investigadora como lecciones aprendidas.

***Fecha:***

***Hora de inicio:***

***Hora de finalización:***

***Identificación de la persona observada:***

***Lugar:***

<b><i>Diario de campo</i></b>
<b><i>Campo de intervención:</i></b> croquis, descripción general, estructura arquitectónica, distribución espacial, localización física
<b><i>Observaciones:</i></b>
<b><i>Notas descriptivas:</i></b> Qué se observa (descripción: del objeto de estudio, sonidos, acciones,

<p>olores, clima, dinámica del momento, entorno físico, social, cultural, tácticas de participación social, gestos, comportamientos, reacciones, aptitud entre otros de la persona (en la historia y en grupo focal) personas líderes del grupo, interacciones entre las personas, comportamientos socioculturales cotidianos; entre otros elementos relevantes</p>
<p><b>Observaciones:</b></p>
<p><b>Interpretación:</b> comentarios, percepciones, juicios, intuiciones, sentimientos y pensamientos de la persona investigadora.</p>
<p><b>Observaciones:</b></p>
<p><b>Otros apuntes:</b> posibles causas, orígenes y consecuencias de las situaciones presentadas.</p>
<p><b>Observaciones:</b></p>
<p><b>Notas teóricas:</b> fundamentos teóricos</p>
<p><b>Observaciones:</b></p>
<p><b>Notas metodológicas:</b> dificultades y puntos fuertes del estudio, estrategias fallidas y efectivas, cambios en los guiones, resolución de conflictos; entre otros.</p>
<p><b>Observaciones:</b></p>



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO  
MAESTRÍA ACADÉMICA EN GERONTOLOGÍA**

**VIVENCIAS DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REALIDAD  
INVISIBILIZADA DESDE UNA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA.**

**Anexo N° 4  
GUÍA DE PREGUNTAS GENERADORAS**

**Fecha:**

**Hora de inicio:**

**Hora de finalización:**

**Lugar:**

**Siglas del participante:**

**Tiempo de duración: 45 minutos a 1 hora**

**INTRODUCCIÓN:**

**PRESENTACIÓN Y BIENVENIDA:** Buenos días/tardes. Mi nombre es Shirley Vargas egresada de la Maestría de Gerontología de la Universidad de Costa Rica y me encuentro realizando el estudio investigación sobre las vivencias de un grupo de personas adultas mayores con consumo problemático de sustancias psicoactivas: una realidad invisibilizada desde una perspectiva gerontológica. La idea es que a través de las reuniones que vamos a tener encontremos un espacio para reflexionar acerca de las vivencias en relación con el consumo de sustancias psicoactivas siguiendo el ciclo de la vida. Con ello se busca captar la totalidad de su experiencia, en el tiempo y en el espacio, desde la infancia hasta el presente. Esto se considera fundamental, ya que da significado a su vida y tiene un valor único, pues está basada en la visión que Usted tiene y es contada por Usted mismo.

¡Desde ya, muchas gracias por su tiempo!

**INSTRUCCIONES:** Este es un espacio para que usted de forma espontánea pueda expresar sus vivencias a lo largo de la vida. Es importante recordarle que no hay **RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS**; lo que importa es justamente que usted se sienta con toda libertad y sinceridad para que pueda expresar sus vivencias. Como usted brindó su consentimiento con anterioridad para poder grabar la sesión de trabajo, se hará mediante el

teléfono o la grabadora. La dinámica de participación es la siguiente: la conductora de esta técnica formula una pregunta muy general y usted desde su vivencia elige contar de la manera más honesta y completa posible acerca de su vida, lo que recuerda de lo que se le consulta, con total libertad.

-Alguna duda o consulta que quieran expresar en este momento?

-Entonces, damos inicio con la primera pregunta.

## **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

### **PREGUNTAS GENERADORAS**

1. ¿Por favor refiérase a la etapa de su (niñez / adolescencia / adultez, / adultez mayor)

Quando hay frases relacionadas al consumo se realizan **preguntas para profundizar:**

- ✓ ¿Tenía significado eso para Ud.?
- ✓ ¿Cómo fue la experiencia?
- ✓ “¿Qué sintió o pensó ante esa...?”
- ✓ ¿Tuvo impacto en su vida?
- ✓ ¿Buscó ayuda profesional?
- ✓ ¿Cómo surgió esta idea? ¿Esperabas que funcionara?
- ✓ Qué factores cree Ud. que influyeron para el uso de las drogas (genético, psicológico, familiar y sociocultural, entre otros).
- ✓ ¿Cuáles son los pensamientos que surgen cuando hablamos de este tema?
- ✓ ¿Cuáles son los sentimientos que surgen cuando hablamos de este tema?

**Repreguntas:** ¿Por qué?

### **Preguntas adicionales:**

- ✓ ¿Cuáles son las lecciones de la vida que le gustaría contar?
- ✓ Por qué
- ✓ Por favor amplíe

- ✓ ¿Cómo ha cambiado (nombre de la persona) durante el transcurso de la vida?

**De cierre:**

- ✓ ¿Quién es (nombre de la persona)? Al inicio de la historia y al final
- ✓ ¿le ha quedado algo más por decir?
- ✓ ¿Algún otro comentario que quieran agregar?
- ✓ ¡Muchas Gracias!
- ✓ Agradecimiento
- ✓ Invitación a la próxima sesión, recordatorio de fecha, hora y lugar

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO  
MAESTRÍA ACADÉMICA EN GERONTOLOGÍA**

**VIVENCIAS DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REALIDAD  
INVISIBILIZADA DESDE UNA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA.**

**Anexo N° 5  
GRUPO FOCAL**

**Fecha:**

**Hora de inicio:**

**Hora de finalización:**

**Lugar:**

**Tiempo de duración: 1 a 2 horas**

**Persona moderadora (conductora, observadora):**

**Persona secretaria:**

**Persona cronometrista:**

**Persona de apoyo en lo logístico (fuera del grupo focal):**

**INTRODUCCIÓN:**

**PRESENTACIÓN Y BIENVENIDA:** Buenos días/tardes. Mi nombre es Shirley Vargas y me encuentro realizando el estudio/investigación sobre las vivencias de un grupo de personas adultas mayores, consumidoras de sustancias psicoactivas: una realidad invisibilizada desde una perspectiva gerontológica. Además, hoy nos acompañan (acá se detallan los nombres de las personas que dan soporte en esta técnica en las funciones de: secretaria, cronometrista y logística) quienes me están apoyando el día de hoy, en el diálogo que vamos a desarrollar. La idea es poder tener un espacio de profundización sobre el tema de las vivencias, en relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Tema que hemos venido tratando en otros momentos de manera individual. Cabe señalar que cada uno es un ser humano único e irrepetible, con experiencias diversas, con capacidades diferentes para ver e interpretar el mundo. De esta manera valoramos y respetamos todas las experiencias de cada uno de ustedes. ¡Desde ya muchas gracias por su tiempo!

**INSTRUCCIONES:** Este es un espacio para que usted de forma espontánea pueda expresar sus vivencias a lo largo de la vida. Es importante recordarle que no hay **RESPUESTAS**

**CORRECTAS O INCORRECTAS.** Lo que importa es justamente si usted siente toda libertad y sinceridad para expresar sus pensamientos, sentimientos y acciones relacionados con el consumo de las sustancias psicoactivas. Como usted brindó su consentimiento con anterioridad para grabar la sesión de trabajo, esta se hará mediante el teléfono o la grabadora. La dinámica de participación es la siguiente: Yo le realizo una pregunta y todas las personas pueden participar escuchando y dando su aporte. Para ello alzaremos la mano y cuando se les dé la palabra inician con su valioso aporte y su nombre.

