

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

**Estrategia de Intervención Cognitiva para el cambio en las creencias sobre el consumo
de drogas en mujeres con antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas reclusas
en el CAI Calle Real de Liberia, 2019**

Sustentante

Bach. Gisela Orias García

B24867

Comité Asesor

M.Sc. Maureen Baltodano Chacón

Directora

M.Sc. Miguel Márquez Cueva

Lector

Lic. Jonathan Pérez Rocha.

Lector

Liberia, 17 de julio, 2020



FACULTAD: CIENCIAS SOCIALES

SEDE: GUANACASTE

CARRERA DE: PSICOLOGÍA.

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 065

Sesión Virtual del Tribunal Examinador celebrada el día 17 julio del 2020, con el objeto de recibir la defensa del informe oral de :

ESTUDIANTE	CARNE	AÑO de EGRESO
Gisela Orias García	B24867	2016-2

Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **INVESTIGACION DIRIGIDA (TESIS)**, para optar al grado de Licenciatura en: **PSICOLOGÍA.**

Están presentes los siguientes miembros del Tribunal:

MS.c Luis Castellón Zelaya

En representación del MS.c Wagner Moreno Moreno.
Director Sede Guanacaste.

Presidente.

MSc. Marleny Campos Chaves

En representación de la M.Sc Teresita Ramellini.
Directora de Escuela de Psicología.

Invitada

M.Sc. Mauren Baltodano Chacón

M.Sc Miguel Márquez Cueva

Lic. Jonathan Pérez Rocha

Directora T.F.G.

Miembro del Comité Asesor

Miembro del Comité Asesor

ARTICULO I

El Presidente informa que el expediente del Postulante contiene todos los documentos de rigor. Y declara que la Postulante cumple con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondientes y, por lo tanto, se les solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO II

La Postulante hace la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado: "**Estrategia de Intervención Cognitiva para el cambio en las creencias sobre el consumo de drogas en mujeres con antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas recluidas en el CAI Calle Real de Liberia, 2019**".



ARTICULO III

Terminada la disertación, los miembros del Tribunal Examinador interrogan a la Postulante durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación **Aprobado** y le confiere la calificación de: **9, con recomendación de publicación.**

ARTICULO V

El Presidente del Tribunal le comunica a la Postulante el resultado de la deliberación y la declara acreedora al grado de: **Licenciada en Psicología**

Se le indica la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que será oportunamente convocada. Se da lectura del Acta que firma los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las **3:40 pm.**, se levanta la sesión.

Luis Arturo Castellón

Presidente

[Signature]

Profesora Invitada

[Signature]

Directora T.F.G.

[Signature]

Miembro del Comité Asesor

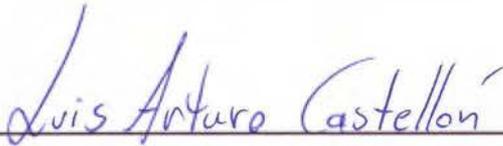
[Signature]

Miembro del Comité Asesor

[Signature]

Postulante

Hoja de aprobación



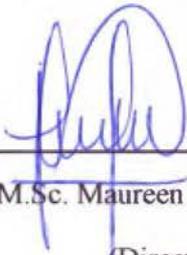
M.Sc. Luis Arturo Castellón Zelaya

(Presidente)



M.Sc. Marleny Campos Chaves

(Profesora invitada)



M.Sc. Maureen Baltodano Chacón

(Directora TFG)



M.Sc. Miguel Márquez Cueva

(Lector TFG)



Lic. Jonathan Pérez Rocha

(Lector TFG)

Dedicatoria

Primero dedico a Dios este proceso que culmina, por brindarme salud y entendimiento para aprender de cada una de las experiencias vividas a lo largo de estos años de formación.

A papi y mami, por darme la oportunidad de estudiar y apoyarme incondicionalmente en cada momento de mi carrera, realmente sin ellos no habría alcanzado este logro.

A mi hija, por ser mi inspiración y motivación para seguir adelante, por enseñarme tanto sobre el amor genuino.

A mi pareja, por su apoyo y amor a lo largo de este proceso, por escucharme y ser ese compañero de vida incondicional.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por la salud para poder llegar a este momento tan importante en mi vida, a mi familia por su amor y apoyo incondicional, por no dejar que me diera por vencida en los momentos más difíciles y por motivarme a seguir adelante, por enseñarme el gran valor de la perseverancia.

Un sincero y profundo agradecimiento a mi equipo asesor Maureen, Miguel y Jonathan por sacar de su tiempo para ayudarme en este proceso tan importante para mí, porque me dieron su consejo, me escucharon, guiaron y siempre tuvieron la mejor disposición. Muchas gracias a M.Sc Maureen Baltodano Chacón por asumir la dirección de este trabajo en su etapa final, a mis lectores M.Sc Miguel Márquez Cueva por sus consejos y Lic. Jonathan Pérez Rocha por su disposición y aportes.

Gracias a mis compañeras de generación, con quienes desde el 2012 iniciamos ese viaje de experiencias y aprendizajes, y que con el pasar de los años se convirtieron en amigas y un gran apoyo. Agradezco a los profesores que a lo largo de la carrera encontraron la mejor manera de transmitir sus conocimientos.

Gracias al Centro de Atención Institucional Calle Real de Liberia por permitirme realizar mi Trabajo Final de Graduación en sus instalaciones y a las mujeres que participaron en el proceso de intervención, por confiarme sus historias de vida.

Índice de contenido

Dedicatoria.....	2
Agradecimientos.....	3
Índice de contenido.....	4
Índice de figuras	6
Índice de tablas	6
Lista de abreviaturas.....	7
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA	17
2.1 Contextualización de la instancia	17
2.2 Antecedentes	18
2.2.1 Internacionales	18
2.2.2 Nacionales	22
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	26
3.1 Consumo y dependencia de sustancias	26
3.1.1 Consumos de sustancias en mujeres.....	27
3.1.2 Cárcel y consumo	30
3.1.3 Experiencia y vivencia	31
3.1.4 Adherencia al tratamiento.....	32
3.1.5 Modelo de estados de cambio de Prochaska y DiClemente	34
3.2 Terapia Cognitiva	35
3.2.1 Modelo cognitivo de Beck	38
3.2.1.1 Esquemas	39
3.2.1.2 Creencias	40
3.2.1.2.1 Creencias nucleares o centrales	41
3.2.1.2.2 Creencias periféricas o secundarias	42
3.2.1.3 Pensamientos automáticos.....	43
3.2.1.4 Distorsiones o errores cognitivos	44
3.2.2 Terapia Cognitiva para el tratamiento de las drogodependencias	46
3.2.2.1 Creencias adictivas	47
3.2.2.2 Craving	48

CAPÍTULO IV. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	50
4.1 Pregunta de investigación	50
4.2 Objetivo General	51
4.3 Objetivos específicos.....	51
CAPÍTULO V. DISEÑO METODOLÓGICO.....	52
5.1 Descripción del tipo de estudio.....	52
5.2 Características de la población y definición de la muestra	52
5.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	54
5.3.1 Grupo focal o grupos de enfoque	54
5.3.2 Entrevista abierta	55
5.3.3 Cuestionario de creencias sobre el <i>Craving</i>	55
5.3.4 Escala de creencias acerca del abuso de sustancias (BSU)	56
5.4 Procedimiento de la estrategia de sistematización y categorización de datos	57
5.5 Protección a las personas participantes.....	59
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	60
6.1 Estrategia de intervención cognitiva.....	60
6.2 Descripción de casos.....	64
6.3 Categorías de Análisis	73
6.3.1 Categoría 1: Creencias sobre la conducta adictiva.....	73
6.3.1.1 Subcategoría 1: Vivencias relacionadas con el consumo.....	73
6.3.1.2 Subcategoría 2: Ideas sobre consumo	77
6.3.1.3 Subcategoría 3: Mitos vs. verdades.....	79
6.3.1.4 Subcategoría 4: Ideas sobre <i>craving</i>	81
6.3.2 Categoría 2: Redes de apoyo.....	83
6.3.2.1 Subcategoría 1: Motivadores para el cambio	83
6.3.2.2 Subcategoría 2: Pérdida de recursos familiares.....	85
6.3.2.3 Subcategoría 3: Falta de cohesión grupal.....	88
6.3.3 Categoría 3: Intervención	89
6.3.3.1 Subcategoría 1: Recaídas	89
6.3.3.2 Subcategoría 2: Manejo de emociones.....	92
6.3.3.3 Subcategoría 3: Proyectos de vida	94

6.3.4	Categoría 4: Dinámica institucional.....	95
6.3.4.1	Subcategoría 1: Influencia del contexto en la adhesión al tratamiento	95
6.3.5	Categoría 5: Efectividad de estrategia.....	97
6.3.5.1	Subcategoría 1: Etapas del cambio.....	97
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES		101
CAPÍTULO VIII. RECOMENDACIONES.....		105
8.1	<i>A funcionarias(os) del CAI Calle Real de Liberia</i>	105
8.2	<i>A futuras intervenciones en el área de las drogodependencias</i>	106
SISTEMA DE REFERENCIAS		107
	Referencias bibliográficas.....	107
	Referencias electrónicas.....	110
CAPÍTULO IX. ANEXOS.....		117
9.1	Anexo 1. Consentimiento Informado Comité Ético Científico UCR.....	117
9.2	Anexo 2. Cuestionario de creencias sobre el <i>CRAVING</i> (CBQ)	121
9.3	Anexo 3. Cuestionario de creencias sobre el abuso de sustancias.....	122
9.4	Anexo 4. Guía de entrevista.....	123
9.5	Anexo 5. Organización de las sesiones de trabajo grupal.....	125

Índice de figuras

Figura 1.	Esquema básico de la Terapia Cognitiva	35
Figura 2.	Esquema del Modelo Cognitivo	43

Índice de tablas

Tabla 1.	Estadios del cambio	33
Tabla 2.	Categorías de análisis	57
Tabla 3.	Organización de sesiones de trabajo	60
Tabla 4.	Participantes que cumplieron las catorce sesiones de trabajo grupal	66
Tabla 5.	Participantes que abandonaron el proceso	70

Lista de abreviaturas

BSU: Siglas, en inglés, del Cuestionario de Creencias sobre abuso de sustancias.

CAI: Centro de Atención Institucional.

CBQ: Siglas, en inglés, de Cuestionario de Creencias sobre el *Craving*.

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

ICD: Instituto Costarricense sobre Drogas.

PANI: Patronato Nacional de la Infancia.

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

RESUMEN

Según estudios realizados por el IAFA y el ICD el consumo de sustancias por parte de la población femenina se ha incrementado, especialmente en alcohol, tabaco, marihuana y crack, lo que ha puesto de manifiesto una necesidad de desarrollar procesos de prevención y tratamiento. Por eso, en este trabajo se desarrolló una estrategia de intervención cognitiva para el cambio en las creencias sobre el consumo de drogas en mujeres con antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas, recluidas en el CAI Calle Real de Liberia, aplicada en el año 2019. Debido a que en Costa Rica se han realizado pocos estudios relacionados con el consumo en mujeres en condición de privación de libertad, la investigación fue de tipo exploratoria para conocer aquellos factores que intervienen en el consumo de estas.

La estrategia de intervención estuvo diseñada desde el enfoque cognitivo, específicamente desde el modelo propuesto por Beck (1999), donde se plantea que existe una relación entre las cogniciones, las emociones y las conductas, por lo que la conducta adictiva se encuentra mediada por creencias específicas presentes en las personas con dependencia a sustancias psicoactivas.

Esta investigación se realizó mediante una metodología cualitativa, ya que se tomaron en cuenta las vivencias de las participantes en torno al consumo, para comprender la construcción e interpretación que ellas les daban a sus realidades. La estrategia de intervención estuvo conformada por catorce sesiones de trabajo grupal, en las que se abordaron temas sobre conceptos de droga y sus efectos, *craving* y estrategias para afrontarlo, creencias adictivas, emociones, motivación, proyectos de vida, entre otros. Además, se implementaron dos cuestionarios de Beck (1999), a saber: el cuestionario de creencias sobre el *craving* y el cuestionario de creencias sobre el abuso de sustancias, y se realizó una entrevista en profundidad y una sesión de grupo focal.

Dentro de los resultados se destaca lo siguiente: se contó con la participación de ocho mujeres recluidas en el CAI Calle Real de Liberia, con edades de los 29 a los 51 años de edad; la mayoría se encontraba descontando pena por faltas a la Ley de Psicotrópicos, eran policonsumidoras; es decir, consumían diferentes tipos de sustancias psicoactivas, y tenían un periodo de abstinencia que iba de los cero meses al año; de las ocho mujeres que iniciaron, cinco lograron culminarlo y tres abandonaron.

Los cambios en las creencias adictivas de las participantes se interpretaron de acuerdo con el modelo de Prochaska & DiClemente (1982), en el que se propone que la persona consumidora pasa por diferentes estadios para el cambio. Al inicio de la intervención las mujeres se encontraban en diferentes estadios; aquellas que estaban precontemplativas fueron quienes abandonaron prematuramente el proceso, mientras que las que se encontraban en un estadio de contemplación o acción, lograron identificar aquellas creencias relacionadas con su consumo, y buscar la manera de modificarlas por otras más adaptativas.

Dentro de las conclusiones se destaca lo siguiente: en el caso de las participantes, cabe cuestionar si las familias representan un factor de riesgo para las recaídas, pues, fue dentro de estas, en las que se desarrolló la conducta, y en la mayoría, existe una reproducción de patrones; además, el contexto institucional influyó en gran medida en la adherencia al tratamiento de las participantes, debido a la latente preocupación de que la información brindada llegara a los funcionarios del centro penal; en el trabajo con mujeres el tema de la educación emocional es de gran importancia, ya que muchas de sus conductas adictivas se relacionan con el manejo inadecuado de sus emociones.

Palabras claves: intervención, cognitiva, cambio, creencias, sustancias psicoactivas, mujeres, consumo de drogas.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas debe ser visto como un fenómeno presente en toda la sociedad, el cual se ha convertido en una conducta que, motivada por problemas individuales, suele impactar de manera significativa en la forma en que el individuo se relaciona con su entorno y viceversa. (UNODC, 2016). Por ello, es necesario trabajar con los factores individuales, como lo son las creencias sobre el consumo y las conductas adictivas, así como identificar el momento de cambio en el que se encuentra la persona, para adecuar el tratamiento según las herramientas, la motivación y la conciencia del problema que esta tenga, propiciando cambios en sus cogniciones, para que estos, a su vez, influyeran en sus conductas y emociones, lo que directa e indirectamente tendrá un impacto en el entorno inmediato de ella, propiciando espacios generadores de cambios que, eventualmente, beneficien a otros.

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, desde 1990, realiza estudios quinquenales, en los que puede verse un incremento en el uso de sustancias como el alcohol, el tabaco, la marihuana y el crack; este aumento en el consumo demuestra la necesidad de desarrollar procesos de prevención y tratamiento. Lo anterior se puede observar en la VI Encuesta Nacional Sobre el Consumo de Drogas en Costa Rica del 2015, realizada por ese Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2018), donde hay una prevalencia del 20,7%, la cual aumentó en comparación con la encuesta del 2010, que tenía un porcentaje del 16,2%.

Además, el Instituto Costarricense sobre Drogas (2015) señala que la mayoría de los estudios realizados en torno al consumo son llevados a cabo en la población general, dejando excluida a la de condición carcelaria y de calle, lo que constituye un problema

adicional, no solo porque se desconocen las variables particulares que afectan a esta población, sino porque esto dificulta la creación de propuestas de intervención efectivas que posibiliten el cambio.

Dado que la investigación fue desarrollada dentro del CAI Calle Real de Liberia, con población femenina sentenciada, resulta necesario aclarar el propósito de este tipo de centros. Al respecto, Guido & Castillo (2013) señalan que “la función social de las cárceles es rehabilitar al individuo para insertarlo nuevamente a la sociedad, cambiando así la conducta que lo llevó a perder el derecho de libertad” (p. 10), por lo que la propuesta de intervención viene a contribuir con dicha función, ya que, como se detalla en el siguiente párrafo, la mayoría de los delitos asociados al encarcelamiento de mujeres se encuentran relacionados con faltas a la Ley de Psicotrópicos.