-Alguna duda o consulta que quieran expresar en este momento?

-Muy bien,

-Vamos a iniciar con la presentación de cada una de las personas presentes. Para ello vamos a hacerlo con la técnica de presentación. Siéntanse en confianza para presentarse en el momento que usted lo desee.

## **DESARROLLO DE LA TÉCNICA**

### **PREGUNTAS GENERADORAS**

#### **Preguntas de entrada**

- ✓ Hoy en día, ¿Qué significan las drogas para uds?
- ✓ Los factores que influyen para el uso de las sustancias psicoactivas (genéticos, psicológicos, familiares, socioculturales, entre otros).
- ✓ ¿Cuáles son los pensamientos, sentimientos que surgen cuando hablamos de este tema?
- ✓ Además, se profundiza en significado, pensamientos, sentimientos, experiencias (condiciones, situaciones y eventos), conductas, emociones, reacciones, creencias, categorías o temas que surgen de la historia de vida.

### **III. CIERRE:**

#### **Preguntas de cierre**

Finalmente, de todo lo expresado:

- ✓ ¿Qué es lo más importante para usted con respecto a este tema?
- ✓ Después que la persona moderadora ofrece un resumen se pregunta: ¿Es este un resumen apropiado de lo discutido hoy?

- ✓ Se ofrece una visión panorámica del propósito del estudio y se pregunta
- ✓ ¿Le ha quedado algo más por decir?
- ✓ ¿Algún otro comentario que quieran agregar?
- ✓ ¡Muchas Gracias!
- ✓ Agradecimiento
- ✓ Invitación a la próxima sesión, recordatorio de fecha, hora y lugar.

**-Otras preguntas de apoyo para la persona moderadora:**

**Para generar más opinión:**

- ✓ ¿Alguna otra persona ha vivida la misma o parecida las experiencias descritas?
- ✓ ¿Tienen algo más para añadir?;
- ✓ ¿Se puede tratar esta idea más ampliamente?

**De profundización:** (Al repreguntar se busca la comprensión, lo más precisa y ampliada posible, del concepto transmitido por los participantes)

- ✓ ¿Por qué?
- ✓ ¿Cuál es el sentido?
- ✓ ¿Podrían darme un ejemplo de ello?
- ✓ ¿Es importante?
- ✓ ¿Por qué les parece muy importante esa acción?

**Cambiar a otro tema:**

- ✓ Éste es probablemente un buen punto para continuar hablando sobre...;
- ✓ Continuando con esto, me gustaría tratar algo de lo que no se ha hablado aún;
- ✓
- ✓ Esto es un punto importante porque recoge otras características.

**Mantener el tema:**

- ✓ Había un punto importante hace un momento,
- ✓ ¿Podemos retomarlo?

**Invitar a la aprobación:**

- ✓ ¿Alguien más comparte este punto de vista?

**Invitar al desacuerdo:**

- ✓ ¿Alguien tiene una experiencia diferente?;
- ✓ Hemos oído sobre un punto de vista, pero creo que podría haber otras formas de pensar;
- ✓ ¿Le gustaría a alguien comentar sobre otros puntos de vista que la gente podría tener?; parece haber algunas diferencias en lo que se ha dicho y creo que es importante tratar de comprender por qué tenemos puntos de vista tan diferentes.
- ✓ ¿Qué diferencias encuentran en sus opiniones con respecto a las que se han planteado hasta el momento?

**Clarificar:**

- ✓ ¿Puede darme un ejemplo de lo que trata de decir?;
- ✓ ¿Puede decirlo de nuevo, pero con diferentes palabras?; antes usted dijo que pensaba... ahora está diciendo... puede decirnos más sobre lo que piensa o siente acerca de este tema.

**Detener una persona que habla mucho:**

- ✓ Hay algunas personas que tienen algo que añadir en este punto. Escuchémoslo;
- ✓ Necesitamos continuar con el siguiente tema;
- ✓ Regresaremos a esa idea si tenemos tiempo.

**Motivar a una persona callada:**

- ✓ ¿Tiene algo que añadir en este punto?

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA ACADÉMICA EN GERONTOLOGÍA**

**VIVENCIAS DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REALIDAD  
INVISIBILIZADA DESDE UNA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA.**

**Anexo N° 6**  
**LOS DOCE PASOS DE ALCOHÓLICOS Y ANÓNIMOS**

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Copyright 1952, 1953, 1981 por Alcoholics Anonymous Publishing, Inc. (ahora conocido como Alcoholics Anonymous World Services, Inc.)



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO  
MAESTRÍA ACADÉMICA EN GERONTOLOGÍA**

**VIVENCIAS DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REALIDAD  
INVISIBILIZADA DESDE UNA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA.**

**Anexo N° 7**

**PROPUESTA DE LINEAMIENTOS PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN LA PERSONA ADULTA MAYOR, DESDE  
UNA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA.**

**I. Definición:** Instrumento para determinar términos, límites y características que deben observarse para actividades o procesos que se relacionen con el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor, desde una perspectiva gerontológica.

**II. Propósito:** Describir las etapas, fases y pautas necesarias para desarrollar el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor, desde una perspectiva gerontológica.

**III. Cuándo se emiten?:** Los lineamientos se emiten cuando se requiere particularizar o detallar acciones, que deriven de un ordenamiento de mayor jerarquía o se estimen necesarias para fortalecer la gestión de un servicio o institución.

**IV. Apartados:**

**4.1. Objetivo:** Fortalecer el abordaje del consumo problemático de sustancias en la persona adulta mayor, desde una perspectiva gerontológica.

**4.2. Fundamento legal a nivel internacional: (Ver anexo #7)**

--Normas y declaraciones como la Convención Colectiva de Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores

--Carta de San José

--Oficina de la Naciones Unidas sobre las drogas y el crimen (UNODC, por sus siglas en inglés)

--Organismo de Estados Americanos (OEA),

--Organización Mundial de la Salud (OMS) y la;

--Organización Panamericana de la Salud (OPS), principalmente.

**4.3. Fundamento legal a nivel nacional: (Ver anexo#8)**

--Plan Nacional de Desarrollo, del Ministerio de Planificación y Política Económica de Costa Rica (MIDEPLAN)

--Ley Integral de las Personas Adultas Mayores,

--Política Nacional sobre envejecimiento y vejez 2011-2021,

--Reglas, acuerdos, normas, manuales y lineamientos que se deriven de lo específico de cada institución.

- Instituto Costarricense sobre Drogas.
- Ministerio de Seguridad Pública.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Las diferentes leyes para este propósito, para citar un ejemplo: la Ley 8204: Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo y su reforma realizada en el 2017.
- Reglamento General sobre legislación contra el narcotráfico, actividades conexas, legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y delincuencia organizada (decreto ejecutivo n° 36948-mp-sp-jp-h-s, alcance No. 8 a la Gaceta No.12 del 17 de enero del 2012).
- Política Nacional sobre drogas.
- Plan Nacional sobre drogas.
- Programas, proyectos y acciones derivadas de acuerdos, normas, manuales, lineamientos y circulares, específicas de cada institución.