Por eso, resulta interesante analizar la situación de consumo en mujeres privadas de libertad, porque en el contexto costarricense existen pocos estudios en población femenina relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Uno de los de mayor relevancia fue el realizado por el Instituto Costarricense sobre Drogas (2014), en el que intentaron mostrar un vínculo entre delito y consumo; en el mismo establecieron que el 57% de la población femenina sentenciada purgaba delitos contra la Ley de psicotrópicos, y el 68% indicó que el delito que cometieron estaba relacionado con la droga, ya sea para conseguir para su consumo o para darse ánimos para cometer el delito. Sin embargo, en este estudio no se abarcaron aspectos relacionados con el tratamiento de las drogodependencias. Además, no se encontraron otros estudios de este tipo, o relacionados con el tratamiento que se hubieran realizado dentro del Centro de Atención Institucional Calle Real de Liberia en población femenina.

Por su parte, el tema del consumo en mujeres se ve influenciado por el contexto machista en el que se desarrolla la mujer costarricense, donde se le ha otorgado a ella un rol pasivo, lo que puede tener como resultado la invisibilización de su consumo y posible abuso de sustancias psicoactivas; este factor puede verse reflejado en el hecho de que la mayoría de los estudios, a nivel nacional, han brindado mayor relevancia al consumo en población masculina. Lo anterior pudo influir en la construcción de ciertas creencias asociadas a las drogodependencias. En relación con esto, Bejarano (2005a) señala que la brecha entre el consumo de hombres y mujeres, que ha existido durante mucho tiempo por la mayor permisividad al hombre, es cada vez menor, debido a que en los últimos años existe una mayor proporción de la población femenina que consume alcohol.

Para Ruiz-Olivares (2016), las mujeres cada vez consumen más, según datos epidemiológicos. No obstante, existe muy poca incidencia en la asistencia a tratamiento y, cuando asisten, hay una dificultad de adherencia a este, y el abandono suele ser frecuente; este es un factor poco estudiado en el contexto costarricense, por lo que la presente investigación viene a brindar un aporte en la comprensión de los factores cognitivos que influyen en el tratamiento de mujeres con antecedentes de consumo, recluidas en el CAI Calle Real de Liberia.

Sobre el consumo de sustancias psicoactivas dentro de los centros penitenciarios existe todo un tabú, pues socialmente está presente la idea que por la condición de internamiento y aislamiento, estas personas no tienen acceso a drogas; sin embargo, esto no es necesariamente así, tal como lo demuestra el Instituto Costarricense sobre Drogas en su encuesta del 2014, realizada a mujeres en condición de sentenciadas en el Centro de Atención Integral Vilma Curling Rivera (antes conocido como el Centro Penal Buen Pastor), donde se señala que:

Según la percepción de las personas encuestadas, la sustancia que se consume más dentro del penal en orden de importancia es el tabaco (48,4%), seguida por el crack (42%), la marihuana (40,9%) y en el tercer puesto la cocaína (40,7%). La mayoría (52%) ha visto consumir drogas a más de la mitad de sus compañeras en el recinto penal y en la mayoría de ocasiones (61%) ese consumo les afecta. Un 74% indica que conseguir drogas dentro del penal es de ‘fácil o muy fácil’ y un 39% opina que la violencia que se presenta dentro del centro penal se relaciona ‘en mucho’ con el consumo de drogas. (p. 2).

El dato anterior brinda un panorama de la situación de consumo dentro de los centros penales, específicamente el de la población femenina, quien indica que el acceso a drogas dentro de las penitenciarías es fácil, por lo que el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias es de vital importancia, tanto a nivel preventivo como de rehabilitación. Dicha condición de consumo, dentro de los centros penales, no solamente tiene un impacto en las condiciones individuales de las mujeres a nivel cognitivo, emocional y conductual, sino que también interfiere con el cumplimiento de la función principal de las cárceles.

En lo que respecta a la atención de las drogodependencias dentro del CAI Calle Real de Liberia, estas “*se trabajan transversalmente en talleres sobre habilidades para la vida, violencia sexual y otros*” (Sánchez Araya, E., comunicación personal, 11 de setiembre del 2018), sin que se llegue a profundizar en los mismos, de manera que surge la necesidad de brindar un abordaje más amplio a ciertas temáticas relacionadas con el consumo y abuso de drogas; por esto, la presente propuesta interventora viene a contribuir al área de

Psicología de la institución en el tema de las drogodependencias, y en generar estilos de vida saludable y adaptable socialmente.

Esta investigación estuvo dirigida desde un enfoque cognitivo, el cual plantea que existe una relación entre las cogniciones, las emociones y la conducta, de manera que, si se modifica uno de estos, tiene repercusiones en el otro. Se seleccionó este enfoque, debido a que es uno de los que ha mostrado mejores resultados para el tratamiento y rehabilitación, además, por ser un abordaje sistemático de corta duración centrado en objetivos, que busca “enseñar a los pacientes a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas” (Beck et al., 1999, p. 38), que posibilite cambios positivos, no solo en relación con el consumo de sustancias, sino del estilo de vida en general. Se tomó como referencia de este enfoque la Terapia Cognitiva de las Adicciones de A. Beck, quien brindó grandes aportes en la comprensión de los factores cognitivos, que se encuentran involucrados en las conductas adictivas, así como técnicas e instrumentos.

En relación con la eficacia de este enfoque, Sánchez-Hervás, Tomás & Marales (2004) concluyeron que los tratamientos que han demostrado ser efectivos en el abuso y la dependencia de drogas se corresponden, fundamentalmente, con terapias de orientación cognitivo-conductual. Además, consideran que una de las líneas de investigación más prometedoras, en los últimos años, sobre psicoterapia en conductas adictivas, ha sido el desarrollo de los modelos de cambio, lo cual ha sido incluido dentro de la presente propuesta.

Metodológicamente, la presente investigación estuvo orientada desde un enfoque cualitativo, el cual pone principal énfasis en rescatar las vivencias y experiencias de las

participantes. Fue desarrollada en el CAI Calle Real de Liberia, con un grupo de ocho mujeres con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se les aplicó una estrategia de intervención cognitiva, dirigida al cambio en las creencias sobre el consumo de sustancias psicoactivas, compuesta por catorce sesiones de trabajo.

Las técnicas e instrumentos empleados fueron: un grupo focal, en el que se obtuvieron datos generales sobre las participantes, una entrevista abierta, para extraer información que no surgiera durante las sesiones de trabajo, para conocer la percepción del cambio por parte de las participantes, y dos cuestionarios de Beck (cuestionario de creencias sobre el *craving* y cuestionario de creencias sobre el abuso de sustancias) como complemento a las entrevistas. Toda la información recolectada fue organizada y sistematizada para su posterior análisis.

La estructura del presente documento se plantea en función de los criterios definidos en la Guía de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, iniciando con el marco referencial, donde se observan la contextualización del CAI Calle Real de Liberia y los antecedentes internacionales y nacionales en los que se exponen investigaciones similares.

Seguidamente, se encuentra el marco teórico-conceptual, en el que se detallan los elementos de la terapia cognitiva y del modelo de Beck, así como otros conceptos relacionados con la temática, que sirven como base para el diseño de la propuesta.

En el apartado de resultados se exponen los principales hallazgos de la investigación; dentro de estos se encuentran la descripción de los casos y la organización de la información en cinco categorías de análisis.

El siguiente apartado se compone de las principales conclusiones a las que se llegó, posterior a la implementación de la estrategia de intervención cognitiva, aplicada a la población femenina recluida en el CAI Calle Real de Liberia, seguidas de una serie de recomendaciones dirigidas al centro penitenciario en el que se llevó a cabo la intervención, y para futuras investigaciones. Por último, se encuentran las referencias bibliográficas y electrónicas, más el apartado de anexos.

CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Contextualización de la instancia

El sistema penitenciario costarricense se encuentra dividido en diferentes programas; uno de estos es el programa de contención física, al cual pertenecen centros como: Centro de Atención Institucional la Reforma, Centro de Atención Institucional Vilma Curling Rivera (Buen Pastor), Centro Penitenciario de Atención Institucional Carlos Luis Fallas en La Leticia Pococí, Centro Penitenciario de Pérez Zeledón y Centro de Atención Institucional Calle Real de Liberia, entre otros.

De los centros mencionados anteriormente, solamente dos reciben y cuentan con módulos para la atención de población femenina, a saber, el Centro de Atención Institucional Vilma Curling Rivera (anteriormente conocido como CAI Buen Pastor) y el CAI Calle Real Liberia; este último atiende población mixta desde el 13 de agosto de 2001, y es considerado como la primera cárcel de mujeres fuera de la Gran Área Metropolitana.

A partir de 2001, dicha sección de mujeres privadas de libertad, en el CAI Calle Real de Liberia, disponía de una capacidad para 20 personas. Con el pasar de los años, y por disposición de la Dirección del Centro, se ha ampliado el mismo; para octubre de 2018, el Centro de Atención Institucional contaba con aproximadamente 26 privadas de libertad en calidad de sentenciadas, quienes son mujeres que están descontando penas de diez años o menos, por lo que tienen un perfil de baja contención.

Para permanecer en este centro deben cumplir con un acta de compromiso, la cual consiste en un tipo de contrato que ellas leen y firman antes de formalizar el proceso de traslado al centro penitenciario. De igual manera, las privadas deben hacer la solicitud de

traslado al centro. Al momento de la investigación -noviembre de 2018- hasta febrero de 2019, el centro contaba con capacidad para 28 privadas de libertad.

Cabe enfatizar que las características de las privadas de libertad no estaban definidas previamente a la investigación, debido a la dinámica misma de la institución, en la que es necesaria una serie de permisos previos, por lo cual hubo que esperar al ingreso de la investigadora en el CAI Calle Real de Liberia, para determinar las particularidades de las mujeres reclusas.

Dentro del CAI Calle Real de Liberia, se brinda atención semanal para la población privada de libertad en los siguientes departamentos: Jurídico, Psicología (con una orientación de intervención en crisis), Orientación y Trabajo Social.

En lo que respecta a la atención de las drogodependencias, estas *“se trabajan transversalmente en talleres sobre habilidades para la vida, violencia sexual y otros”* (Sánchez Araya, E., comunicación personal, 11 de setiembre del 2018), sin que se llegue a profundizar en los mismos, de manera que surge la necesidad de brindar un abordaje más amplio a ciertas temáticas; dentro de estas se encuentra el tema del consumo y abuso de drogas.

2.2 Antecedentes

2.2.1 Internacionales

Sánchez, Rosa & Olivares (1999) presentan los resultados de un estudio metaanalítico acerca de la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de sujetos con problemas clínicos o de salud. Estos autores distinguieron tres grandes grupos de terapias cognitivo conductuales: 1) Las terapias centradas en crear habilidades a la hora de enfrentarse y manejar las situaciones problema, las cuales están enfocadas en

entrenar al sujeto en habilidades que le capaciten para abordar con éxito diferentes problemas. 2) Las terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva. (Beck, 1976; Ellis, 1980; Meichenbaum, 1977). Las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los sujetos, poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Dentro de ellas están la terapia cognitiva de Beck (1976), la terapia racional emotiva de Ellis (1980), la reestructuración racional sistemática de Goldfried & Goldfried (1987), y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1977). Por último: 3) Las terapias centradas en modificar la forma de abordar situaciones para las que el sujeto no tiene solución. Dentro de este estudio se señalan los beneficios de las técnicas cognitivas en el tratamiento de diversos trastornos, pues, por la estructura de este tipo de terapias, han puesto de manifiesto mayor eficacia.

Una revisión bibliográfica de los modelos y programas de tratamiento más utilizados en adicciones, para plantear un modelo general de abordaje, realizada por Sánchez-Hervás, Tomás & Marales (2004), muestra que los modelos de tratamiento psicoterapéutico en adicciones, que utilizan como referente el modelo transteorético de cambio de Prochaska & DiClemente, pueden ser útiles en el tratamiento de las personas con problemas por consumo de drogas, ya que integran intervenciones y técnicas como: psicoeducación, motivación, concienciación, manejo del craving, prevención de recaídas y otras técnicas cognitivas y conductuales.

Estos autores llegan a las siguientes conclusiones: primero, que los programas de tratamiento, que han demostrado ser efectivos en el abuso y la dependencia de drogas, se corresponden fundamentalmente con terapias de orientación cognitivo-conductual; segundo, que se han validado terapias para la dependencia al alcohol, nicotina,

benzodicepinas, heroína y cocaína. Además de la validación de tratamientos efectivos en los trastornos por consumo de sustancias, Sanchez-Hervás, Tomás & Marales (2004) consideran que una de las líneas de investigación sobre psicoterapia en conductas adictivas más prometedoras, en los últimos años, ha sido el desarrollo de los modelos de cambio; por lo que la integración o combinación de terapias validadas en estos modelos puede aumentar la eficiencia de los tratamientos.

López (2005), en su estudio, realiza una evaluación de los programas de tratamiento de las dependencias; el mismo se encuentra dividido en dos partes, una revisión teórica y posteriormente una evaluación empírica. En la parte teórica se aborda el marco conceptual de la Comunidad Terapéutica, y de la evaluación de los programas de tratamiento de las dependencias. Posteriormente, se presenta la evidencia existente sobre la eficacia de los programas de tratamiento de las dependencias en general.

Los resultados de la investigación realizada por López (2005) destacan lo siguiente: se habla de que, superado el primer periodo de tres meses de tratamiento, las mujeres presentan casi el doble de probabilidades de finalizar el tratamiento que los hombres. Estas mujeres que finalizan el programa han convivido, en mayor medida que el resto, con una pareja que consumía alcohol, hachís, heroína y cocaína. Asimismo, ha sido esta pareja la que ha dado la idea de acudir al tratamiento valorado. En cuanto a la población, se destaca que cuenta con un grado de escolarización bajo, con un fuerte componente de fracaso escolar, baja cualificación laboral, y cuya vida laboral se vio afectada por la drogodependencia.

En otro estudio, realizado por Salazar (2009), se revisaron los aspectos generales del *craving*, y se destacó su importancia para la adherencia al tratamiento en adicciones. De igual manera, se revisaron las diferentes estrategias cognitivo-conductuales para el manejo

del *craving*, las cuales incluían: detención del pensamiento, técnicas de distracción, control y programación de actividades, entrenamiento en relajación, técnicas de imaginación, desensibilización sistemática, autoinstrucciones y discusión de ideas irracionales. El mismo fue una revisión meramente bibliográfica sobre factores y técnicas que pueden influir en la adherencia al tratamiento.

Rojas, Real, García-Silberman & Medina-Mora (2011) realizaron una revisión bibliográfica sobre los tratamientos para tratar la farmacodependencia en México; sus conclusiones apuntan a que una gran parte de los tratamientos, evaluados mediante ensayos clínicos, han sido breves, de corte cognitivo-conductual, y la mayoría de los investigadores que los han llevado a cabo son psicólogos y médicos.

En el estudio antes mencionado, Rojas et al. (2011) encuentran que el consumo de sustancias con potencial adictivo es un problema relevante de salud, que en México el abuso se está extendiendo, y el uso de servicios es poco frecuente. Por eso, consideran que ampliar la oferta y la accesibilidad al tratamiento significa aumentar la cobertura, y garantizar que se apliquen modelos eficaces y efectivos. En dicho estudio se realizó una revisión de la bibliografía publicada, de 1980 al 2010, en bases de datos y centros de documentación especializados. En los resultados señalan que localizaron 220 publicaciones sobre tratamiento en México, de las cuales solo 26 (el 11,8%) correspondieron a ensayos clínicos para evaluar el impacto de diferentes intervenciones. El tipo de tratamiento más utilizado fue el cognitivo-conductual breve, seguido por su combinación con terapia de reemplazo, terapia farmacológica y psicoterapia. También se evaluó la terapia breve motivacional, el programa de «La familia enseñante» y la terapia centrada en soluciones. Asimismo, los autores enfatizan en la necesidad de implementar programas dirigidos a

poblaciones específicas y acordes con cada tipo de droga, así como la relevancia de generar investigación científica aplicada a la evaluación de las intervenciones.

Ruiz-Olivares (2016) considera que el consumo de drogas sigue siendo, en la actualidad, uno de los problemas de salud que más preocupa a la sociedad, pues, según los datos epidemiológicos realizados recientemente en España, las mujeres cada vez consumen más. No obstante, en cuanto a la asistencia a tratamiento, no es tanta la incidencia y, cuando asisten, hay una dificultad de adherencia al tratamiento, y el abandono del mismo suele ser frecuente. Por esto, este autor considera la importancia de cubrir las necesidades particulares de las mujeres drogodependientes. En este sentido, a nivel empírico, se han iniciado algunos trabajos de investigación, para tratar de indagar las posibles diferencias que puedan presentar hombres y mujeres en el tratamiento de las drogodependencias, así como proponer algunos tratamientos específicos para mujeres. Dicha investigación tuvo como objetivo analizar los elementos que caracterizan a las mujeres drogodependientes, establecer qué aspectos hay que tener en cuenta en la intervención con ellas, a partir de las investigaciones que se han realizado o se están estudiando, y proponer su aplicación a nivel práctico, además de señalar futuras direcciones de investigación.

2.2.2 Nacionales

A nivel nacional, existen muy pocas investigaciones realizadas en población femenina respecto al tratamiento de las drogodependencias. Se hizo una exhaustiva revisión en diferentes bases de datos, como las que ofrecen la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional de Costa Rica. De igual manera, se realizaron búsquedas en bases de datos en línea como Redalyc, Scielo, encuestas e investigaciones hechas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, entre otras. Sin embargo, solamente se

encontraron tres investigaciones relacionadas con el consumo en mujeres, las cuales se detallan a continuación.

Una investigación realizada por el Instituto Costarricense sobre Drogas (2014), en el CAI Vilma Curling Rivera (conocido como Buen Pastor), mostró los índices de prevalencia de consumo en 575 mujeres privadas de libertad encuestadas durante el año 2013; además, buscó establecer la relación entre droga y delito en esta población. Este fue un estudio de tipo transversal, descriptivo, y dentro de los resultados se indicó que el 90% de la población tiene un nivel educativo de secundaria incompleta o inferior, el 87% es de mujeres en edad productiva y reproductiva, el 57% purga penas contra la Ley de Psicotrópicos, un 52% ha visto consumir a más de la mitad de sus compañeras dentro del centro penal. Las encuestadas percibieron que las drogas mayormente consumidas por sus compañeras fueron el tabaco (48,4%), el crack (42,5%), el alcohol (27,3%), y un 74% indicó que conseguir drogas dentro del centro penal es de fácil a muy fácil. Esta investigación pone en evidencia que la condición carcelaria no es un impedimento para tener acceso a diversos tipos de drogas. En cuanto al tema del tratamiento de las drogodependencias en este centro penal específico, el Instituto Costarricense sobre Drogas (2014) destaca lo siguiente:

La mayor parte de las encuestadas declara no haber necesitado recibir tratamiento médico o de otro tipo derivado de su consumo de drogas (57%) ni tampoco han estado internadas por complicaciones físicas o mentales asociadas al consumo (64%). La mayoría también declara que no necesita recibir ningún tratamiento para el consumo actual de drogas (55%) [...] Sin embargo, salta la interrogante de si esta sensación generalizada de poca percepción de riesgo y daño, no se derive de alguno o varios de los siguientes factores:

- Su consumo de sustancias no es en realidad un consumo problemático ni se ha llegado a la dependencia o adicción.
- De tener alguna dependencia o adicción, ¿no será su respuesta fruto de la negación que generalmente acompaña esa dependencia?
- Su persistente marginalidad y falta de costumbre por reclamar los derechos mínimos que su humanidad tiene, les impida percatarse del beneficio que podría reportarles el disfrute de algún tipo de ayuda y acompañamiento para liberarse del consumo de estas sustancias. (pp. 40-41).

En el trabajo de Bejarano (2005a) se señala que, a lo largo de los años, los hombres han mostrado índices más altos de consumo de alcohol que las mujeres, considerando el contexto machista en el que se desarrolla Costa Rica, y la manera en que este factor puede tener gran influencia en los índices de consumo analizados por género. Además, menciona que dicha diferencia de consumo por género ha evidenciado una tendencia a disminuir, a medida que los patrones de consumo se han vuelto cada vez más similares entre las mujeres jóvenes y los hombres. Esta investigación contribuye a mostrar esta tendencia en el aumento de consumo de alcohol en la población femenina; no obstante, se encuentra más centrada en reflejar las conductas violentas dentro de parejas sentimentales vinculadas al consumo.

En la encuesta sobre consumo de alcohol en el país, realizada por Bejarano (2012b), se detalla que la incidencia en mujeres para el 2010 es de 70,5 por mil, con una edad promedio de inicio de consumo de 18,5 años. Respecto al consumo problemático del alcohol, el 12% de la población que consume corresponde a mujeres que presentan esta

condición. Este estudio indicó la incidencia y prevalencia del consumo de alcohol en la población femenina; sin embargo, no contiene datos sobre el tratamiento.

Como pudo observarse en las investigaciones antes descritas, el tema de tratamiento en mujeres que presentan consumo problemático de drogas ha sido poco estudiado, dificultando el acceso a abundante información sobre este, por lo que se puede considerar que este tema en población femenina, a pesar de su aumento a lo largo de los años, sigue siendo un tabú, posiblemente debido a que, a nivel social, tiene mayor aceptación el consumo en hombres que en mujeres.

Esta investigación está dirigida a analizar y generar cambios en las creencias que subyacen al consumo en la mujer en situación carcelaria. Resulta interesante indagar sobre los factores que influyen en esta población que se encuentra vulnerable y que, como se ha observado, no ha sido el foco de atención de una realidad nacional, en la que la mayoría de los datos que se tienen son recolectados en población masculina en condición de libertad.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

3.1 Consumo y dependencia de sustancias

Según la Organización Mundial de la Salud (2004): “la dependencia es un trastorno causado por el consumo de sustancias psicoactivas, que trastornan los procesos cerebrales perceptuales, emocionales y motivacionales normales” (p. 13), lo cual puede influir no solo en la persona que consume la sustancia, sino también en otras áreas de su vida, como la familia, el trabajo, entre otras.

Al hablar de dependencia a sustancias, se debe tener claro que en el proceso interviene una serie de factores (biológicos, culturales, sociales) que facilitan el uso y abuso de determinada droga. De modo que “el desarrollo de la dependencia puede considerarse como parte de un proceso de aprendizaje, en el sentido de que las interacciones entre las sustancias psicoactivas y los entornos asociados a ellas producen cambios de conducta perdurables”. (OMS, 2004, pp. 19-20). Por ejemplo, cuando una persona ingiere una sustancia psicoactiva, esta genera un efecto a nivel cerebral, que puede ser interpretado por ella de dos maneras: como algo gratificante o, por el contrario, aversivo; en el primer caso, cuando la droga se vuelve un estímulo gratificante, aumentan las probabilidades de que se repita la conducta.

Asimismo, dentro del informe de la OMS (2004) sobre el consumo de drogas, esta considera que uno de los aspectos investigados por la neurociencia es cómo actúan las sustancias psicoactivas en términos de la herencia biológica común a todos los seres humanos; el contrapunto a esto es la investigación genética, centrada en las diferencias individuales de la acción de las sustancias que son atribuibles a diferentes herencias genéticas. Además de los factores sociales y culturales, hay diferencias en la dotación

genética que explican una considerable proporción de la variación individual en el consumo y la dependencia de las sustancias psicoactivas.

Generalmente, al hablar de dependencia, una de las palabras comúnmente usadas es “adicción”; empero, la American Psychiatric Association (2014) deja de utilizar la palabra “adicción” como término diagnóstico en DSM-V, sustituyéndola por la expresión “trastorno por consumo de sustancia”, la cual es más neutra para describir la amplia gama de posibilidades de un trastorno, que puede ir desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo. Cabe señalar toda la estigmatización que conlleva el calificativo “adicto”, que resta importancia al sujeto como ser humano y lo coloca en una posición de señalamiento social, por no cumplir con los roles establecidos.

3.1.1 Consumos de sustancias en mujeres

Este es uno de los conceptos medulares que se contemplan en la presente investigación. Para García-Mina & Carrasco (2006), los usos de drogas y las drogodependencias han sido menos estudiados en el colectivo femenino, y es menos probable que las mujeres participen en ensayos clínicos sobre el estudio de fármacos o de sustancias psicoactivas. Estos autores indican que el interés sobre el consumo de drogas femenino, y las consecuencias derivadas, se han centrado en las repercusiones para la maternidad y para el sistema familiar, no tanto para las mujeres en sí mismas. Se ha propuesto que los problemas y factores de riesgo son los mismo en ambos sexos, cuando no lo son, y se han marcado diferencias biológicas y psicológicas cuando estas diferencias son socioculturales, y reflejo del papel que ocupa la mujer en la sociedad.

El tema del consumo en mujeres se encuentra inmerso en un sinfín de estereotipos sobre el papel que debe ocupar la figura femenina en la sociedad; es decir, socialmente se establece que la mujer debe jugar un rol pasivo, dedicada a la vida familiar, a atender a su pareja y a los hijos, por lo que la dependencia a ciertas sustancias psicoactivas viene a romper con dichas expectativas sociales, lo cual puede derivar en que estos temas sean manejados en el seno familiar, ocultándolos con tal de no ser objetos de señalamiento.

Aunado a lo anterior, dichos estereotipos sociales ponen a la mujer en una posición de desventaja frente al hombre, creando el tabú alrededor de la forma en cómo llega una mujer a volverse dependiente a determinada sustancia psicoactiva, de manera que:

[...] la afirmación de que las mujeres se convierten más rápidamente en adictas no está fundamentada ni hace diez años ni ahora. Se trata de un estereotipo que impregna nuestros enunciados científicos sobre el consumo de drogas en las mujeres, de una reducción a la vulnerabilidad biológica para justificar y explicar la dependencia de las drogas. (García-Mina & Carrasco, 2006, p. 16).

Se desvía, así, la atención, y se disminuye la posibilidad de búsqueda de ayuda profesional.

Son diversas las consecuencias que acompañan a la persona que presenta una condición de drogodependencia, tales como la pérdida de recursos personales, familiares y sociales (comunes a todos los consumidores), pero la mujer en particular debe soportar el juicio social, debido a su asignación de rol por su género, exponiéndola a una mayor censura y crítica.

Barreda et al. (2005) consideran los siguientes factores sociales, relacionados con el tema de mujeres y adicciones:

- Soporta mayor presión social, al valorarse con mayor prejuicio su abuso o dependencia a sustancias.
- Presenta un bajo concepto de autoeficacia y una actitud pesimista acerca de la posibilidad de cambio.
- La valoración específicamente negativa de la conducta de consumo, en la mujer, facilita el desarrollo de estereotipos.
- Conducta valorada como moral o éticamente inaceptable.
- Pérdida de la valoración positiva y estima social inherente al cumplimiento de su rol.
- Percepción social distorsionada en relación con la conducta sexual, falta de autocontrol, entre otros.
- La percepción de que una mujer adicta al consumo de sustancias psicoactivas es una persona “marcada” o “rota” de forma permanente, que no puede asumir el rol de mujer “socialmente aceptable”.

Se ve cómo el abuso de sustancias psicoactivas en mujeres no se limita al consumo como tal, sino que se analiza desde el incumplimiento de su rol pasivo impuesto por la sociedad, a lo que Barreda et al. (2005) agregan otros factores, como la menor permisividad social con que cuenta la mujer en el marco de su rol, la cual ha supuesto un menor acceso de las mujeres a tratamiento, y menor capacidad de las redes de atención para objetivar la problemática de la mujer y generar una respuesta adecuada, lo que lleva al silenciamiento del problema por parte de la mujer. Los valores masculinos han sido asociados a estatus y roles en la esfera pública, mientras que los de las mujeres se presentan en la privada, lo que dificulta la expresión del problema, quedándose recluida en dicha esfera; además de la escasa demanda de solicitud de ayuda, negando, en muchas ocasiones

activamente, la existencia del problema. Por lo anotado, estos autores señalan que la mujer drogodependiente se encuentra en clara desventaja a la hora de acceder a tratamiento o a algún tipo de ayuda, por el riesgo colateral que supone de fracaso, aislamiento y pérdida de la valoración positiva en cuanto al rol de género, lo cual se relaciona con peor situación económica, laboral y con familiares a su cargo.

Es por lo anterior que se debe considerar que la raíz de la dependencia es multicausal, tal como lo plantea Ruiz-Olivares (2016), quien considera que la mujer, con dependencia a sustancias psicoactivas, presenta una problemática biopsicosocial asociada que complica su tratamiento, haciéndolo menos accesible. Dichas características hacen que la evolución del consumo de las mujeres y sus necesidades específicas condicionen su tratamiento. Este autor señala que, a nivel fisiológico, las mujeres suelen acudir al tratamiento con mayor severidad de sintomatología, en comparación con los hombres.

3.1.2 Cárcel y consumo

La condición de privación de libertad, de las participantes de la investigación, fue uno de los factores más importantes. En el caso de Costa Rica particularmente, según el Instituto Costarricense sobre Droga (2015), los estudios sobre consumo de drogas en la población de este país han sido realizados por IAFA, los cuales se han venido realizando cada cinco años desde 1990, y en estos se ha tomado como muestra la población general; sin embargo, se han dejado por fuera a la población carcelaria y a la que está en condición de calle.

Tal como lo señala el Instituto Costarricense sobre Drogas (2015), los usuarios de drogas también representan una parte de la población carcelaria:

Los estudios muestran que la mayoría de privados de libertad han usado alguna vez en su vida drogas ilícitas y muchos tienen problemas de adicción. Si bien es cierto que muchos individuos cesan o reducen su consumo cuando son enviados a prisión, otros más bien inician o recaen en el consumo de drogas al ser encarcelados. (p. 5).

Por su parte, en un estudio realizado por IAFA, en el 2014, a mujeres privadas de libertad, se indica que el 57% de los delitos por los que fueron sentenciadas eran contra la Ley de Psicotrópicos, a diferencia de los hombres, que puntuaron un 15,3%. (Instituto Costarricense sobre Drogas, 2015).

El Instituto Costarricense sobre Drogas (2014), en un estudio que intenta establecer la relación entre el delito y consumo, indica que el 68% de las entrevistadas señalaron que el delito que cometieron estaba relacionado con la droga; además, el 53,0% reportó que no consumía o había consumido drogas dentro del penal.

3.1.3 Experiencia y vivencia

Las personas pueden vivir experiencias iguales; sin embargo, cada una las va a interpretar de manera diferente, dependiendo del nivel de conciencia, del contexto y de la personalidad, por lo que retomar la vivencia de las participantes es necesario para esta investigación, de modo que precisa definirla. Para Minayo (2010) la vivencia “es la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas”. (p. 254).

Cabe realizar la aclaración de que experiencia y vivencia son conceptos que se han relacionado, pero no tienen un mismo significado; en esta línea Minayo (2010) distingue

que, a diferencia de la experiencia, la vivencia se constituye en el criterio individual responsable de la caracterización de lo real.

De esta forma, Erausquin, Sulle & García Labandal (2016) consideran que “la vivencia expresa, a la vez, las características propias del organismo y las del contexto, posibilita un modo de interpretar, valorar y otorgar sentido a la realidad, a la vez que refleja la unidad de aspectos socioculturales y personales” (p. 99), de manera que integra aspectos personales y del contexto, lo que le permite, a la persona, interpretar su realidad de acuerdo con sus recursos.

3.1.4 Adherencia al tratamiento

Diversos estudios, en los que se somete a mujeres a algún tipo de tratamiento o intervención terapéutica para tratar las adicciones, han revelado que existe una tendencia a abandonar el proceso prematuramente, por lo que, en el caso de la población femenina costarricense, parece importante observar este comportamiento, al cual Peralta & Carbajal (2008) lo definen como:

[...] el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas”. (p. 84).

Libertad (2004) indica que la adherencia es un convenio que utiliza un recurso entablado por la parte contraria (profesional), lo cual haría depender la conducta del

paciente, no solo de su propia responsabilidad, sino también de las acciones efectuadas por el profesional, en cuanto a claridad de las indicaciones, uso adecuado de los recursos de la comunicación y tiempo dedicado a este acto, entre otros asuntos.