#### **4.4. Ámbito de aplicación (Organismos responsables de aplicar los lineamientos):**

- Asamblea Legislativa
- CONAPAM
- Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)
- Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia (IAFA)
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)
- Ministerio de Educación Pública (MEP)
- Ministerio de Seguridad Pública (MSP)
- Patronato Nacional de la Infancia (PANI)
- Ministerio de Salud (MS)
- Organizaciones no gubernamentales especializadas en tratamientos
- Ministerio de Justicia (MJ)
- Universidad de Costa Rica (UCR)
- Universidades privadas
- Municipalidades
- Poder Judicial (PJ)
- Asociación Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente: Junta Administrativa y persona administradora. (Gerardo Zeledón)
- Otras instituciones públicas y privadas

**4.5 Disposiciones Generales:** Estas disposiciones se establecen mediante la construcción de etapas, requisitos, acciones, seguimiento, obligaciones y coordinación necesarios para cumplir con los objetivos de los lineamientos. Es un proceso que desde un posicionamiento de liderazgo basado en la gestión estratégica debe desarrollarse en conjunto con las personas de la institución, con el fin de socializar esta propuesta y realizar los ajustes necesarios para su debida implementación.

**4.6 Lineamientos generales y específicos:** Se refieren a la descripción de los términos, elementos o directrices generales o específicas que se aplican de manera uniforme en todas las etapas de un proceso y que pueden ser aplicables de manera general o específica, según corresponda. Como se ha manifestado con anterioridad los lineamientos deben partir de una norma jerárquica mayor.

En este caso la propuesta de estos lineamientos derivados de este estudio se presenta mediante un posicionamiento de gestión estratégica y se basan en las líneas estratégicas emanadas de los dos grandes ámbitos que aborda este estudio: La Política Nacional sobre drogas y la Política Nacional sobre Envejecimiento y Vejez 2011-2021.

En este sentido, se debe comprender que las líneas desde una gestión estratégica deben ser liderada por el equipo gerencial-administrativo del Albergue, desde la etapa de direccionamiento estratégico para su respectiva planificación; por lo que debe iniciarse en primera instancia, una revisión analítica anual de lo definido en la misión, visión, propósito, objetivos, valores, y su congruencia con las políticas nacionales e internacionales.

Posteriormente, se procede con la realización de un diagnóstico donde se planteen las necesidades y las expectativas de todas las partes involucradas en el albergue (Procedimiento para la gestión de las partes interesadas del Albergue Asociación del Adulto Mayor alcohólico e indigente).

Asimismo, como la construcción de los principios y requisitos de modelos de gestión que se realiza en la actualidad y valorar la importancia de adoptar otros con el fin de reforzar el existente. Una vez realizado este análisis, se continúa con la revisión del nivel de cumplimiento previo del despliegue estratégico, propuesto de este estudio y cómo este ha respondido a la Política Nacional de envejecimiento y vejez; ya que la política describe los compromisos que se deben asumir en relación con esta temática. Lo anterior, a manera de evaluar e identificar los aciertos y desaciertos, con miras en reforzar y mejorar la calidad del servicio.

Como lo menciona, CELEC (2015), las políticas deben ser asumidas porque estas permiten:

1. Ser adecuadas [y orientadoras] para cumplir con el propósito de la organización.
2. Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos legales aplicables y de mejoramiento continuo.
3. Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de una gestión estratégica.
4. Es comunicada [socializada] y entendida dentro de la organización, y
5. Es revisada anualmente para su continua adecuación y realización de ajustes necesarios.

En este sentido los lineamientos derivados del presente estudio se establecen desde las líneas estratégicas propuestas por la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez de Costa Rica, 2011-2021, se detallan a continuación:

## **Líneas estratégicas según la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez de Costa Rica, 2011-2021.**

**I. Línea estratégica: Protección social, ingresos y prevención de la pobreza.** Según CONAPAM (2011) mencionando la frase de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Punto 11, expresa que esta se refiere a: “Un componente fundamental de la calidad de vida de las personas mayores es su seguridad económica, definida como la capacidad de disponer y usar en forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenidos que les permita llevar una vida digna y el logro de calidad de vida en la vejez”. (p.4)

Por lo que esta entidad rectora (2011), menciona que a través de esta temática se pretende disminuir la pobreza de la población adulta mayor, mejorar el bienestar social e individual, reducir la vulnerabilidad por falta de empleo o de ingresos y generar mayor equidad; así como buscar identificar estrategias que permitan reducir la pobreza en forma efectiva y duradera.

Igualmente, expresa que se desea generar estrategias para mantener y mejorar los medios de vida, el acceso al sistema de pensiones no contributivas, a transporte seguro, a condiciones de educación y de vivienda adecuados y entornos saludables y seguros para las personas adultas mayores.

De esta manera, propone promover una cultura de empoderamiento, auto cuidado y de ahorro; crear, fortalecer y consolidar las redes sociales de apoyo, para atender la inequidad e injusticia social; así como desarrollar capacidades en las familias que favorezcan la consolidación económica, la solidaridad entre sus miembros y la protección de la persona adulta mayor.

De lo anteriormente mencionado, se establecen los siguientes lineamientos a nivel de **gerencia-administrativa** del Albergue Asociación del Adulto mayor alcohólico e indigente:

- ✓ El equipo gerencial debe garantizar que las personas adultas mayores del albergue:
- ✓ Participen en los procesos de desarrollo económico, social, político del país y tener acceso a los beneficios que se reporten, y en la sociedad, en general.
- ✓ Se sientan incluidos en las actividades que se desarrollan en la institución.
- ✓ Desarrollen actividades desde un abordaje de promoción de un envejecimiento productivo-ocupacional, a través de capacitaciones donde fortalezcan sus conocimientos para el desarrollo de actividades y oficios productivos generadores de ingresos viables, permanentes y sustentables, con el fin de satisfacer sus necesidades individuales.
- ✓ Tengan accesibilidad a espacios de inserción laboral-ocupacional en condiciones dignas, sostenibles y remuneradas, en donde se contemplen sus derechos, su independencia, capacidad de decisión y desarrollo personal.
- ✓ Tengan acceso y se incluyan en programas educativos formales, informales y vocacionales, de fácil acceso, colectivos o individuales.
- ✓ Obtengan una pensión no contributiva, si no tienen acceso a una pensión bajo otro régimen, principalmente si su situación es de riesgo social, con el fin de garantizar una calidad de vida digna, prácticas de auto cuidado y fomentar la cultura del ahorro.

- ✓ Realicen sus actividades de la vida diaria e instrumentales en una infraestructura y/o espacios amigables y seguros, que contemple las diferentes alternativas de cuidado integral, que tome en cuenta la autodeterminación de las personas adultas mayores, y garantice la realización y accesibilidad a diferentes actividades recreativas, culturales, deportivas, entre otras.