De igual manera, Libertad (2004) indica que la adherencia terapéutica hace referencia a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica, de forma continuada, las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables. En adición, para que se produzca la adhesión al tratamiento, es necesario que se presenten en este proceso los siguientes momentos:

- a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental, que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
- b) Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.
- c) Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias, para garantizar el cumplimiento.
- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones, realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones. (Libertad, 2004).

Este punto se toma en cuenta dentro de la investigación pues, como otros documentos señalan, la población femenina en otros países tiene una tendencia a abandonar

prematuramente los tratamientos, por lo que es interesante observar lo que pasa con la población femenina costarricense.

3.1.5 Modelo de estados de cambio de Prochaska y DiClemente

El modelo de Prochaska & DiClemente (1982) es de tipo tridimensional, y proporciona una concepción global y diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando estadios, procesos y niveles de cambio. Estos autores describen cinco estadios de cambio, que representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico, a saber: precontemplación, contemplación, preparación, actuación y mantenimiento. (Diez et al., 2001). Estos estadios son definidos en la siguiente tabla.

Tabla 1. Estadios del cambio

Estados	Descripción
Precontemplación	En este estadio, las personas con dependencia a drogas no se plantean modificar su conducta, ya que no son conscientes de que dicha conducta representa un problema; es muy poco probable que una persona atienda a consulta o tratamiento durante este estadio, y si llega a hacerlo es por presión por parte de otros, por lo que, en el momento en que la presión disminuya, es muy probable que abandone el proceso.
Contemplación	En este estadio, la persona es consciente de que existe un problema con el consumo, y está considerando la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme. Su actitud es

	ambivalente, aunque se encuentra abierta a recibir información sobre su problema.
Preparación	La principal característica de este estadio es que la persona toma la decisión y se compromete a abandonar la conducta adictiva. En esta fase la persona comienza a realizar pequeños cambios conductuales, aunque estos no sean considerados como abstinencia.
Acción o actuación	En este estadio, la persona con o sin ayuda profesional cambia su conducta y el estilo de vida asociado al consumo; esta es una fase que requiere alto compromiso, así como tiempo y energía.
Mantenimiento	Para este estadio, la persona trata de conservar y consolidar los cambios realizados, intentando prevenir una recaída o comportamiento problemático.

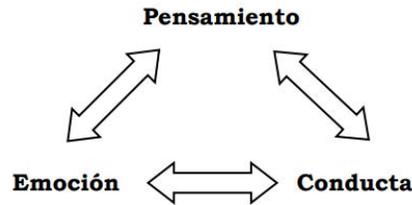
Fuente: Elaboración propia, a partir de Diez et al. (2001).

Las recaídas también son contempladas desde este modelo, las cuales se presentan en el momento en que algunas de las estrategias fallan, principalmente en la fase de contemplación. (Diez et al., 2001).

3.2 Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva se basa fundamentalmente en el supuesto teórico de que “la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo”. (Beck, 1976, citado por Camacho, 2003, p. 8). De tal manera, establece una estrecha relación entre los pensamientos, las emociones y la conducta; por lo tanto, una reciprocidad que para Camacho (2003) no equivale a una causación.

Figura 1. Esquema básico de la Terapia Cognitiva



Fuente: Camacho (2003, p. 8).

En relación con lo anterior, Tuta et al. (2017) identifican que, dentro de la terapia cognitiva, existe una estructura soportada en tres niveles de respuesta (cognición, conducta y emoción), su respectiva interacción y su influencia en los patrones de pensamiento, comportamiento y emoción; es decir, que la interpretación que se da a algún evento influencia el modo de actuar y sentir, y es en dicha relación que se consolida el aprendizaje.

Dentro de las teorías cognitivas, son los participantes quienes juegan un rol activo en su entorno, pues son ellos quienes pasan constantemente evaluando, juzgando e interpretando los estímulos y eventos, para así poder aprender a partir de sus respuestas (Tomás &Almenara, 2008); esta es una de las premisas dentro de esta teoría, porque es la persona una protagonista dentro del proceso, y es que es, a partir de las interpretaciones que ella brinda a su entorno, que el terapeuta trabaja, contribuyendo en moldearlas, de manera que le sean funcionales para desarrollarse plenamente.

En cuanto a la efectividad de la Terapia Cognitiva, Tuta et al. (2017), señalan que esta ha reportado buenos resultados para diferentes trastornos; por ejemplo, ha mostrado eficacia para el tratamiento de la depresión, la conducta suicida, el trastorno bipolar, las drogodependencias, los trastornos de personalidad, entre otros. Además, estos autores señalan que una de las ventajas, de este modelo de terapia, se encuentra relacionada con el

mantenimiento de los resultados y la prevención de recaídas, pues prepara y entrena a la persona para que conozca cómo actuar ante este tipo de situaciones.

La terapia cognitiva se encuentra basada, según Beck (1976), en siete supuestos: el primero consiste en que la percepción y la experiencia son procesos activos. Segundo, que las cogniciones corresponden al resultado de una síntesis de estímulos, provenientes tanto del entorno como del propio sujeto. El tercer supuesto se relaciona con la manera en que la persona evalúa determinada situación, y cómo esto lo realiza a partir de sus cogniciones. Cuarto, consiste en que lo que la persona escoge para que lo rodee; se refleja en la configuración de la misma acerca de sí mismo, su mundo, su pasado y su futuro. El quinto supuesto se refiere a que las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona, influyen en su estado afectivo y en su conducta. Sexto, mediante la terapia, un sujeto puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas. Por último, la corrección de estos puede producir una mejoría clínica.

Para J. Beck (1995), la terapia cognitiva debe planearse para cada individuo; sin embargo, existe una serie de principios que deben tomarse en cuenta:

1. Se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas, en términos cognitivos.
2. Requiere una sólida alianza terapéutica.
3. Enfatiza la colaboración y la participación activa.
4. Está orientada hacia objetivos y concentrada en problemas determinados.
5. Destaca el presente el “aquí y ahora”.
6. Es educativa; tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, y pone énfasis en la prevención de recaídas.

7. Tiende a ser limitada en el tiempo.
8. Las sesiones son estructuradas.
9. Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. (pp. 21-26).

La dirección de la terapia puede variar de acuerdo con cada paciente y sus particularidades, por lo que no se puede establecer una regla que se adapte a todos los casos; lo anterior hace que el terapeuta cognitivo tenga que posicionarse desde un rol directivo, a la vez que debe ir contemplando las técnicas que se adapten mejor al paciente y su condición. (Beck et al., 1999).

3.2.1 Modelo cognitivo de Beck

El modelo cognitivo de Beck “es una terapia de tipo cognitiva, la cual se encuentra enfocada en modificar aquellos pensamientos y conductas disfuncionales” (Tuta et al., 2017, p.201), que presenta una persona y que no le permiten desarrollarse plenamente. Principalmente, estuvo destinado al tratamiento de la depresión; no obstante, posee gran eficacia para tratar otros tipos de padecimientos, entre ellos las drogodependencias.

Este tipo de terapia se encuentra principalmente enfocada en la identificación y modificación de pensamientos y creencias arraigados en la persona, que tienden a ser disfuncionales, para lo cual Beck & Knapp (2008, citados por Tuta et al., 2017) consideran que:

[...] la modificación de las creencias disfunciones se lleva a cabo a través del reconocimiento de la relación emoción-cognición-conducta, la comprobación de la validez de los pensamientos en cuestión, la

sustitución de dichos pensamientos por otros más realistas y razonables, y, finalmente, la identificación y modificación de creencias subyacentes”. (p. 205).

Las emociones han sido consideradas, por Beck (1993), como una parte primordial en el proceso de identificar las creencias centrales, de manera que, en los momentos en que se intensifiquen aquellas emociones negativas o desagradables para la persona, el terapeuta debe estar alerta para identificarlas y concederles la importancia que merecen; para esto es necesario que él sea capaz de empatizar con las experiencias emocionales dolorosas del paciente, mientras va identificando las cogniciones irracionales y fomentando las emociones agradables. (Tuta et al., 2017).

Dentro del modelo de terapia cognitiva de Beck, existe una descripción del tipo de relación que se debe establecer entre el terapeuta y el paciente, partiendo del punto de vista de que ambos comparten una empresa “en la que se evalúan, ponen a prueba y modifican las cogniciones del paciente, en un esfuerzo compartido y con espíritu científico denominado empirismo colaborativo”. (Beck, 2000, citado por Tuta et al., 2017, pp. 205-206).

3.2.1.1 Esquemas

Para Beck, “los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad” (Camacho, 2003, p. 4); es decir, son estructuras que se mantienen a lo largo del tiempo, que contribuyen con el modo en que la persona elige y sintetiza aquellos datos que ingresan, atribuyéndoles significado a su mundo.

En esta línea, Camacho (2003) señala que:

[...] las personas contamos con una serie de esquemas que nos permiten seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de tal forma que sean accesibles y tengan un sentido para nosotros, a su vez también posibilitan identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción. (p. 4).

De esta manera, los esquemas le permiten, a la persona, estructurar el mundo y darle sentido; además, estos son adaptables y toman forma de acuerdo con las interacciones y las relaciones que esta va estableciendo con su entorno.

Para Tuta et al. (2017), un esquema puede llegar a ser disfuncional cuando permite percibir el entorno de una forma distorsionada; esto puede verse traducido en un sufrimiento que el sujeto expresa en sus reacciones emocionales y conductuales, conduciéndolo a interpretar de manera inadecuada las diversas situaciones a las que se pueda enfrentar.

3.2.1.2 Creencias

Se puede definir a las creencias como “todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia”. (Camacho, 2003, p. 5). Se puede decir que las creencias son el contenido de los esquemas, y que estas se refuerzan con las experiencias de las personas a lo largo de su vida; algunas se encuentran más arraigadas que otras.

Se pueden distinguir diferentes niveles de creencias; el primero, son las creencias nucleares; estas se encuentran fuertemente arraigadas en la persona, por lo que son difíciles de modificar; se puede decir que son las que constituyen la personalidad; es decir, son las que le brindan sentido a la persona. El segundo nivel lo constituyen las creencias periféricas; estas, por su parte, son más fáciles de cambiar, pues tienen menor relevancia, en comparación con las primeras (Camacho, 2003). Dado que las creencias constituyen uno de los pilares de esta investigación, se definirán con mayor detalle.

3.2.1.2.1 Creencias nucleares o centrales

En lo que se refiere a las creencias nucleares, J. Beck (1995) considera que “son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas son consideradas por la persona como verdades absolutas creyendo que es así como las cosas son”. (pp. 33-34).

“Las creencias nucleares constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e inmovibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos”. (Camacho, 2003, p. 5). Es decir, constituyen los rasgos de personalidad; por ejemplo, aquellas afirmaciones relacionadas con el género: cuando una persona dice “soy mujer” o “soy varón”, no está más que verbalizando una creencia que le da sentido a su vida, y esta se mueve alrededor de esa creencia, en cuanto a sus prácticas y estilo de vida.

Debido a la importancia que tienen las creencias nucleares en la constitución de quién es cada persona, es que al momento de ser cuestionadas llegan a generar malestar e inestabilidad (Camacho, 2003); por ejemplo, no es lo mismo que una mujer se diga a sí

misma una afirmación del tipo “soy exitosa”, que puede relacionarse con tener estabilidad laboral y una relación de pareja armoniosa, a que se llegue a cuestionar “¿soy exitosa?”; la segunda puede crear una duda en la mujer, llevándola a pensar que no es capaz de mantener un trabajo, o puede creer que es muy poca mujer para su pareja; inclusive, la puede llevar a desvalorar lo que ha conseguido, entre muchas otras creencias que puedan emerger de este cuestionamiento, pues, como menciona Camacho (2003), la duda y el cuestionamiento ponen a la persona en un nivel de incertidumbre que le genera malestar.

3.2.1.2.2 Creencias periféricas o secundarias

Para J. Beck (1995), este nivel de creencias “consisten en actitudes, reglas y presunciones a menudo no expresadas [...] influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta”. (pp. 34-35). Juegan un papel importante en la manera cómo el sujeto interpreta el mundo y el modo en cómo reacciona ante este; sin embargo, estas creencias están a un nivel más superficial que las creencias nucleares.

Se puede decir que las creencias periféricas o secundarias “son más satelitales y no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, por lo tanto pueden modificarse con más facilidad”. (Camacho, 2003, p. 5). Empero, existe una gama de creencias y niveles de importancia que la persona le pueda otorgar a cada una de sus creencias.

Es precisamente en ese juego de interacción, que se da entre los esquemas y los diferentes niveles de creencias, que Camacho (2003) considera se desarrollan los síntomas por lo que las creencias tienen un papel protagónico en el abordaje de la Terapia Cognitiva.

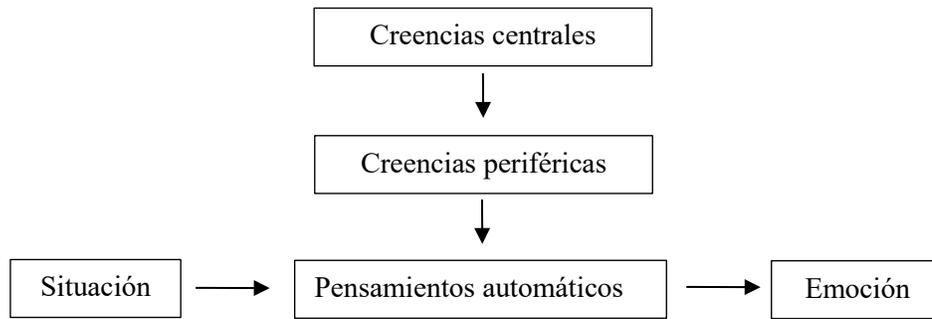
3.2.1.3 Pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos “se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso”. (Camacho, 2003, p. 6). Dado su carácter impositivo, se puede considerar que en el momento en que aparecen, se les asigna una certeza absoluta, por así decirlo, que puede llevar a que no sean cuestionados por el sujeto, llegando a condicionar las manifestaciones conductuales y emocionales. Además, para este autor, los pensamientos automáticos se componen de tres elementos: la direccionalidad, el curso y el contenido.

Estas ideas o verbalizaciones, dentro de la Terapia Cognitiva, pueden entenderse como la manifestación clínica de los esquemas y las creencias; la diferencia es que se encuentran en un plano más consciente, aunque tienden a ser fugaces, por lo que la persona no les presta la atención debida. (Camacho, 2003). Es en este punto donde el terapeuta contribuye a que el paciente logre identificar y evaluar estos pensamientos y así, poco a poco, ir revelando las creencias más arraigadas que puedan estar escondidas.

Por su parte, J. Beck (1995) considera que, para que un pensamiento automático surja, debe darse una cadena de sucesos o acontecimientos, que accionen una creencia central, lo cual influye en sus percepciones, y se traduce en un pensamiento automático. Lo anterior se ve mejor ejemplificado de la siguiente manera:

Figura 2. Esquema del Modelo Cognitivo



Fuente: Beck, J. (1995, p. 36).

Ante una determinada situación surgen pensamientos que son impuestos a la persona, que conllevan a una respuesta emocional o fisiológica, en algunos casos ante la exposición a una determinada situación. Por ejemplo, una mujer que llega a una fiesta, y estando ahí lo primero que piensa es “no voy a encajar”, lo que la puede llevar a sentirse estresada y no hablar o interactuar con los demás (respuesta conductual); esto también puede desatar una reacción física, como sudoración; en estos casos, como menciona J. Beck (1995), la persona experimenta una sensación de malestar, no por el ambiente en el que está, sino por los pensamientos que tiene.

3.2.1.4 Distorsiones o errores cognitivos

En el momento en que se da el procesamiento de la información que ingresa del entorno, pueden ocurrir ciertas distorsiones o errores a nivel cognitivo, que refuerzan ciertas creencias. (Beck et al., 1983). Aunque estas fueron explicadas a partir del estudio de casos depresivos, pueden presentarse en otros trastornos.

Beck et al. (1983) identifican las siguientes distorsiones o errores cognitivos:

1. **Inferencia arbitraria** (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. **Abstracción selectiva** (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. **Generalización excesiva** (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4. **Maximización y minimización** (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. **Personalización** (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. **Pensamiento absolutista, dicotómico** (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo. (pp. 22-23).