## **II. Línea estratégica: Abandono, abuso y maltrato en contra de las personas adultas mayores.**

Según CONAPAM (2011) mencionando la frase de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Punto 42, expresa que esta línea estratégica se refiere a: “La discriminación por edad se manifiesta de distintas maneras, entre ellas en la falta de reconocimiento expreso de las personas mayores como sujetos pasivos de violencia y maltrato.” (p.7)

Por lo que afirma que, a través de esta, se persigue que el Estado tenga un papel proactivo para garantizar que a la población adulta mayor no se le vulneren sus derechos y evitar el abuso y maltrato en su contra. Lo anterior, establece los siguientes lineamientos a nivel de gerencia-administrativa del Albergue Asociación del Adulto mayor alcohólico e indigente:

### **El equipo gerencial debe garantizar que el recurso humano profesional y técnico, actual y futuro, del albergue:**

- ✓ Ejecuten un programa de educación continua\* (asesorías, capacitaciones, entre otros) en la temática de proceso de envejecimiento y sus determinantes, teorías del envejecimiento, etapa de la vejez, mitos y estereotipos, situaciones emergentes de las personas adultas mayores: abandono, maltrato y abuso, aspectos legales en general, derechos y deberes de las personas adultas mayores, neurobiología de sustancias psicoactivas, atención centrada en la persona adulta mayor, ética y bioética, formas de abordaje desde la integralidad, con un abordaje de derechos humanos y de género, Atención Primaria en Salud, entre otras; que permita atender las necesidades especiales de las personas adultas mayores. \*La formación y capacitación del personal de salud en todos los niveles debe ser una prioridad; según la Política Nacional sobre envejecimiento y vejez 2011-2021, CONAPAM, 2011, p.13).
- ✓ Desarrollen capacidades individuales y colectivas, desde una visión interdisciplinaria y multisectorialmente, que contemple mecanismos ágiles de denuncia e intervención judicial, asimismo para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las personas adultas mayores.
- ✓ Participe activamente en entidades públicas y privadas, y sociedad en general para la planificación y gestión de las políticas públicas en torno al maltrato, abuso y abandono de las personas adultas mayores.

- ✓ Promulgue el lema de: "Ser una institución libre de abandono, maltrato y abuso psicológico, emocional y económico, entre otros, en contra de las personas adultas mayores". Si se desarrolla alguna acción en este sentido, por cualquier persona en cualquier rango o rol dentro de la institución, se procede a la aplicación efectiva de la normativa que penaliza toda forma de maltrato.
- ✓ Fortalezca el vínculo intersectorial, e interinstitucional y contexto comunitario con el fin de prevenir los malos tratos contra las personas adultas mayores.
- ✓ Conozca y ejecute correctamente los protocolos de intervención para la prevención y la detección precoz de conductas de abandono, abuso y maltrato, a partir de la definición de los perfiles de riesgo.
- ✓ Tenga informadas a las personas adultas mayores respecto a la protección y apoyo jurídico, social y económico en caso de abandono, abuso y maltrato.

### **III. Línea estratégica de participación social e integración intergeneracional.**

Según CONAPAM (2011) mencionando la frase de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Punto 14, expresa que esta línea estratégica se refiere a la siguiente cita, que a la letra dice: "Las personas mayores realizan actividades de distinta índole en su propio beneficio y el de la comunidad, a través de su participación en organizaciones compuestas exclusivamente por adultos mayores u organizaciones intergeneracionales y, en general, provocan cambios positivos en sus condiciones de vida y en su empoderamiento como grupo social." (p.9)

Según CONAPAM (2011) esta línea pretende fortalecer los espacios y mecanismos de participación social de las personas adultas mayores y vincular a los otros miembros de la sociedad en un reconocimiento del papel protagónico que han tenido ante el Estado.

Lo anterior establece los siguientes lineamientos a nivel de gerencia:

#### **El equipo gerencial debe velar porque el equipo interdisciplinario del albergue desarrolle:**

- ✓ Programas que fomenten la participación social de las personas adultas mayores en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado, intergeneracionales o no, que contribuyen a aumentar y mantener el bienestar personal de las personas adultas mayores.
- ✓ La organización de comités o grupos formales e informales, según sus propios criterios y planes, gustos y preferencias, para la realización de actividades culturales, sociales, deportivas, recreativas y de uso del tiempo libre en cada comunidad, gestionando el amparo directo de los Gobiernos Locales.

- ✓ La articulación con las instituciones públicas y privadas acciones concretas en la promoción y realización de programas educativos, culturales, deportivos, recreativos y de uso del tiempo libre, con un abordaje intergeneracional, que contemplen la participación de las personas adultas mayores, así como de la comunidad y la familia.
- ✓ Crear una plataforma que promueva la representación de las personas adultas mayores en los ámbitos de toma de decisiones.
- ✓ Promover una alternativa de respeto y consideración hacia las Personas Adultas Mayores con el fin de eliminar los mitos y estereotipos relacionados con la vejez.

#### **IV. Línea estratégica de consolidación de derechos.**

Según CONAPAM (2011) mencionando la frase de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Punto 38, expresa que esta línea estratégica se refiere a: “La creación de condiciones políticas, económicas, físicas, sociales y culturales adecuadas para las personas mayores es fundamental para el desarrollo social y el ejercicio de los derechos, deberes y libertades en la vejez.” (p.11)

Esta línea según CONAPAM (2011), menciona que pretende divulgar y desarrollar instrumentos y procesos de información, de educación y comunicación a la población, para el ejercicio de los derechos humanos, a su vez, busca promover la corresponsabilidad de las personas adultas mayores, la familia y la comunidad, con metodologías participativas y promover, movilizar y gestionar el compromiso de todos los sectores y actores para garantizar la realización plena de los derechos de la población.

Lo anterior establece los siguientes lineamientos a nivel de gerencia:

#### **El equipo gerencial debe velar porque el equipo interdisciplinario del albergue:**

- ✓ Desarrolle un ejercicio pleno de sus funciones desde la perspectiva de los Derechos Humanos (respeto, solidaridad y acompañamiento a las personas adultas mayores, entre otros), superando los esquemas del asistencialismo.
- ✓ Facilite el acceso de las personas adultas mayores a aprender y usar las nuevas tecnologías de la información y comunicación.
- ✓ Cree, habilite y fortalezca proyectos de viviendas o alternativas comunitarias para las personas adultas mayores del albergue, garantizando su inserción social.

- ✓ Fortalezca iniciativas que permitan a las personas adultos mayores adaptar sus viviendas, cuartos o estancias a sus necesidades de habitabilidad y seguridad, dignas y accesibles, cuando estos se incorporen a la sociedad.

#### **V. Línea estratégica de salud integral.**

Según CONAPAM (2011) mencionando la frase de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Punto 24, expresa que esta línea estratégica se refiere a: “La promoción de la salud constituye una de las estrategias de mayor impacto en la situación de salud de la población.” (p.13)

Con esta línea estratégica, se busca garantizar el acceso universal de la población adulta mayor al Sistema de Seguridad Social en Salud y el acceso a la prestación integral de los servicios de salud; a diseñar, e implementar un modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud, al desarrollo de instrumentos, guías, normas técnicas para la intervención de las enfermedades más prevalentes en la persona adulta mayor, asimismo persigue la corresponsabilidad del Estado y la sociedad para lograr un entorno favorable para toda la población y la promoción de la salud en general.