Camacho (2003) concuerda en que estas distorsiones cognitivas pueden aparecer en otros individuos, sin necesidad de que presenten un cuadro depresivo, pues estas son alteraciones en la manera en que se procesa la realidad. Además, él brinda ejemplos, en los que se presentan las distorsiones cognitivas: “los pacientes con ataques de pánico suelen estar maximizados las sensaciones corporales, en particular las respuestas fisiológicas tales como zumbidos, taquicardias, disneas, etc.”. (p. 11).

3.2.2 Terapia Cognitiva para el tratamiento de las drogodependencias

El modelo cognitivo-conductual ha mostrado gran eficacia, debido que es un enfoque estructurado y breve en el tiempo, dirigido a trabajar con lo que experimenta el paciente en el aquí y ahora, para modificar pensamientos y conductas disfuncionales o irracionales, así como mostrar relación entre afecto, pensamiento y acción.

Para Beck et al. (1999), el tratamiento de las drogodependencias desde la terapia cognitiva puede tener, como uno de sus objetivos, el que los pacientes lleguen a tener un consumo “light” o moderado, a diferencia de otros tipos de tratamientos, que buscan la total abstinencia, viendo la adicción como un todo o nada, lo que puede llegar a generar, en el paciente, expectativas elevadas de los logros, lo cual puede traducirse en que al momento de tener un desliz, en lugar de buscar ayuda, se sienta decepcionado y termine en una recaída. Cabe enfatizar en la importancia de que, dentro de la terapia cognitiva para las drogodependencias, se tome en cuenta el tema de las recaídas.

Para Beck et al. (1999), el aporte de la terapia cognitiva a los tratamientos de las drogodependencias radica en:

- a) La identificación y modificación de creencias que exacerbaban el craving o deseo irrefrenable de consumir;

- b) La mejoría de los estados de afecto negativos (p. ej., ira, ansiedad y desesperanza) que normalmente disparan el consumo de droga;
- c) Enseñar a los pacientes a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales [...] para poder llegar a estar libres de la droga y mantenerse sin consumirla; y
- d) Ayudando a los pacientes a ir más allá de la abstinencia, que les permita hacer cambios positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, su vida y su futuro, conduciéndolos a un estilo de vida nuevo. (pp. 38-39).

De manera que la terapia cognitiva para el tratamiento de las drogodependencias, además de poder complementarse con cualquier otro tipo de abordaje, contribuye con que la persona aprenda a identificar las creencias que subyacen a su problema de consumo, brindándole herramientas que le ayuden a mantener los cambios y prevenir recaídas. Este tipo de enfoque, como mencionan Beck et al. (1999), le otorga al paciente un rol activo dentro de su propio proceso.

3.2.2.1 Creencias adictivas

Beck et al. (1999) consideran que las creencias se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia. En la terapia cognitiva se suele proponer que “las creencias tienen una influencia enorme en los sentimientos y en las conductas”. (p. 230).

Según Beck et al. (1999), las creencias disfuncionales juegan un papel importante en la generación de los impulsos; es decir, las primeras ayudan a formar las expectativas que moldean las conductas.

Asimismo, Beck et al. (1999) consideran que las creencias adictivas deben ser consideradas como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape. Estos autores consideran diferentes niveles de creencias que subyacen a la conducta adictiva: primero, la creencia básica y general de que estaba atrapado en un ambiente nocivo, segundo; su creencia de que la única forma de escapar de este ambiente y sus sentimientos desagradables es tomando drogas, y por último, la creencia de que “necesitaba” drogas para aliviar cualquier sentimiento desagradable.

Según Beck et al. (1999), este conjunto de creencias contribuye a que las personas presenten mayor vulnerabilidad a la conducta adictiva.

3.2.2.2 Craving

Craving es uno de los conceptos más mencionados a lo largo de la investigación, por lo que se torna necesario definirlo y esclarecerlo. En esta línea, González (2009) define el *craving* de la siguiente forma: “es un deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia”. (p. 12). Así que, para efectos del trabajo, *craving* será entendido como ese impulso o deseo irrefrenable por consumir determinada sustancia o droga, que experimenta la persona.

Aunado a lo anterior, Beck et al. (1999) describen cuatro tipos de *craving*, los cuales se detallan a continuación:

- a. Respuesta a los síntomas de la abstinencia: se presenta ante la disminución del grado de satisfacción que encuentra la persona en el uso de la droga, lo que genera un incremento de sensación de malestar interno cuando deja de ingerirla.
- b. Respuesta a la falta de placer: está presente cuando sucede el aburrimiento o no tenga habilidades para encontrar formas prosociales de divertirse.

- c. Respuesta "condicionada" a las señales asociadas con drogas: ocurre cuando la persona asocia estímulos neutros condicionados con una intensa recompensa obtenida de la utilización de drogas, que inducen un *craving* automático.
- d. Respuesta a los deseos hedónicos: es decir, cuando la persona combina una experiencia natural placentera con el uso de drogas, de tal manera que se asocian, desarrollando un inicio de *craving* al realizar la actividad natural sin el uso de estas.

CAPÍTULO IV. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Posterior a la revisión bibliográfica, sobre el tratamiento del consumo de drogas en mujeres y los escasos de resultados al respecto, a pesar de que encuestas y estudios realizados en Costa Rica, por diversas instituciones, muestran el incremento y la prevalencia del consumo en esta población con el pasar de los años, así como los diversos factores sociales e individuales que influyen en las conductas adictivas, tales como la construcción social del género, el acceso a sustancias psicoactivas, mitos sobre el consumo, herramientas de afrontamiento, experiencias sobre recaídas, entre otros, es que luego se plantea esta propuesta.

Además de todo lo anterior, a la población objeto de estudio se le debe agregar el hecho de encontrarse privada de libertad, y lo que esto conlleva, como la separación física de sus hijos y familiares, estrés, ansiedad y vulnerabilidad, lo cual también puede influir en sus creencias y conductas relacionadas con el consumo.

Por todo lo anterior expuesto, es que surge la propuesta de desarrollar una estrategia de intervención, dirigida al cambio en las creencias sobre el consumo en un grupo de mujeres reclusas en el Centro de Atención Institucional Calle Real de Liberia, que sirva como un apoyo a la labor de la Psicología en la institución, y como base para futuras investigaciones sobre el tema.

4.1 Pregunta de investigación

¿Qué cambios, sobre las creencias acerca del abuso de drogas y las conductas adictivas, pueden alcanzarse en un grupo de mujeres reclusas en el CAI Calle Real de Liberia, posterior a la implementación de una estrategia de intervención cognitiva?

4.2 Objetivo General

Desarrollar una estrategia de intervención grupal de orientación cognitiva, dirigida al cambio en las creencias adictivas, aplicada a un grupo de mujeres reclusas en el CAI Calle Real de Liberia.

4.3 Objetivos específicos

1. Diseñar una estrategia de intervención grupal desde el enfoque cognitivo, dirigida a promover cambios en las creencias sobre abuso de drogas y conductas adictivas en mujeres reclusas en el Centro de Atención Institucional Calle Real de Liberia.
2. Aplicar una estrategia de intervención cognitiva para el cambio en las creencias sobre abuso de drogas y conductas adictivas, a un grupo de mujeres reclusas en el CAI Calle Real de Liberia.
3. Establecer si, posterior a la implementación de una estrategia de intervención cognitiva se presentan cambios en las creencias sobre abuso de drogas y creencias adictivas en un grupo de mujeres reclusas en el CAI Calle Real de Liberia.

CAPÍTULO V. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Descripción del tipo de estudio

Se realizó una investigación exploratoria-descriptiva, debido a que en Costa Rica se han realizado pocos estudios en la población femenina, donde se analice el abuso de drogas en una condición de privación de libertad. La misma estuvo dirigida bajo un enfoque cualitativo, el cual, según Creswell (2009), es un enfoque para explorar y comprender el significado que le otorga un individuo o grupo a un problema humano o social, trabajando desde un método inductivo, que brinda mayor flexibilidad a la investigación.

Se hizo desde un diseño fenomenológico, ya que se prestó principal interés a la vivencia de las privadas de libertad en cuanto a la temática del abuso de drogas. Esta corriente filosófica fue originada en 1980 por Edmund Husserl; está caracterizada por centrarse en la experiencia personal, y está fundamentada en cuatro conceptos: la temporalidad, la espacialidad, la corporalidad y la relacionalidad o comunidad. (Álvarez-Gayou, 2003). De esta manera, el énfasis desde la fenomenología está puesto en el individuo, principalmente en las características generales de la experiencia vivida y las estructuras de esta, entendiéndola como una característica encontrada en un campo común a varios casos o ejemplos experimentados de ella. (Reeder, 2011).

5.2 Características de la población y definición de la muestra

Se utilizó un tipo de muestra, que Martínez-Salgado (2012) denomina de tipo propositivo; es decir, que los casos son elegidos de acuerdo con el propósito de la investigación, para que proporcionen la mayor riqueza de información posible, con el fin de estudiar en profundidad la pregunta de investigación. En el caso de la presente investigación, la muestra estuvo compuesta por ocho mujeres con edades entre los 29 y 50

años de edad, quienes se encontraban en condición de privación de libertad y contaban con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas.

Para la integración de las participantes a la investigación, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- a) Aceptación de participación por parte de las mujeres recluidas.
- b) Haber presentado consumo activo de sustancias psicoactivas por más de un año.
- c) Encontrarse en un periodo de abstinencia no mayor a un año, al momento de la intervención.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- a) Presentar diagnóstico por parte de especialista, de patología dual, de carácter psicótico o trastorno de la personalidad.
- b) Ausentarse a dos sesiones de trabajo consecutivas, o expresar actitud de desmotivación para continuar participando.

Respecto al criterio de inclusión c) Encontrarse en un periodo de abstinencia no mayor a un año al momento de la intervención, se encuentra relacionado con que la propuesta de intervención cuenta con un diseño, que puede contribuir con una positiva adherencia a un proceso de no consumo en las participantes.

Las recaídas no fueron consideradas como un criterio de exclusión, pues, dentro de la propuesta de intervención, se encuentran contempladas como parte del proceso de rehabilitación.

Con el propósito de resguardar la integridad e identidad de las participantes, todos los nombres utilizados en la presente investigación son asignados aleatoriamente, y no corresponden a sus nombres reales; de igual manera, toda la información fue manejada y resguardada rigurosamente.

5.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para el proceso de recolección de información se utilizaron diferentes instrumentos, con el objetivo de obtener toda la información necesaria para su posterior análisis. Dentro de las técnicas empleadas están el grupo focal y la entrevista abierta, y los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de creencias sobre el *Craving* y el cuestionario de creencias sobre el abuso de sustancias, los cuales serán definidos a continuación.

5.3.1 Grupo focal o grupos de enfoque

Esta técnica brinda información relevante del modo en que las personas interpretan y dan solución a un problema desde la interacción con otros integrantes, como lo señalan Hernández, Fernández & Baptista (2010) a los grupos de enfoque:

[...] los consideran como una especie de entrevistas grupales, las cuales consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos (tres a 10 personas), en las cuales los participantes conversan a profundidad en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales... su objetivo es generar y analizar la interacción ente ellos y cómo se construyen grupalmente significados... En esta técnica de recolección de datos, la unidad de análisis es el grupo...Se reúne a un grupo de personas para

trabajar con los conceptos, las experiencias, emociones, creencias, categorías, sucesos o los temas que interesan en el planteamiento de la investigación. El centro de atención es la narrativa colectiva. (pp. 408-409).

5.3.2 Entrevista abierta

Para obtener datos relevantes del proceso, se aplicó una entrevista abierta, la cual, según Álvarez-Gayou (2003):

[...] busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias (...) el propósito de la entrevista (...) es obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos. (p. 109).

La guía de esta entrevista se realizó con el objetivo de obtener datos sociodemográficos de las participantes, así como para identificar tendencias de consumo, experiencias relevantes de la vida de estas mujeres, que se convirtieron en creencias nucleares escondidas detrás del consumo, al igual que para registrar los cambios percibidos por ellas, en cuanto a sus creencias sobre el consumo de drogas.

5.3.3 Cuestionario de creencias sobre el *Craving*

Según Beck et al. (1999) el cuestionario de creencias sobre el *Craving* “es un auto-informe que mide las creencias acerca del fenómeno asociado con el craving por consumir cocaína o crack. Cada uno de los 20 ítems se evalúa en una escala de 1 a 7” (p.138).

Este instrumento es de corta duración y de autoaplicación; el mismo fue realizado al final de la intervención, y los resultados sirvieron como complemento a lo recolectado en las sesiones de trabajo grupal. (Véase el anexo 3). Beck et al. (1999) definen el *craving* como un impulso o deseo irrefrenable de consumir la droga, ante el cual la persona siente que no lo puede controlar, por lo que consume nuevamente.

En cuanto a los aspectos de validez y confiabilidad, Altınöz et al. (2016) señalan que la consistencia interna del Cuestionario de creencias sobre el Craving, o CBQ por sus siglas en inglés, es adecuada con un alfa de Cronbach de 0,94 para pacientes alcohólicos. Por su parte, Chang et al. (2011) indican que la CBQ es un instrumento que tiene una validez y confiabilidad aceptable para la medición de sus tres factores principales: fuerza de voluntad, comportamiento compulsivo y afrontamiento negativo.

Este instrumento se aplicó dos veces a lo largo de la intervención; la primera fue durante las sesiones de grupo focal, y la segunda después de la última sesión de trabajo.

5.3.4 Escala de creencias acerca del abuso de sustancias (BSU)

Se puede definir la escala de creencias acerca del abuso de sustancias como “un auto-informe compuesto de 20 ítems que se pueden evaluar mediante una escala que va de 1 a 7. Esta escala mide muchas de las creencias más frecuentes acerca de la utilización de las drogas”. (Beck et al., 1999, p. 137).

Este es un instrumento de corta duración y autoaplicación (véase el anexo 4); el mismo sirvió como un complemento a la información recolectada en las sesiones grupales, y fue aplicado durante las sesiones de grupo focal y al finalizar las sesiones de trabajo.

Altınöz et al. (2016) señalan que el cuestionario acerca del abuso de sustancias, o BSU (por sus siglas en inglés), tiene una consistencia interna adecuada en pacientes dependientes al alcohol.

5.4 Procedimiento de la estrategia, sistematización y categorización de datos

Para el diseño de las sesiones grupales se realizaron una sesión de grupo focal; esta técnica tiene como propósito principal hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones, en los participantes, acerca de un tema en específico (Bonilla-Jiménez & Escobar, 2017). Dentro de estas sesiones preliminares, se indagó sobre aspectos generales relacionados con la vida y el consumo de las mujeres participantes, la cantidad de información a la que habían tenido acceso respecto al tema de la drogodependencia con anterioridad, o si ya habían participado en procesos de rehabilitación, la situación actual de consumo, estando dentro del centro penal.

A partir de la información recolectada en las sesiones de grupo focal, se diseñaron las catorce sesiones de trabajo grupal de la intervención; en estas se trabajaron temas como el concepto de droga, mitos relacionados con el consumo, creencias adictivas, *craving*, relación entre pensamiento-emoción-acción, manejo de ira y ansiedad, estrategias de afrontamiento en caso de recaída, proyecto de vida, redes de apoyo. Cada sesión abarcaba un tema diferente, y se reforzaba con tareas entre sesiones. Posteriormente a las sesiones de trabajo, se realizó una entrevista abierta, para recolectar información sobre los cambios percibidos por las participantes, aspectos de la infancia y consumo, así como la aplicación de dos cuestionarios de Beck antes y después de la intervención, el cuestionario de Creencias sobre el *Craving* y el cuestionario de Creencias sobre el abuso de sustancias, para complementar la información recolectada.