Lo anterior establece los siguientes lineamientos a nivel de gerencia:

#### **El equipo gerencial debe velar porque el equipo interdisciplinario del albergue garantice:**

- ✓ Crear un entorno favorable a la salud y al bienestar mediante el fomento de estilos de vida saludables y el logro de cambios en los hábitos de las personas.
- ✓ El acceso a una atención integral y a los servicios de salud, mediante programas de promoción, prevención, atención, curación y rehabilitación que fomenten estilos de vida saludable y su auto cuidado, en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna y con la calidad y calidez requeridas.
- ✓ Realizar un triage de las condiciones de las personas adultas mayores, desde un punto de vista integral e integrado: mediante un trabajo interdisciplinario, multisectorial e interinstitucional.
- ✓ Definir y ejecutar correctamente los protocolos en donde se definan los lineamientos y parámetros básicos para una atención integral a las personas adultas mayores con consumo problemático de sustancias psicoactivas, desde un abordaje gerontológico, de derechos humanos y según género.



- ✓ Establecer normas relativas al derecho de la prestación de servicios, la provisión de medicamentos básicos, apoyos técnicos y servicios integrales de rehabilitación, especialmente adaptados para mejorar la autonomía de las personas adultas mayores con consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- ✓ Garantizar la calidad de los servicios prestados a las personas adultas mayores con consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- ✓ Fomentar la creación de redes de apoyo a las personas acompañantes que realizan cuidados básicos a las personas adultas mayores del albergue, para prevenir el agotamiento físico y mental del cuidador(a).

Es importante sugerir que, como eje transversal de estos lineamientos, las personas integrantes del albergue deben desarrollar y apoyar la elaboración de estudios de investigación sobre los distintos aspectos y aportes en las temáticas que se derivan de las líneas estratégicas mencionadas con anterioridad.

Ahora bien, en relación con las políticas del Estado definidas para enfrentar la problemática de las drogas, según el ICD (2013) estas se dividen en tres Ejes Estratégicos: I. Reducción de la demanda de drogas, II. Reducción de la oferta de drogas y actividades conexas; y III. Prevención y represión de la legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.

Importante mencionar que en relación a esta temática el ICD, en el Plan Nacional sobre Drogas 2013-2017 plantea que la prevención de la enfermedad está definida como aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (OMS, 1998. 13). A su vez, menciona que esta misma organización, considera que el término “tratamiento” es un proceso que se inicia cuando las personas consumidoras o dependientes de sustancias psicoactivas establecen contacto con un establecimiento de salud u otro servicio comunitario, como lo es el albergue.

Por tanto, afirman que para que se establezca un tratamiento adecuado debe: “Incluir el diagnóstico, la asistencia en salud y la integración social de las personas, con la finalidad de mejorar su salud y su calidad de vida, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, el máximo aprovechamiento de las capacidades, el acceso a los servicios y oportunidades y la plena integración social. (OMS, 1998). Sustento que fundamenta lo mencionado en los apartados anteriores.

De esta manera, dentro de este eje estratégico, se debe considerar la prevención en sus tres niveles: la prevención primaria, que se dirige a evitar el consumo de drogas; la prevención secundaria y terciaria que tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado; o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

De lo anteriormente mencionado, se establecen los siguientes lineamientos a nivel de gerencia:

**El equipo gerencial debe velar porque el equipo interdisciplinario del albergue garantice que:**

- ✓ Sus intervenciones estén basadas en la promoción de la salud, las estrategias de prevención del consumo y problemas asociados, el diagnóstico, la asistencia en salud y la integración social, con el fin de mejorar la salud de las personas adultas mayores, su bienestar y por ende su calidad de vida.
- ✓ Sus intervenciones deben ser de calidad, integrales, universales, selectivas, indicadas, y basadas en evidencia, que consideren el género, la edad, la vulnerabilidad y el contexto socio-cultural de las personas adultas mayores.

Por tanto, desde esta perspectiva le corresponde a la gerencia, garantizar que el recurso humano que contrate sea el más idóneo y capacitado para realizar las intervenciones en el albergue, el cual se recomienda corroborarlo mediante el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para este fin.

En relación al segundo eje estratégico, referido a la: “Reducción de la oferta de drogas y actividades conexas”; el Instituto Costarricense de Drogas, en el Plan Nacional sobre Drogas 2013-2017 menciona que la reducción de la disponibilidad de las drogas ilícitas, el control de los espacios en zonas vulnerables, la sustitución de cultivos, el control y la fiscalización de sustancias legales y el desarrollo alternativo son parte de las acciones en este eje orientadas a la prevención, el control, la fiscalización, la represión y la sanción de las distintas figuras delictivas vinculadas al cultivo, la producción, la distribución, la venta y el desvío de drogas, entre otras opciones.

Este eje lo dividen en tres sub-ejes:

- a) Prevención del tráfico ilícito de drogas y delitos conexos;

b) Represión del tráfico ilícito de drogas; y,

c) Control y fiscalización de estupefacientes, psicotrópicos, sustancias precursoras y químicos esenciales.

En relación al sub-eje: Prevención del tráfico ilícito de drogas y delitos conexos, este plan menciona, un aspecto importante a valorar, que a la letra dice: "En Costa Rica es una prioridad la prevención dirigida a la población infanto juvenil, a fin de que ésta no se involucre en delitos relacionados al tráfico ilícito de drogas, de ahí que la intervención a aquellos factores de riesgo a los cuales está expuesta la juventud y la niñez de Costa Rica resulta clave" (p.72).

Por lo que las políticas que se establecen en el mismo son: a. Impulso sistemático de la prevención local basada en evidencia, en diferentes contextos, territorios y comunidades, priorizando la atención de grupos en situación de riesgo, b. Prevención y atención integral a la población en conflicto con la Ley, mediante intervenciones específicas, c. Definición de medidas alternativas de prosecución penal o privación de libertad para los infractores de la Ley Penal dependientes de drogas.

En este punto, es importante realizar una llamado para reflexionar, desde los hallazgos de la presente investigación, mediante las siguientes interrogantes: ¿Acaso las personas adultas mayores que participaron en este estudio no iniciaron su consumo, (3 de 4), en su etapa de la niñez?, y ¿mantuvieron su consumo hasta hace unos años atrás, siendo ya personas adultas mayores?, ¿será que se establece un sesgo en los datos estadísticos, que se traducen en las políticas y por ende a los programas y proyectos existentes dirigido a la personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas?, ¿no resulta clave, entonces incluir la perspectiva gerontológica, rescatando el ciclo y el curso de vida de las personas que consumen sustancias psicoactivas a lo largo de su vida?. Sólo algunas interrogantes que nos inviten a reflexionar más allá de lo que estamos viendo en la literatura y de lo que de repente queremos ver.

Por su parte, en relación con el sub-eje: Represión del tráfico ilícito de drogas. Se mencionan las siguientes políticas específicas: a. Control de zonas inseguras y vulnerables al delito de tráfico ilícito de drogas, a favor de la protección de sus pobladores, b. Diseño e implementación de un conjunto de iniciativas dirigidas a fortalecer los actuales mecanismos de control que se ejercen en las fronteras terrestres.

Desde los dos sub-ejes mencionados con anterioridad se derivan los siguientes lineamientos a nivel gerencia:

**El equipo gerencial debe velar por que en el albergue existan protocolos que:**

- ✓ Erradiquen cualquier práctica del tráfico ilícito de drogas y delitos conexos, fortaleciendo los mecanismos de control en las zonas inseguras y vulnerables al delito de tráfico ilícito de drogas, a favor de la protección de las personas adultas mayores.
- ✓ Prevengan y provean una atención integral a la población adulta mayor que ingresa, y tiene un conflicto con la Ley, mediante intervenciones claras y específicas.