Para la sistematización de la información se organizaron los diarios de campo, y se transcribió cada una de las entrevistas abiertas para el posterior análisis de la información. Para este, se realizó una triangulación, tomando en cuenta lo recolectado en las sesiones grupales, la entrevista y los recursos teóricos, contemplando las siguientes categorías de análisis:

Tabla 2. Categorías de análisis

Categorías	Subcategorías	Instrumentos
<p>Categoría 1: Creencias sobre la conducta adictiva.</p>	<p>Subcategoría 1: Vivencias relacionadas con el consumo.</p> <p>Subcategoría 2: Ideas sobre consumo.</p> <p>Subcategoría 3: Mitos vs. verdades.</p> <p>Subcategoría 4: Ideas sobre <i>craving</i>.</p>	<p>Sesiones grupales.</p> <p>Entrevistas.</p> <p>Cuestionario de creencias sobre el abuso de sustancia.</p> <p>Cuestionario de creencias sobre el <i>Craving</i>.</p>
<p>Categoría 2: Redes de apoyo.</p>	<p>Subcategoría 1: Motivadores para el cambio.</p> <p>Subcategoría 2: Pérdida de recursos.</p> <p>Subcategoría 3: Falta de cohesión grupal.</p>	<p>Entrevista.</p> <p>Sesiones grupales.</p>

<p>Categoría 3: Intervención.</p>	<p>Subcategoría 1: Recaídas.</p> <p>Subcategoría 2: Manejo de emociones.</p> <p>Subcategoría 3: Proyectos de vida.</p>	<p>Sesiones grupales.</p>
<p>Categoría 4: Dinámica institucional.</p>	<p>Subcategoría 1: Influencia del contexto en la adhesión al tratamiento.</p>	<p>Sesiones grupales.</p>
<p>Categoría 5: Efectividad de estrategia.</p>	<p>Subcategoría 1: Etapas del cambio.</p>	<p>Entrevista.</p> <p>Sesiones grupales.</p>

Fuente: Elaboración propia (2020).

5.5 Protección a las personas participantes

Para la protección de las personas participantes, la investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica.

Se realizó la debida lectura y firma del consentimiento informado, en el que se establecieron los lineamientos del tratamiento y que toda la información brindada era de carácter confidencial. Además, de la no obtención de beneficios carcelarios directos por la participación en la investigación.

Para asegurar el anonimato de las participantes, se les asignó un seudónimo al azar y el uso de la información recolectada era para fines académicos.

CAPÍTULO VI. RESULTADOS

6.1 Estrategia de intervención cognitiva

El diseño de la estrategia de intervención fue orientado desde el enfoque cognitivo, y estuvo dirigida al cambio en las creencias sobre el consumo de sustancias psicoactivas, aplicada a un grupo de mujeres recluidas en el CAI Calle Real de Liberia, en los meses de octubre de 2018 a febrero de 2019.

La funcionaria encargada del módulo de mujeres del CAI Calle Real de Liberia, Licda. Edilce Sánchez Araya, recomendó a privadas de libertad que tenían antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, a quienes se les aplicó una preentrevista para confirmar si cumplían con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación, quedando solamente con la participación de ocho de ellas.

Posterior a la selección y firma del consentimiento informado, se les aplicaron dos cuestionarios, el cuestionario de creencias sobre el abuso de sustancias y el cuestionario de creencias sobre el *craving* y una sesión de grupo focal, en los que se indagaron aspectos generales de las participantes y de sus conductas adictivas. De estas sesiones preliminares se extrajeron los siguientes datos: las edades de las participantes iban de los 29 a los 50 años, la mayoría se encontraba descontando penas por faltas a la Ley de Psicotrópicos (venta y tráfico de drogas), las participantes eran policonsumidoras, lo que significa que usaban diferentes tipos de sustancias psicoactivas (alcohol, piedra o crack, marihuana, tabaco y cocaína), bajo nivel de escolaridad y provenientes de hogares de escasos recursos económicos.

La intervención estuvo conformada por catorce sesiones de trabajo grupal, con una duración aproximada de una hora con cincuenta minutos cada una. En cada sesión se abarcaba un tema diferente, en la que se brindaban herramientas y técnicas para que las participantes pudieran afrontar situaciones futuras relacionadas con el consumo. La organización de las sesiones y los temas abarcados se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Organización de sesiones de trabajo

Sesión	Tema	Objetivo
1	Conociéndonos.	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar un espacio de escucha activa y discusión sobre aspectos de las participantes. - Indagar sobre algunos aspectos relacionados con el consumo de las participantes.
2	Conceptos básicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Generar <i>rapport</i> con las participantes. - Brindar algunos conceptos claves tales como <i>craving</i>, drogas y efectos, entre otros. - Generar un espacio, donde las participantes expongan sus conocimientos sobre el tema de consumo y abuso de sustancias psicoactivas.
3	¿Qué significan las drogas para mí?	<ul style="list-style-type: none"> - Indagar sobre el significado que tienen las drogas en la vida de las participantes. - Determinar posibles detonadores de consumo y recaídas.
4	Relación pensamiento-sentimiento-acción.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la relación que existe entre lo que sienten, piensan y hacen.
5	Mito vs. Verdad.	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar información sobre mitos y verdades de las drogas. - Identificar mitos presentes en las participantes, acerca de las drogas y el consumo.
6	Creencias adictivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Indagar acerca de las creencias centrales y periféricas que tienen las pacientes sobre el consumo de sustancias.
7	Recaídas.	<ul style="list-style-type: none"> - Indagar acerca los recursos con los que cuentan las participantes para el afrontamiento de las recaídas. - Brindar herramientas alternativas para el afrontamiento de las recaídas.
8	El papel de la motivación.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el papel que juega la motivación en los tratamientos de las adicciones. - Indagar sobre el concepto que tienen las participantes de motivación y el papel de esta en sus vidas.

9	Manejo de <i>Craving</i> .	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar técnicas sobre el manejo del <i>craving</i>. - Indagar acerca los recursos con los que cuentan las participantes para el manejo del <i>craving</i>.
10	Control de ira y ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar técnicas y alternativas para el control de la ira y de la ansiedad. - Identificar emociones y sentimientos relacionados con la ira y con la ansiedad. - Conocer los recursos con los que cuentan las participantes para el afrontamiento de la ira y la ansiedad.
11	Redes de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> - Crear redes de apoyo entre las participantes. - Indagar sobre las redes de apoyo externas al centro penitenciario con las que cuentan las participantes.
12	Habilidades y destrezas.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer las habilidades y destrezas con las que cuentan las participantes.
13	Proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer los proyectos de vida posteriores a la reinserción que tienen las participantes. - Crear alternativas para el afrontamiento de posibles situaciones a las que se puedan enfrentar las participantes.
14	Mantenimiento de cambios.	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar, a las participantes, a que mantengan los cambios que ha generado el proceso en sus maneras de pensar sobre las drogas. - Enfatizar en las habilidades y proyectos de vida de las participantes.

Fuente: Elaboración propia (2020).

Cada una de las sesiones fue diseñada considerando datos que surgieron en las preentrevistas, y en los conocimientos previos con los que contaban las participantes, así como niveles de educación, adecuando los contenidos y actividades para que el aprendizaje se diera de la mejor manera.

En vista de las características de la población de estudio, y que el enfoque cognitivo lo contempla dentro de sus lineamientos, es que la estrategia estuvo orientada a la psicoeducación, para que las participantes obtuvieran las herramientas necesarias, con el propósito de identificar las creencias sobre su consumo, los desencadenantes de estas y los *cravings* por lo que gran parte de las primeras sesiones era destinada a explicar conceptos y a realizar ejercicios en los que, con base en las experiencias de las participantes, se identificaran las principales creencias adictivas.

Además, fueron implementados dos cuestionarios creados por Beck et al. (1999), el cuestionario de creencias sobre el abuso de sustancias o CBQ (por sus siglas en inglés) y el cuestionario de creencias sobre el *craving*.

Las afirmaciones en las que la mayoría de las participantes indicaron estar totalmente de acuerdo con la Escala de creencias sobre el abuso de sustancias (BSU) fueron: “los *cravings* y los impulsos hacen que me drogue, el abuso de sustancias no resulta un problema para mí, los *cravings* y los impulsos no desaparecerán a menos que tome drogas, y no puedo controlar mi ansiedad sin tomar drogas”. Estas afirmaciones indican factores asociados al riesgo de una posible recaída en las participantes, así como las principales creencias asociadas al consumo al momento en que se realizó la intervención.

Mientras que, en la Escala de Creencias sobre el *Craving* (CBQ), las afirmaciones en las que las participantes indicaron estar totalmente de acuerdo fueron: “siempre tengo *craving* de drogas, una vez que el *craving* ha empezado ya no tengo control sobre mi comportamiento, mi castigo por usar drogas es el *craving*, y el *craving* me pone tan nerviosa que no lo puedo soportar”. Dichas afirmaciones indican la poca fuerza de voluntad de las participantes para hacer frente al deseo irrefrenable por consumir; además indican que estas mujeres presentan un afrontamiento negativo ante las situaciones desencadenantes del *craving*, así como las sensaciones que este les genera.

Los cambios en las creencias de las participantes sobre el consumo de sustancias psicoactivas, fueron interpretados de acuerdo con el modelo transteórico del cambio propuesto por Prochaska & DiClemente (1982), en el que se propone que la persona consumidora, en su proceso de rehabilitación, pasa por diferentes estadios de cambio. En el

caso de las participantes, al inicio del proceso todas se encontraban en estadios diferentes para el cambio, que iban desde la precontemplación, donde la persona aun no reconoce que su consumo significa un problema para ella, hasta estadio de acción o actuación, en el cual reconoce tener un problema con su consumo, y decide tomar acciones para remediarlo.

En los casos en los que las participantes se encontraban precontemplativas, se dio una poca adherencia al tratamiento, lo que se reflejó en un abandono prematuro del proceso de intervención, mientras que en aquellas que estaban en un estadio de contemplación o acción, lograron mantenerse hasta el final de la intervención; en estos casos la mayoría logró avances en cuanto a la percepción de las consecuencias que tenía el consumo en sus relaciones familiares, laborales y sociales. También, reflejaron cambios en sus discursos respecto al consumo y sus actitudes hacia este, concretando, en varios de los casos, acciones para mantenerse en abstinencia. Algunas lograron establecer proyectos de vida de acuerdo con sus recursos y posibilidades para alcanzarlos, además de un notable aumento de la motivación para el cambio, reflejado en sus discursos y en sus lenguajes no verbales.

6.2 Descripción de casos

Al inicio de la intervención se contó con la participación de ocho mujeres; sin embargo, conforme avanzaron las sesiones, tres decidieron no continuar, por lo que solamente cinco participantes lograron completar satisfactoriamente las catorce sesiones de trabajo.

Para proteger la identidad de las participantes, se les asignaron seudónimos al azar, por lo que a lo largo de los siguientes apartados serán identificadas como: Susana, Samantha, María, Johana, Yuleisy, Samyra, Dariela y Dany.

El promedio de edad de inicio de consumo fue de 17,75 años, y el principal motivo de ese comienzo fue por experimentación y diversión; las principales sustancias empleadas en la mayoría fueron tabaco y alcohol. Además, las participantes indicaron que la primera vez que consumieron se encontraban con un amigo o pareja.

De las ocho mujeres que iniciaron el proceso, todas experimentaron en algún momento de su vida violencia por parte de su pareja sentimental; tres de estas mujeres fueron violadas sexualmente en algún momento de su infancia. Este tema no fue abordado en profundidad en las sesiones de trabajo; no obstante, sería importante incluirlo en futuras investigaciones, con el objetivo de brindar un análisis más integral de la condición.

Para la organización y descripción de los casos, las participantes fueron asignadas a dos grupos; el primero lo conformaban aquellas que asistieron a las catorce sesiones de trabajo, y el segundo se encontraba integrado por las mujeres que abandonaron el proceso. En las siguientes dos tablas se muestran los detalles de los casos:

Tabla 4. Participantes que cumplieron las catorce sesiones de trabajo grupal

Participante	Edad	Delito	Edad inicio consumo	Abstinencia	Número sesiones asiste	Estado de cambio	Descripción
María	50 años		30 años	12 meses	14	Acción	<p>Madre de dos hijos (19 y 21 años, edades al momento de la intervención), también consumidores de alcohol, marihuana y piedra. Se encontraba descontando pena por venta de drogas. Al momento de la intervención tenía 12 meses de abstinencia.</p> <p>María inició su consumo de alcohol a los 30 años de edad. Para ella nunca significó un problema, pues seguía siendo una mujer responsable, consumía alcohol en altas cantidades (10 o más cervezas) durante los fines de semana y en fiestas.</p> <p>Creció en una familia de escasos recursos; es la única que consume de nueve hermanos; su padre también fue consumidor de alcohol. En su vida adulta, el hombre con quien convivió durante veinte años, y con el cual tuvo sus dos hijos, presentaba consumo de alcohol y piedra.</p> <p>Durante dicha relación experimentó violencia física, psicológica y patrimonial por parte del padre de sus hijos. Posterior al inicio de consumo, María perdió su trabajo, por lo que recurrió a la venta de drogas para mantenerse y mantener a sus dos hijos.</p> <p>La red de apoyo de María estaba conformada por su madre, quien era adulta mayor, y sus dos hijos, que al momento</p>

							de la intervención se encontraban descontando pena en el mismo centro penitenciario.
Johana	43	Venta de drogas	13 años	10 meses	14	Acción	<p>Madre de dos hijos (22 y 19 años) y una hija (12 años), nicaragüense. Inició su consumo con alcohol a los 18 años; migró a Costa Rica a los 25 años, y en este país inició su consumo de marihuana y crack. Al momento de la intervención tenía 10 meses de abstinencia.</p> <p>Describió una infancia con carencias económicas, un padre ausente y una madre que se hizo cargo de sus nueve hijos.</p> <p>Johana vivió en unión libre desde los 13 años con el padre de sus primeros dos hijos en Nicaragua; él era consumidor de alcohol, marihuana, piedra y cocaína. Además, fue con él que Johana adquirió el hábito del consumo. Durante esta relación vivió violencia física, psicológica y patrimonial.</p> <p>En Costa Rica conoció al padre de su tercera hija, quien no consume. Sin embargo, ella continuó consumiendo durante y posteriormente al nacimiento de su hija. Inició con la venta de drogas, para seguir consumiendo y obtener ingresos económicos de una manera más rápida.</p> <p>Por lo general, durante las primeras sesiones de trabajo se mostró con síntomas depresivos, somatización, como dolores de cabeza, espalda y estómago. Al ir finalizando el proceso se notó una mejoría en la sintomatología que presentaba.</p> <p>La principal red de apoyo de Johana la constituían su</p>

							madre, quien era una adulta mayor, y su hermana, que también se encontraba privada de libertad.
Susana	29 años	Venta drogas	13 años	8 meses	14	Contemplativo	<p>Madre de tres hijas (12, 10 y 7 años), inició su consumo de cocaína a los 13 años de edad; madre y padre alcohólicos; el padre falleció cuando Susana era una niña.</p> <p>Fue obligada a prostituirse desde los 12 años; dejó la casa de su madre e inició una relación con el padre de sus dos primeras hijas. Al momento de la intervención tenía ocho meses de abstinencia.</p> <p>Dentro de su infancia y adolescencia experimentó violencia sexual, física y psicológica, provenientes de su madre y padrastro; posteriormente de su pareja sentimental. Inició la venta de drogas para poder mantener a sus hijas.</p> <p>Su tercera hija fue producto de otra relación. Durante los primeros meses del embarazo ella continuó con el consumo de piedra y marihuana. Indicó que al momento de conocer que estaba embarazada se abstuvo de seguir consumiendo.</p> <p>Teme por el bienestar de sus hijas. Aseguró no contar con familiares ni pareja que representaran una red de apoyo. Al momento de la intervención tenía ocho meses de abstinencia.</p>
Yuleisy	29 años	Venta de drogas	25 años	9 meses	14	Contemplativo	<p>Madre de 3 hijos (12, 10 y 8 años), inició su consumo a los 25 años de edad con marihuana; posteriormente con cerveza y piedra. Creció en una familia con escasos recursos económicos; su padre presentó consumo problemático de alcohol, y la madre</p>

							<p>tuvo que hacerse cargo de la educación y manutención de sus 4 hijos. Al momento de la intervención tenía 9 meses de abstinencia.</p> <p>Experimentó violencia física y psicológica durante su adolescencia y adultez joven, por parte de parejas sentimentales. Perdió la custodia de sus tres hijos, quienes se encuentran al cuidado de su padre. Recurrió a la venta de drogas para brindar mejores condiciones económicas a sí misma y a sus hijos.</p> <p>Al momento de finalizar la intervención tiene el propósito de culminar con sus estudios de secundaria, y poder convertirse en un ejemplo de superación y resiliencia para sus hijos.</p> <p>La red de apoyo de Yuleisy la conforman su madre y su hermana, quien también se encontraba dentro del mismo centro penitenciario.</p>
Samyra	29	Venta drogas	14 años	11 meses	14	Contemplativo	<p>Madre de 4 hijos (8, 6, 5 y un año), inició su consumo de sustancias psicoactivas a los 14 años con marihuana, y a los 15 años con el de piedra. Creció en una familia de escasos recursos; el padre presentó consumo problemático de alcohol, y la madre tuvo que hacerse cargo de sus 4 hijos.</p> <p>Durante su adolescencia y adultez joven experimentó violencia física, psicológica y sexual por parte de parejas sentimentales. Sus 2 hijos mayores se encontraban al cuidado del padre de los menores, mientras que los 2 menores en albergues del Patronato Nacional de la Infancia.</p>

							<p>Durante repetidas ocasiones participó de tratamientos para la rehabilitación; sin embargo, no lograba dejar de consumir hasta que ingresó al CAI Vilma Curling Rivera. Al momento de la intervención tenía 11 meses de abstinencia. Recurrió a la venta de drogas para obtener dinero para mantener a sus hijos.</p> <p>Al momento de finalizar la intervención, Samyra tenía como objetivos personales el recuperar la custodia de sus hijos y culminar sus estudios de secundaria. La principal red de apoyo estaba conformada por su madre y su hermana.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia (2020).

Tabla 5. Participantes que abandonaron el proceso

Participante	Edad	Delito	Edad inicio consumo	Abstinencia	Número sesiones asiste	Estado de cambio	Descripción
Samantha	35	Robo agravado	14	2 meses	2	Precontemplativo	<p>Es madre de 4 hijos (19, 15, 12 y 9 años), quien ingresó al centro penitenciario por robo agravado. Al momento de la intervención, tenía pareja sentimental.</p> <p>Se inició en el consumo de tabaco a los 13 años y a los 14 años en el de cocaína y alcohol. Indicó que aprendió a consumir con una de sus parejas sentimentales; además, ha experimentado violencia verbal dentro de sus relaciones.</p> <p>Presentó consumo de alcohol y tabaco durante sus</p>

							<p>embarazos.</p> <p>Procedente de un barrio de escasos recursos económicos.</p> <p>Abandonó el proceso, debido a que manifestó no confiar en las otras mujeres del grupo, y que no quería ser expuesta por lo que dijera.</p>
Dariela	33	Venta drogas	13	4 meses	1	Precontemplativo	<p>Madre de 3 hijos (17, 14 y 9 años), se encuentra descontando pena por venta de drogas y por introducir drogas a un centro penal. Al momento de la intervención, tenía pareja sentimental.</p> <p>Se inició en el consumo de tabaco a los 13 años, y a los 26 años comenzó a consumir crack, marihuana y alcohol.</p> <p>Experimentó violencia sexual por parte de su padre a los 8 años; la primera vez que habló sobre el abuso sexual fue a los 12 años.</p> <p>Experimentó violencia física, psicológica y verbal desde su infancia, y luego sus relaciones sentimentales fueron violentas.</p> <p>Perdió la custodia de sus hijos, debido a su dependencia a las drogas.</p> <p>Abandonó el proceso, debido a que fue devuelta al CAI Vilma Curling Rivera por mal comportamiento.</p>

Dany	30	Tráfico drogas	10 años	0 meses	3	Precontemplativo	<p>Sin hijos, Al momento de la intervención estaba casada; descontaba pena por venta de drogas. Presentaba consumo activo de marihuana.</p> <p>Se inició en el consumo de tabaco y alcohol a los diez años; posteriormente, siguió con el de crack, perico y marihuana.</p> <p>Indicó que ha asistido a tratamientos de rehabilitación, y que conoce las consecuencias del consumo, pero que aun así no quiere dejarlo.</p> <p>Señaló que el tema de su dependencia a las drogas involucraba a su familia en gran medida, y que ella no quiere perjudicarla, al hablar sobre eso.</p> <p>Su principal red de apoyo estaba conformada por la madre y por su esposo.</p> <p>El motivo por el que abandonó el proceso grupal fue que no confiaba en las demás mujeres del grupo, y por temor a que funcionarios del centro penitenciario conocieran lo que ella decía.</p>
------	----	----------------	---------	---------	---	------------------	---

Fuente: Elaboración propia (2020).

6.3 Categorías de Análisis

En esta sección se muestra el análisis de la información obtenida a lo largo de la intervención, organizada de acuerdo con cinco categorías (creencias sobre la conducta adictiva, redes de apoyo, intervención, dinámica institucional y efectividad de la estrategia) y sus respectivas subcategorías. En este apartado fueron consideradas frases mencionadas por las ocho participantes.

6.3.1 Categoría 1: Creencias sobre la conducta adictiva

La primera categoría que se procesó fue la de creencias sobre la conducta, la cual fue dividida en cuatro subcategorías: vivencias relacionadas con el consumo, ideas sobre el consumo, mitos vs. verdades e ideas sobre *craving*.

6.3.1.1 Subcategoría 1: Vivencias relacionadas con el consumo

Dentro de esta subcategoría se reúnen relatos de las participantes sobre la vivencia y experiencias relacionadas con el consumo, que marcaron la manera en la que veían e interpretaban el mundo y sus realidades. Este es un aspecto importante dentro de la investigación, pues, por la naturaleza de la misma, la vivencia de las participantes se convierte en una forma de entender sus realidades, desde lo que ellas vivieron y cómo esto influyó en el modo de vincularse.

Las principales experiencias relacionadas con el consumo de las participantes se vinculan, en gran medida, con conductas aprendidas dentro de sus familias. En relación con esto, Sáenz (2003) menciona que la familia es la encargada de la socialización y humanización de los sujetos que la conforman, por lo que, lo que se aprende dentro de ella

se refleja en las acciones e interacciones de la persona en su vida adulta; por ejemplo: para esta participante era normal ver a sus progenitores consumir: *“Crecí viendo a mi mamá consumir... y mi papá tomaba mucho”*. (Susana, 29 años).

Una de las características de las familias de las participantes es que eran disfuncionales; es decir, que no cumplían con su labor de formar individuos sanos física y psicológicamente: *“Mi papá nos abandonó, mi mamá nos pegaba y mi padrastro nos dejaba sin comer y nos pegaba por todo... más cuando estaba borracho”* (Susana, 29 años). Estos patrones de violencia y consumo eran reproducidos en la vida adulta de estas mujeres, a través de parejas sentimentales inestables afectiva y económicamente, maltrato proveniente de la pareja y de la madre ejercido hacia sus hijos e hijas, abandono, negligencia, entre otros. Susana lo relata de la siguiente manera: *“Yo fui muy mala con mis hijas, les pegaba con odio... a la de en medio le reventé un plato en la cara y a la pequeña le pegué hasta dejarle la cara como un monstruo”*. (Susana, 29 años). Otros aspectos relacionados con la familia, y los recursos que esta les brindó a las participantes, fueron analizados en la subcategoría “pérdida de recursos familiares”.

Parte de la experiencia del consumo se relaciona con el etiquetamiento social, el cual se refiere al modo en que la autenticidad, y el comportamiento de las personas, pueden influir en la manera en que estos son descritos o calificados por lo demás. (Abreu, 2019). Lo anterior se relaciona con lo mencionado por una de las participantes: *“Cuando se dan cuenta que consumes ya no te vuelven a ver igual”* (Yuleisy, 29 años). El consumo es visto por las participantes como algo que le otorga estatus dentro de los consumidores, pero una calificación negativa por el resto, tal y como lo mencionaron: *“El vicio es algo malo con lo*

que uno carga". (María, 51 años). Dicho etiquetamiento se convirtió en una carga social de connotación negativa para estas mujeres.

La condición de privación de libertad de las participantes al momento de la intervención es otro aspecto que cabe resaltar, pues es una población que, como otros autores han señalado (Bejarano, 2005), ha sido llamada en este y otros temas, pero no se puede dejar de lado todo lo que la construcción social de ser mujer en el contexto costarricense conlleva, desde la forma de actuar ante los otros hasta cómo ejercer el rol materno.

El consumo en esta población sigue siendo un tema tabú, ya que la mayoría de las investigaciones, en el campo de las drogodependencias, se han inclinado a estudiar este fenómeno en hombres. Sin embargo, no se pueden generalizar los datos en cuanto a tendencia y patrones de consumo. Para las participantes, el consumo era interpretado como algo que las posicionaba por sobre los demás: *"Primero te sientes la mejor por andar plata y drogas, pero eso no dura mucho... caes aquí y ya no eres nada"* (Johana, 43 años), mientras que para otras las drogas eran una manera de olvidar sus responsabilidades: *"Las drogas eran una forma de sentirme mejor que los otros... no me daba cuenta del daño que me hacía a mí y a mis hijos, yo me olvidaba de todo, me perdía por días, no comía..."*. (Samyra, 29 años).

La conducta de consumo es vista como algo común dentro de las comunidades de procedencias de las participantes, por lo que señalan que aprenden con sus amigos o personas cercanas este hábito: *"En el barrio donde vivíamos era muy común ver a los chatillas [otras personas consumidoras] fumando piedra o marihuana"* (Samyra, 29 años);

los amigos o pares son quienes al parecer tuvieron mayor influencia en el inicio del consumo: *“Una se va haciendo en la calle, aprende viendo de los otros, nada más que a veces uno no se fija en las personas correctas; todos mis amigos tomaban, se fumaban sus puritos...”*. (Yuleisy, 29 años).

Por lo general, el consumo inicia en la etapa de la adolescencia, dentro de la cual la persona se desarrolla a nivel físico, emocional, social, entre otros, caracterizado por la búsqueda de autonomía e identidad; dentro de este influye, además, el apoyo o no percibido por la familia y la existencia o no de problemas (Becoña, 2000). Los amigos también influyen en este proceso: *“Una aprende de esas cosas con los amigos... y me perdí, pasé hasta meses en los que no sabía nada de mi familia, mis hijos, solo vivía para la droga”*. (Yuleisy, 29 años). No obstante, hay casos en los que el consumo inicia cuando la persona se encuentra en su etapa adulta; tal es el caso de María: *“Yo comencé a tomar cuando ya estaba vieja, y fue por andar con malas juntas”*. (María, 51 años).

En la mayoría de los casos, el consumo se convirtió en negocio, una fuente de ingreso económico para las participantes: *“Uno siente que puede con todo, y nadie se mete con uno, comencé consumiendo, pero después pensé y me puse a vender, y ganaba bastante, teníamos de todo, buena ropa, moto...”* (Samyra, 29 años). El dinero para las participantes generaba estatus dentro de los lugares donde vivían: *“Yo invertía bien la plata que ganaba de las drogas, me compré muebles a mi casa y una moto”*. (Yuleisy, 29 años).

Las vivencias de las participantes en torno al consumo se encontraban relacionadas con la reproducción de patrones de las familias de origen, padres y madres consumidoras. La mayoría provenía de hogares disfuncionales, con infancias y adolescencias marcadas por

la violencia en sus diferentes expresiones y negligencia. El etiquetamiento social también formó parte de lo que vivieron durante el consumo; aunada a esto, se encuentra la condición de privación de libertad. El consumo para las participantes fue una conducta que aprendieron dentro de sus hogares y en las comunidades en las que se desarrollaban, lo cual contribuyó con normalizar esta condición.

6.3.1.2 Subcategoría 2: Ideas sobre consumo

Dentro de esta subcategoría se reúnen todas aquellas ideas, pensamientos y creencias que las participantes manifestaron a lo largo de las sesiones de trabajo, los cuales se pueden clasificar de la siguiente manera: aquellos que se relacionan con el consumo como destino, la droga como única solución a los problemas, los relacionados con el placer generado por la droga.

Para Beck et al. (1999), una de las creencias comúnmente presente, en las personas dependientes a sustancias psicoactivas, se relaciona con creer que el consumo es su destino, por lo que no pueden hacer nada para cambiarlo: *“No puedo con esto, es mi destino, lo intenté e igual volví a consumir” (Johana, 43 años)*. Esta creencia subyace a los intentos fallidos de la participante de abandonar el consumo: *“Yo creía que mi destino era consumir, porque era lo que hacía para sentirme mejor cuando tenía alguna situación” (Susana, 29 años)*. El consumo es una conducta aprendida, por lo que puede desaprenderse; lo que sucede es que las participantes interpretaron los fracasos como una señal de que el consumo era su destino.

Otra creencia, que surgió en las participantes, fue la que relacionaba a la droga como única solución a sus problemas: *“Cuando tenía un problema me iba a tomar y*

después me fumaba una piedra, así se me olvidaba todo y me sentía mejor (Johana, 43 años). Al repetir esta conducta ante cualquier dificultad que enfrentaran, las participantes creían dar una solución a sus problemas; de lo que no eran conscientes era que, al incrementar el consumo, no estaban confrontando o buscando soluciones al problema.

Algunas de las participantes tenían la creencia de que el placer en sus vidas provenía exclusivamente de la droga: *“Yo tomaba porque se sentía rico, me sentía más alegre...”*. (María, 51 años). El placer que la sustancia generaba les hacía experimentar una sensación de alegría. Al parecer, para esta participante la única vía para divertirse era a través del consumo de alcohol: *“Tomar era una forma de divertirme”*. (María, 51 años). Esta creencia puede decirse que fue alimentada por el contexto costarricense, donde, según Bejarano (2005), el alcohol es una de las sustancias más frecuentemente consumida entre mujeres, dado su fácil acceso y aceptación social.

La creencia de que tienen el control del consumo también estaba presente en las participantes: *“Cuando tienes un vicio, y ves a otros peor, crees que nunca vas a llegar a caer tan bajo y vea donde estoy ... yo en la cárcel y mis hijos también”*. (María, 51 años). Se puede decir que existe en las participantes un autoengaño, en cuanto a la gravedad del consumo, pues, al compararse con otros consumidores, interpretaban su condición como superior o mejor: *“Yo sentía que podía con todo, que cuando me drogaba nadie se daba cuenta”*. (Yuleisy, 29 años).

Por último, la creencia que a través de la conducta adictiva podría mantener a seres significativos, como la pareja, a su lado: *“Yo creía que, si tomaba y me drogaba con él, él*

me iba a querer más y no me iba a dejar”. (Johana, 43 años). Esto pudo deberse a la escasez de recursos y herramientas de afrontamiento ante una posible separación.

Las creencias relacionadas con el consumo de las participantes se encontraban relacionadas con esta conducta como destino, la única fuente de placer proveniente de la droga, o que la situación de consumo era mejor que la de otros que se encontraban en condición de calle. Estas creencias fueron reforzadas por las experiencias de las participantes y por el contexto en el que se desarrollaban, por lo que fueron abordadas dentro de las sesiones de trabajo, con el objetivo de que las identificaran y modificaran por otras más adaptativas.

6.3.1.3 Subcategoría 3: Mitos vs. verdades

Cuando se habla sobre drogas, existen aún muchos mitos que se han transmitido generacionalmente. Dentro de esta subcategoría se analizan los mitos y datos verdaderos que manejaban las participantes, ya sea porque los adquirieron desde sus propias experiencias, o porque fueron transmitidos por familiares o amigos.

La frecuencia del consumo era uno de los primeros mitos que mencionaron las participantes: *“Yo solo tomaba los fines de semana”*. (María, 51 años). Quienes creían que solamente aquellos que consumía a diario, o que se encontraban en condición de calle, presentaban problemas con el consumo; empero, eran las consecuencias negativas que el consumo generaba en la vida de las participantes las que determinaban la gravedad. La American Psychiatric Association (2014), en el DSM-V, deja de utilizar la palabra “adicción” para sustituirla por “trastorno por consumo de sustancias”, en los que se diferencian por uso, abuso y dependencia, los cuales son clasificados por los niveles de

gravedad. Esta misma participante mencionaba: *“Pero cuando tomaba era hasta caer”* (María, 51 años). A pesar de que el consumo no fuese diario, era regular, ya que todos los fines de semana se presentaba y en altas cantidades ingeridas, lo que representaba un problema en el desarrollo de sus actividades laborales y familiares.