Por su parte, el tercer sub-eje: Control y fiscalización de estupefacientes, psicotrópicos, sustancias precursoras y químicos esenciales; menciona las siguientes políticas específicas: a. Creación de instrumentos jurídicos y técnicos requeridos para la mejora continua del control y la fiscalización de sustancias precursoras, químicos esenciales y máquinas controladas.

Del cual no se deriva ningún lineamiento específico para el albergue en mención.

Y por último y no menos importante, con respecto al tercer eje estratégico: “Prevención y represión de la legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo”, el Plan establece las siguientes políticas específicas: a. Adopción de un modelo basado en riesgo que involucre los diferentes sectores que participan en la prevención, control y represión de la legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo. b. Creación de normativa jurídica y técnica, para combatir el surgimiento de capitales sin causa lícita aparente. c. Creación de instrumentos jurídicos y técnicos que combatan el transporte transfronterizo ilícito de dinero, títulos valores, metales y piedras preciosas. d. Diseño de los mecanismos jurídicos y técnicos necesarios para prevenir la legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo. Del cual no se deriva ningún lineamiento específico para el albergue en mención.

**4.7 Emisor(es), fecha y firma:**

***Grupo de investigación:***

---Shirley K. Vargas Chaves. Estudiante postulante para optar por el grado de Maestría Académica en Gerontología. Licenciada en enfermería. Docente de la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica.

--- Dr. Jaime Alonso Caravaca-Morera. Director de la tesis. Enfermero. Máster en Enfermería en el Área de Concentración: Educación y Trabajo en Salud y Enfermería. Doctor en Enfermería. Post-Doctoral en Enfermería.

---Eugenia Mata Chavarría. Lectora de la tesis. Psicóloga. Máster. en Farmacodependencia. Doctoranda en Gestión Pública y Finanzas. Presidenta de la Junta del Instituto sobre alcoholismo y Farmacodependencia. Jefe de Unidad del Instituto Costarricense en Drogas.

---Mabell Granados Hernández. Lectora de la tesis. Enfermera. MSc. Gerontología. Directora de la Maestría en Gerontología, Universidad de Costa Rica.

**4.8. Artículos transitorios:** Los artículos transitorios son aquellos que establecen las actividades y los procesos previos o simultáneos que deben cumplirse para la aplicación de los lineamientos. Por tanto, la ejecución de estos lineamientos debe estar relacionadas con el “Plan Nacional de Desarrollo”, con el fin de responder a los objetivos estratégicos de país; y la legislación relacionada con sustancias psicoactivas y con vejez, como se ha realizado esta propuesta.

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO  
MAESTRÍA ACADÉMICA EN GERONTOLOGÍA**

**VIVENCIAS DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REALIDAD  
INVISIBILIZADA DESDE UNA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA.**

**Anexo N° 8  
MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL VIGENTE SOBRE DROGAS Y  
ACTIVIDADES CONEXAS  
(Tomado del Plan Nacional de Drogas 2013-2017, p. 58- 60)**

INSTRUMENTOS MULTILATERALES	AÑO APROBACIÓN
<b>ONU- Convención única estupefacientes 1961</b> <i>Ratificada en Costa Rica por Ley N. 4544 en 1970</i>	1970
<b>Protocolo de modificación Convención Única en 1972</b> <i>Ratificado en Costa Rica por Ley N.5168 en 1973</i>	1973
<b>ONU- Convenio sobre sustancias psicotrópicas 1971</b> <i>Ratificado en Costa Rica por Ley N. 4990 en 1972</i>	1972
<b>OEA Convención Interamericana contra armas de fuego</b>	1997
<b>ONU- Convención contra tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas</b> <i>Ratificada en Costa Rica por Ley N. 7198 en 1989</i>	1988
<b>ONU. Convenio internacional para la represión de la financiación del terrorismo</b> <i>Ratificado en Costa Rica por Ley N.8256 en 2002</i>	2000
<b>ONU- Convención contra la delincuencia organizada</b> <i>Ratificado en Costa Rica por Ley N. 8302 en 2002</i>	2002
<b>Protocolo sobre trata de personas Anexo I</b> <i>Ratificado en Costa Rica por Ley N.8315 en 2002</i>	2001
<b>Protocolo Migrantes Anexo II</b> <i>Ratificado en Costa Rica por Ley N.8314 en 2002</i>	2001
<b>Protocolo armas Anexo III</b> <i>Ratificado en Costa Rica por Ley N. 8317 en 2002</i>	2001

RESOLUCIONES Y DIRECTRICES INTERNACIONALES	
<b>JIFE Directrices</b> <i>Elaboración de reglamentaciones nacionales relativas a los viajeros que están bajo tratamiento con sustancias sometidas a fiscalización internacional</i>	2002
<b>JIFE Directrices 2002</b>	2002
<b>JIFE Resoluciones Informe anual 2005</b>	2005
<b>Recomendaciones</b> <i>Gobiernos, Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales y regionales competentes</i>	2005
<b>Resoluciones:</b> <i>ECOSOC 48 periodo de sesiones</i>	2004-05
<b>Resoluciones:</b> <i>ECOSOC 49 periodo de sesiones</i>	2005-06
<b>Resoluciones y decisiones</b> <i>Conferencia de los Estados parte en la Convención de las Naciones Unidas contra la corrupción (Reglas mínimas de la ONU en materia de prevención del delito)</i>	2006
<b>JIFE Resoluciones 2006</b>	2006
<b>JIFE-Resoluciones 2007</b>	2007
<b>JIFE-Resoluciones 2008</b>	2008
<b>JIFE-Directrices dirigidas a los gobiernos para prevenir la venta ilegal por Internet de sustancias sometidas a fiscalización internacional</b>	2009
INSTRUMENTOS REGIONALES Y SUBREGIONALES	AÑO APROBACIÓN
<b>Ley N°7953. CONSEJO DE COOPERACIÓN /ORGANIZACIÓN MUNDIAL ADUANERA</b> Incluye Anexo 1967 y Circular de 1999. Ratificado en Costa Rica por Ley 8112 en 2001	1950
<b>Ley N° 7953. Convención Interamericana sobre Extradición.</b> Ratificada en Costa Rica por Ley N. 7953 en 1999	1981
<b>Ley N.°7060. Contrato préstamo Programa de desarrollo ganadero y sanidad animal (PROGASA)</b>	1987
<b>SICA-CCP- Comisión Centroamericana Permanente para la erradicación de la producción, tráfico, consumo y uso ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas</b>	1993
<b>Ley N° 7670. Convención Interamericana contra la corrupción.</b> Ratificada en Costa Rica por Ley N° 7670 en 1997	1996
<b>Ley N° 7616 .Aprobación del Acuerdo Marco de Cooperación entre las Repúblicas de Costa Rica; El Salvador; Guatemala, Honduras; Nicaragua y Panamá y la Comunidad Económica Europea</b>	1996

Ley N°8042. Aprobación de la convención Interamericana contra armas de fuego	1997
Ley N°7670. Aprobación de la Convención Interamericana contra la corrupción	1996
Ley N°7953. Aprobación de la Convención Interamericana sobre extradición	1981
Ley N° 8042. Convención Interamericana contra fabricación y tráfico ilícito de armas de fuego, municiones, explosivos y otros materiales relacionados.	2000
Ley N° 8071. Convención Interamericana sobre el tráfico internacional de menores	2001
Ley N° 8112. Aprobación del Convenio de cooperación aduanero	2001
Ley N° 8446. Aprobación de la Convención Interamericana contra el Terrorismo	2005
Ley N°8612. Aprobación de la Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes	2007
Acuerdo 35239-RE CR-EEUU. Acuerdo para compartir información para localización, identificación, rastreo e interceptación de aeronaves civiles en espacio aéreo República Costa Rica	2009
Ley N° 8800. Aprobación del Convenio sobre cooperación para la supresión del tráfico ilícito marítimo y aéreo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en el área del Caribe	2010
Ley N°8914. Aprueba Protocolo entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Gobierno de la Federación de Rusia sobre la cooperación en el campo de control de estupefacientes y sustancias sicotrópicas	2010
Ley N° 8919. Acuerdo de Diálogo Político y Cooperación entre la Comunidad Europea y sus Estados Miembros, por una parte y las Repúblicas de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, por otra parte	2010
Ley N° 8920. Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte.	2010
<b>LISTAS DE SUSTANCIAS DE CONTROL INTERNACIONAL</b>	<b>Año Publicación</b>
Lista de estupefacientes sujetos a fiscalización interna UNODC/IFE	2008
Lista de precursores y sustancias químicas UNODC/IFE	2007
Lista de sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización internacional UNODC/IFE	2003
<b>INSTRUMENTOS MODELOS DE GUIAS Y REGLAMENTOS</b>	<b>AÑO APROBACIÓN</b>
Reglamento modelo para el control de sustancias químicas que se utilizan en la fabricación de estupefacientes y sustancias psicotrópicas CICAD/OEA	1999
Reglamento modelo sobre delitos de lavado relacionados con el tráfico ilícito de drogas y otros delitos graves CICAD/OEA	1999
Reglamento Modelo para el Control del tráfico internacional de Armas de Fuego, Sus Partes y Componentes y Municiones – Actualizado CICAD/OEA	2003
Reglamento Modelo para el control de tráfico internacional de Armas de Fuego, sus partes y componentes y Municiones – Disposiciones sobre los Intermediarios Modificaciones CICAD/OEA	2003
Directrices internacionales para la elaboración de reglamentaciones nacionales relativas a los	2003



viajeros que están bajo tratamiento con sustancias sometidas a fiscalización internacional UNODC/IFE	
<b>Reglamento modelo sobre delitos de lavado relacionados con el tráfico ilícito de drogas y otros delitos graves</b> <b>Modificación</b> CICAD/OEA	2004
<b>Modificación</b> <i>Reglamento referente al control de intermediarios de armas de fuego</i> CICAD/OEA	2006
<b>Guía modelo de procedimientos para operaciones marítimas conjuntas de control de drogas</b> CICAD/OEA	2006
<b>GUIA DE REFERENCIA PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE TRAFICO MARITIMO</b> CICAD/OEA	2006
<b>Guía de referencia para profesionales de la salud:</b> <i>prevención y detección de abuso de estupefacientes y sustancias controladas y su desviación a canales ilícitos</i>	2006
<b>Las drogas en el espacio cibernético: Cómo entender e investigar el desvío y la distribución de sustancias controladas a través de Internet</b> CICAD/OEA	2006
<b>Guía Modelo de Referencia para las Inspecciones de Control de Sustancias Químicas.</b> CICAD/OEA	2006
<b>Guía para el control de sustancias químicas en zonas de libre comercio</b> CICAD/OEA	2007
<b>Guía para el control administrativo de sustancias químicas por parte del sector privado</b> CICAD/OEA	2007
<b>Guía de Prácticas Óptimas para Investigaciones de Proveedores de Productos Farmacéuticos</b> CICAD/OEA	2007
<b>Mejores Prácticas sobre el Control Eficaz de Puertos y Narcotráfico Marítimo</b> CICAD/OEA	2007
<b>Directrices para la importación y exportación de patrones de referencia de las drogas y los precursores para uso de los laboratorios nacionales de análisis de drogas y las autoridades nacionales competentes</b> UNODC/IFE	2007
<b>Guía de "Cargo por Servicio" en el control de sustancias químicas</b> CICAD/OEA	2008
<b>Resumen de contenidos curriculares de capacitación para la interdicción técnica, control operativo y administrativo e investigaciones judiciales.</b> CICAD/OEA	2008
<b>Guía para el establecimiento de un programa nacional de control de drogas sintéticas</b> CICAD/OEA	2008
<b>Guía para el Control de efedrina y pseudoefedrina</b> CICAD/OEA	2008
<b>Guía para los profesionales de la salud sobre drogas adulteradas</b> CICAD/OEA	2008
<b>Guía de mejores prácticas para la elaboración de procedimientos aplicables a operaciones marítimas combinadas de control de drogas</b> CICAD/OEA	2008
<b>Elementos para el control de productos farmacéuticos que contienen narcóticos y sustancias psicotrópicas</b> CICAD/OEA	2008
<b>Directrices dirigidas a los gobiernos para prevenir la venta ilegal por Internet de sustancias sometidas a fiscalización internacional</b> UNODC/IFE	2009

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA ACADÉMICA EN GERONTOLOGÍA**

**VIVENCIAS DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON CONSUMO  
 PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REALIDAD  
 INVISIBILIZADA DESDE UNA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA.**

**Anexo N° 9**

**MARCO NORMATIVO NACIONAL VIGENTE SOBRE DROGAS Y ACTIVIDADES  
 CONEXAS (Tomado del Plan Nacional de Drogas 2013-2017, p.64-66)**

NORMATIVA NACIONAL	AÑO APROBACIÓN
<b>LEYES</b>	
Constitución Política de la República	1949
Ley N° 4573 Código Penal	1970
Ley N° 4795 Extradición	1971
Ley N°. 5395 General de Salud (Actualizada en 1998 y en 2000)	1973
Ley N° 5412 Ley Orgánica del Ministerio de Salud	1974
Ley N° 5524 Creación Organismo de Investigación Judicial (OIJ)	1974
Ley N° 7033 Migración y Extranjería	1986
Ley N°.7410 Ley General de Policía	1994
Ley N.º 7425 sobre registro, secuestro y examen de documentos privados e intervención en las comunicaciones	1994
Ley N°. 7442 Creación Ministerio Público	1994
Ley N°. 7530 de armas y explosivos	1995
Ley N° 7558 Ley Orgánica del Banco Central de Costa Rica	1995
Ley N°. 7566 sobre creación del sistema de emergencias 9-1-1	1995
Ley N°. 7594 Código procesal penal	1996
Ley N°. 7728 Modificación Art. 11 Ministerio Público	1997
Ley N°. 7739 Código de la Niñez y Adolescencia	1998
Ley N.º 7957 reforma Art. 8, 97 y 99, adición en Art. 11 y 86 y adición Art. 88 y tres transitorios	1999
Ley N°. 7972 sobre cargas tributarias sobre licores y otros	1999
Ley N.º 8000 creación del servicio nacional de guardacostas, cuerpo policial integrante de la Fuerza Pública	2000
Ley N°. 8096 de fortalecimiento de la policía civilista (adición de nuevos capítulos al Título II de la Ley N. 7410 de 1994)	2001
Ley N°. 8127 Reforma Código Penal	2001
Ley N°. 8143 Adición párrafo Art. 174 Código Penal	2001

NORMATIVA NACIONAL	AÑO APROBACIÓN
Ley N.º 8200 Reformas Ley N. 7425 en Art. 9 autorización de la intervención y Art. 29 consentimiento del titular	2001
Ley N.º 8204- Reforma integral Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo	2002
Ley N.º 8221 Reforma Art.31 Ministerio Público- Fiscalía Penal y de Hacienda	2002
Ley N.º 8289 Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farnacodependencia	2002
Ley N°8373 General de Aduanas	2003
Ley N.º. 8422 Modificación Art. 17 Contra corrupción y enriquecimiento ilícito	2004
Ley N°. 8630 Modificación del Código Penal, Ley N. 4573 y la Ley contra la Corrupción y Enriquecimiento Ilícito N. 8422	2008
Ley N.º 8719 Ley de Fortalecimiento de la Legislación contra el Terrorismo.-	2009
Ley N° 8720 Ley de Protección a víctimas, testigos y demás intervinientes en el proceso pena, reformas y adición al Código Procesal Penal Código Penal y	2009
Ley N° 8754 Ley contra la Delincuencia Organizada.-	2009
DECRETOS	AÑO APROBACIÓN
Decreto N. 28861-MAG Reglamento control medicamentos veterinarios	2000
Decreto N° 31806-MP-RREE Designa al Instituto Costarricense sobre Drogas como Autoridad Central para canalizar las Asistencia Judiciales del artículo 7 de la Convención de 1988.	2004
Decreto Ejecutivo 33070-S Reglamento General del IAFA	2006
Decreto N.34564-H Reformas y modificaciones al Reglamento a la Ley General de Aduanas	2008
SO N° 457-2005 Reglamento Comisión contra Dopaje en el Deporte	2005
Decreto N. 32997-S Manual de normas para la habilitación de establecimientos de atención a personas consumidoras de alcohol y otras drogas mayores de 18 años	2005
Decreto N. 33626 .Reforma Reglamento sobre Custodia y Destrucción de Drogas Estupefacientes, Psicotrópicas y Enervantes	2007
Decreto N. 33670. Reforma Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas	2007
Decreto N. 34063. Reforma al Reglamento para el Otorgamiento y el Control de Licencias para el Manejo de Psicotrópicos y Estupefacientes	2007
Decreto Ejecutivo N° 34501 Designa a la Fiscalía General de la República como la Autoridad Central para canalizar la Asistencia Judicial Recíproca y la Cooperación Técnica, previstas en el Marco de la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional	2008
Decreto Ejecutivo N° 34543 Designa a la Fiscalía General de la República como Autoridad Central para canalizar la asistencia judicial recíproca y cooperación técnica, previstas en el marco de la Convención Interamericana contra fabricación y tráfico ilícitos de armas de fuego	2008
Decreto Ejecutivo N.34582-MP-PLAN.Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo	2008

NORMATIVA NACIONAL	AÑO APROBACIÓN
Decreto N. 34622. Regulación del uso de Fentanilo en Ampollas	2008
Decreto Ejecutivo N° 34784-MSP-S. Declaratoria del consumo de drogas que producen dependencia como problema de salud pública y de interés público y nacional	2008
Decreto Ejecutivo, N° 35383-S. "Norma para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas".	2009
Decreto N°. 36022. Creación del cargo de Comisionado Nacional Antidrogas"	2010
Decreto Ejecutivo N° 36366-SP. Reglamento de Organización del Ministerio de Seguridad Pública	2010
Decreto N° 35864-MEIC. Reglamento de tarjetas de crédito y Débito.	2010
Decreto Ejecutivo N° 36841-MP. Implementación del Sistema de Mediación y Evaluación Interinstitucional(SIMEI)	2011
Decreto N. 36393-G Reglamento de organización y servicio de la policía especial migración	2011
Decreto Ejecutivo N° 36661-MP. Coordinación y ejecución de las políticas, programas y proyectos contemplados en el Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo	2011
Decreto N°36948 MP-SP-JP-H-S. Reglamento General sobre Legislación contra el narcotráfico, actividades conexas, legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y delincuencia organizada	2012
Decreto Ejecutivo N° 37110-S. Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica.	2012
Decreto Ejecutivo N° 37111. Reglamento para el control de drogas estupefacientes y psicotrópicas	2012
OTRAS NORMATIVAS	AÑO APROBACIÓN
Resolución No. DGA-203-2005 del 22 de Junio del 2005 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADUANEROS EN EL MARCO TIC@. Publicado en El Alcance No. 23 a La Gaceta No. 143 del 26 de Julio del 2005-	2005
Reglamento de custodia. CONASSIF Sesión No. 593-2006 del 27 de Julio del 2006. Publicado en La Gaceta No. 156 del 15 de Agosto del 2006	2006
Reglamento: Inscripción ante la SUGEF de personas físicas o Jurídicas que realizan alguna de las actividades del artículo 15 "Ley Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, Legitimación de capital y actividades conexas, Ley 8204 ACUERDO SUGEF 11-06	2006
Circular 62 Entrega de drogas a autoridades foráneas. Corte Suprema de Justicia	2006
Reglamento Para la prevención integral del consumo de alcohol y otras drogas en la Refinadora Costarricense de Petróleo (RECOPE), S.A.	2009
Reglamento 803-C CONASSIF. Modifica "Normativa para el cumplimiento de la "Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado, Legitimación de Capitales y Actividades Conexas", Ley N° 8204	2009
Reglamento de Central Directo. Sesión de Junta Directiva No. 5433-2009 de 12 de agosto del 2009. Publicado en La Gaceta No. 168 de 28 de agosto del 2009	2009
Reglamento 819-C CONASSIF Reforma Normativa Inscripción ante SUGEF de Personas Físicas o Jurídicas que realizan alguna de Actividades del Artículo 15 "Ley Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso No Autorizado, Legitimación Capital y Actividades Conexas, Ley 8204"	2009

NORMATIVA NACIONAL	AÑO APROBACIÓN
Manual de criterios para la distribución de recursos (LEY N° 8718 (ARTÍCULOS 8 Y 13). JUNTA DE PROTECCIÓN SOCIAL. Sesión No. 14-2009 del 19 de mayo del 2009	2009
Reglamento 862 CONASSIF Reglamento sobre administración Integral de Riesgos. Acuerdo SUGEF 2-10, publicado en La Gaceta # 137 del 15/07/10	2010
Reglamento 867- CONASSIF. Reglamento para la calificación de deudores con operaciones otorgadas con recursos del sistema de banca para el desarrollo, Ley 8634	2010
Política de alto nivel para la prevención de la legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo. Banco Central de Costa Rica, Sesión N° 5515	2011
CIRCULAR N° 89-2003. Publicado en Boletín Judicial No. 26 de 7 de febrero del 2011. Secretaría General de la Corte Suprema de Justicia. Asunto: Cumplimiento de disposiciones contempladas en Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado, Legitimación de Capitales y actividades conexas.	2011
CIRCULAR N° 155-11. Publicado en Boletín Judicial No. 247 de 23 de diciembre del 2011. ASUNTO: Sobre la anotación de los bienes decomisados.	2011
CIRCULAR N° 156-2011 Publicado en Boletín Judicial No. 6 de 9 de enero del 2012. Asunto: Manejo de bienes decomisados en asuntos de narcotráfico, legitimación de capitales y crimen organizado.	2011

Fuente: Elaborado por la Unidad de Asesoría Legal. ICD