La dependencia a sustancias psicoactivas no distingue clase social, y al parecer esto era algo que las participantes tenían en cuenta: *“Yo me llegué a encontrar a doctores que usaban coca [cocaína]”*. (Yuleisy, 29 años). Existe el mito de que la dependencia a sustancias es exclusiva de las personas de escasos recursos o riesgo social; sin embargo, cualquier persona puede volverse dependiente a una o varias sustancias. En el caso de las participantes, las experiencias pudieron potenciar algunos mitos y disminuir otros, como en el ejemplo antes mencionado, en el que reconocen que los problemas relacionados con el consumo pueden afectar a cualquier persona.

Otro mito presente en las participantes es que, al usar ciertas sustancias como la piedra o el crack, eran más eficientes en sus tareas diarias: *“Cuando yo me fumaba una piedrita sentía que podía hacer de todo y que rendía más, porque me sentía con mucha energía y según yo nadie se daba cuenta de que lo había hecho”* (Samyra, 29 años). Esto es un aparente beneficio otorgado al consumo, donde creían experimentar una mayor eficiencia en las tareas que realizaban, además de una sensación de control sobre las circunstancias o acontecimientos posteriores al uso de la droga.

Para las participantes, una droga se sobreponía al efecto de otra; es decir, que al tener el efecto de una sustancia en su organismo y consumían otro tipo de droga, el efecto de la primera se disminuía: *“Yo tomaba y cuando ya estaba bien borracha, que no podía*

más, me fumaba una piedra para que se me quitara la borrachera". (Johana, 43 años). Esta conducta era realizada por varias de las mujeres: *"Yo también me fumaba una piedra... para poder seguir tomando"*. (Yuleisy, 29 años). En cuando a la mezcla de sustancias psicoactivas, específicamente de la cocaína y sus derivados, con el alcohol, hay estudios que señalan que esta es una tendencia en aumento, y aunque una sustancia inhibe el efecto de la otra, la combinación de ambas puede tener un resultado tóxico para la salud de la persona consumidora. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Sin embargo, en el caso de las participantes, este es un dato que conocen por experimentación, pero no tenían conocimiento de las consecuencias que esa conducta podía representar.

En el tema de las drogodependencias, han existido y siguen reproduciéndose mitos entre las personas consumidoras. Muchos de estos son influenciados por el contexto en el que se desarrollaban las participantes; la experiencia de ellas pudo contribuir con el reforzamiento de algunos mitos y desmentir otros; no obstante, existía una mayor presencia de mitos que información verdadera.

6.3.1.4 Subcategoría 4: Ideas sobre *craving*

El *craving* fue definido por Beck et al. (1999) como un deseo irrefrenable por consumir la droga; para las participantes fue entendido como todas aquellas sensaciones corporales que presentaban en el momento es que sentían deseos o necesidad de consumir.

Al momento de hablar sobre el *craving*, lo describían como una sensación que solamente se podía controlar con la droga: *"No se pueden controlar las ganas de consumir... solo se quitan consumiendo..."*. (Susana, 29 años). Las sensaciones físicas, como sed o hambre, eran relacionadas con ese deseo irrefrenable por consumir: *"Es que*

cuando da esa sed de tomar una no puede controlarse, y por tomar una ya no se puede parar hasta estar bien alegre”. (María, 51 años).

La sensación de *craving* era también relacionada con emociones como la ira o el enojo: *“Yo sentía como chicha (enojo) cuando quería una piedra y no podía, no podía controlarme hasta que conseguía”.* (Yuleisy, 29 años). Pareciera que la solución inmediata era el consumo, sin dar la oportunidad de explorar otras posibilidades; esto puede deberse a la falta de herramientas para lidiar con lo que experimentaban. Cabe señalar que identificar el *craving* y tener estrategias para afrontarlo requiere de un largo proceso, en el que las personas adquieren los recursos necesarios. (Beck et al., 1999).

Beck et al. (1999) plantean que, entre la aparición del *craving* y la ejecución de la conducta, existe un periodo de tiempo en el que la persona puede actuar. Sin embargo, es necesario que esta sea capaz de identificar el deseo por consumir y tenga un plan de emergencia para evitar llegar a la conducta: *“Si yo siento ganas de fumar un cigarro y lo hago, ya no voy a poder controlarme y terminaré con una piedra”.* (Johana, 43 años). Parte de la estrategia fue que las participantes aprendieran a identificar esos momentos en los que pudieran ser vulnerables y crearan una estrategia: *“Cuando vuelva a sentir ganas de drogarme, puedo hablarle a mi hermana para que me ayude a evitar llegar a la droga”.* (Samyra, 29 años). Puede ser que, en un inicio, las mujeres necesiten de alguien que las apoye en el proceso y, conforme vayan adquiriendo herramientas, tengan una mayor independencia.

6.3.2 Categoría 2: Redes de apoyo

En los tratamientos o intervenciones dirigidas a personas con problemas de consumo, uno de los factores que tiene influencia en los cambios experimentados, o en la permanencia dentro del proceso, es el de las redes de apoyo con las que cuente el individuo; dentro de esta categoría se analizó la manera en que la presencia o ausencia de seres significativos contribuyó con el avance de las participantes en la intervención.

Esta categoría está compuesta por tres subcategorías, a saber: motivadores para el cambio, pérdida de recursos familiares y falta de cohesión grupal.

6.3.2.1 Subcategoría 1: Motivadores para el cambio

La motivación desempeña un papel importante dentro de los procesos de cambio, especialmente aquellos relacionados con la conducta adictiva. Miller (2002) menciona que, a través del tiempo, se han buscado definiciones de motivación que se adapten a los contextos y personas. Este autor menciona que, sobre la naturaleza de la motivación, existen diferentes factores, tales como que la motivación es clave para el cambio, multidimensional, dinámica y fluctuante, puede ser influenciada por las interacciones sociales, es modificable, el estilo clínico puede tener influencia sobre ellas, y la tarea del clínico es hacer surgir y aumentar la motivación en la persona.

Para Miller (2002): “involucrar a los miembros de la familia y a otras personas significativas, puede ayudar a que los usuarios de sustancias [...] a entrar al tratamiento, involucrarse y mantenerse en el proceso terapéutico, y lograr una recuperación satisfactoria”. (p. 18). En el caso particular de las participantes de la presente investigación, no fue posible involucrar a familiares, debido a la condición de privación de libertad; sin

embargo, ellas hacen referencia a miembros de sus familias como principales motivadores para el cambio, tal y como lo menciona la siguiente participante: *“Lo que me motiva son mis hijos; por ellos es que ya no quiero volver a consumir”*. (Samyra, 29 años).

Para la mayoría de las participantes, sus familiares representaban un motivador extrínseco, específicamente los hijos y las madres de las mujeres eran mayormente mencionados: *“Por mi mamá, ya no quiero volver a consumir”*. (Johana, 43 años). Al parecer, la figura materna era la que tenía una representación fuerte de apoyo para las participantes: *“Para mí en este momento mi familia es lo más importante, mi mamá y recuperar a mis hijos”*. (Yuleisy, 29 años).

Se puede decir que la motivación proviene de factores internos de la persona, pero también puede ser influenciada por agentes externos. Respecto a esto, Miller (2002) considera que *“la motivación pertenece a una persona, pero aún se puede entender como el resultado de las interacciones entre el individuo y otras personas o factores ambientales”*. (p. 2). Como se mencionó anteriormente, la mayoría de las participantes identificaron su motivación para el cambio en otras personas; no obstante fomentar las motivaciones internas también fue parte del proceso. En este sentido, una participante mencionó lo siguiente: *“Quiero ser alguien diferente, ser una mejor persona”*. (Susana, 29 años).

La fuente de motivación para el cambio en una de las participantes venía de lo que podía llegar a inspirar en otros con su historia de superación y resiliencia: *“... para que cuando me vean mañana ellos se sientan orgullosos de que pude salir de las drogas”*. (Samyra, 29 años). El mantenerse fuera del mundo de las drogas es para ella sinónimo de orgullo y superación personal.

La motivación para el cambio es uno de los factores que, según Diez et al. (2010), es fundamental para el éxito de la persona dependiente en los tratamientos de rehabilitación. En el caso de las participantes, la motivación era proveniente de factores externos, como lo eran los hijos e hijas, y la motivación interna provenía de la intención de ser mejores personas. Aunado a lo anterior, Beck et al. (1999) consideran que los tratamientos para las drogodependencias estarían incompletos si no se contempla el tema de la motivación, por lo que esta estuvo contemplada en el trabajo que se realizó con el grupo de mujeres recluidas en el CAI Calle Real de Liberia.

6.3.2.2 Subcategoría 2: Pérdida de recursos familiares

La familia de la persona consumidora de sustancias psicoactivas, puede influenciar positivamente en los procesos de rehabilitación, pues constituye una de las redes primarias de apoyo; sin embargo, en el caso particular de las participantes, las figuras representaron todo lo contrario, como es el caso de esta participante: *“Yo sentía que mi mamá me odiaba a como odiaba a mi papá... me obligó a venderme con gringos y para eso tenía que drogarme”*. (Susana, 29 años). Es en estos casos en los que esas personas significativas dejan de ser una figura protectora, y pasan a ser unos factores de riesgo en la vida de la otra.

Aunado a lo anterior, los hijos e hijas también representaron una pérdida significativa para las participantes, ya que, desde el momento en que ingresaron al centro penitenciario, tenían una escasa o nula comunicación con ellos(as); además, la custodia o patria potestad de los menores de edad pasaron a manos del padre o del PANI, y así lo manifestó la siguiente participante: *“Una pierde muchas cosas, cuando anda en la droga,*

le quitan los hijos por andar en eso". (Johana, 43 años). A este acontecimiento lo acompaña la incertidumbre por el bienestar de los hijos e hijas: *"Yo siento que mis hijas no están bien allá afuera"*. (Susana, 29 años).

Como acompañante de la separación entre las participantes y sus hijos(as) está la culpa, en varias de las participantes: *"Yo no me siento buena madre, maltraté mucho a mis hijas cuando me drogaba"*. (Susana, 29 años). En cuanto a la pérdida de comunicación: *"Yo no sé nada sobre mis hijos y me preocupa que el menor esté consumiendo"*. (Johana, 43 años). Se podría decir que, desde la perspectiva de las participantes, las madres consumidoras no se adaptan al rol materno esperado socialmente, en el que la mujer-madre simboliza protección, amor y estabilidad para sus hijos(as).

Al momento en que las mujeres ingresaron al centro penitenciario, otro recurso que perdieron fueron sus parejas sentimentales: *"El papá de mi última hija me dejó el mismo día que yo entré aquí, me hizo firmar un papel donde se podía llevar a mi hija"*. (Johana, 43 años). Además de la pérdida de libertad, estas mujeres atravesaron por la pérdida de hijos, parejas, amigos y otros seres significativos, que pudieron representar una red de apoyo.

En los casos descritos, se puede decir que la familia no cumplió con la función social. En este sentido, Sáenz (2003) la define como "la instancia mediadora entre lo individual-biológico y la estructura social" (p. 1); es decir, es la encargada de la socialización primaria de los individuos, y de satisfacer las necesidades de la persona en sus primeras etapas de la vida; empero, en ocasiones, cuando esta no cumple su función, puede llegar a generar problemas en la salud mental, llegando a normalizar ciertas conductas

como la del consumo: *“Yo crecí viendo a mi mamá tomar ... eso era algo normal”*. (Susana, 29 años). En estos casos, cabe plantearse si la familia representa un recurso que favorezca a la participante, o si, por el contrario, se convierte en un factor de riesgo.

Diversos autores señalan que, en los procesos de rehabilitación sobre el consumo de sustancias psicoactivas, las familias juegan un papel importante; sin embargo, en el caso de las participantes, cabe cuestionar si realmente representan un recurso de apoyo, pues fue dentro de estas que se desarrolló la conducta adictiva, además de la pérdida de figuras significativas, como lo son hijos e hijas y parejas sentimentales.

Si bien el entorno puede contribuir con el que una persona disminuya o elimine una conducta, también puede tener un efecto contrario, aunque al momento de la intervención, la mayoría de las participantes se encontraban en abstinencia, debido a que querían mantener el beneficio de permanecer en el CAI Calle Real de Liberia, en el momento en que obtuvieran la libertad condicionada, muy probablemente regresarían al contexto en el que iniciaron el consumo, lo cual podría contribuir en que presenten una posible recaída.

Por su parte, Beck et al. (1999) plantean que, dentro del tratamiento de las drogodependencias, el terapeuta, además de ayudar a la persona a disminuir o cesar su consumo, también tiene la tarea de trabajar con los problemas vitales asociados al consumo, ya que estos se pueden convertir en disparadores de la conducta, por lo que en la propuesta se abordaron, con las participantes, aquellos problemas en la vida de ellas relacionados con la conducta adictiva, y la mayoría de estos se encontraban relacionados con la pérdida de recursos familiares, como los hijos. Los problemas vitales de las participantes podían

desencadenar pensamientos automáticos y creencias relacionadas con el consumo y una posible recaída.

6.3.2.3 Subcategoría 3: Falta de cohesión grupal

La cohesión grupal, para Molero (2004), está relacionada con todos aquellos procesos involucrados para que un grupo se mantenga unido. Sin embargo, el nivel de cohesión grupal puede variar de grupo a grupo. En el caso de las participantes, se puede decir que hubo baja cohesión, pues, como ellas lo manifestaron, sentían desconfianza hacia varias de sus compañeras: *“Aquí uno no puede confiar en las otras que están aquí, uno dice algo y se lo cuentan a todas”*. (Johana, 43 años). Esto pudo influir en la apertura de algunas para participar en las sesiones de trabajo grupal, sobre todo en aquellas en las que se trabajaron temas relacionados con sus emociones y la interacción con sus seres significativos.

Dicha desconfianza hacia las compañeras de módulo fue la principal causa de abandono prematuro del proceso. Al momento de retirarse, estas mujeres comunicaron lo siguiente: *“Yo no quiero seguir en el grupo, porque no me siento segura al hablar de mis cosas frente a las que están ahí”*. (Samantha, 35 años). Esta inseguridad y desconfianza fue también manifestadas por las otras dos participantes que no continuaron: *“Yo no confío en ninguna de las que está aquí”* (Dariela, 33 años), *“Hablar de las drogas es hablar de cosas muy personales y no puedo hacerlo en ese grupo, con las que están ahí”*. (Dany, 30 años).

La dinámica de las mujeres, dentro del módulo, influyó en la interacción de las participantes durante las sesiones de trabajo, limitando la apertura a mostrar sus emociones

y, por el contrario, fomentando reacciones violentas (verbalmente) ante los comentarios de otras, dificultando no solo el desarrollo pleno de la propuesta de intervención, sino también la cohesión del grupo: *“Aquí te ponen una cara de frente y por detrás te apuñalan”*. (María, 51 años).

Conforme avanzó el proceso, se hizo cada vez más evidente una necesidad, por parte de las participantes, de ser reconocidas por sus acciones. Existió un juego por demostrar quién tiene más poder; este factor es abiertamente reconocido por algunas de las participantes: *“Todas compiten por todo, nadie se quiere quedar, por eso mejor quedarse callada”*. (María, 51 años).

6.3.3 Categoría 3: Intervención

Esta categoría responde al segundo objetivo de la investigación. Se agruparon las sesiones de trabajo de la propuesta de intervención para una mejor organización de la información, y estuvo conformada por tres subcategorías; recaídas, manejo de emociones y proyectos de vida.

6.3.3.1 Subcategoría 1: Recaídas

Las recaídas son consideradas, por Beck et al. (1999), como parte del proceso de rehabilitación de una persona con dependencia a las sustancias psicoactivas, por lo que no podían quedar de lado dentro de la propuesta de intervención. Las recaídas pueden aparecer en cualquier parte del proceso, y esto no necesariamente significa que la persona quiera abandonar, o que el trabajo realizado fue en vano, sino que aún se puede trabajar en herramientas que fortalezcan a la persona, y la ayuden a afrontar sus deslices o recaídas.

Fue necesario trabajar con las expectativas de las participantes respecto al tema de recaer, pues, para algunas este aspecto no estaba contemplado en sus procesos de rehabilitación: *“Yo no voy a volver a consumir”*. (Johana, 43 años). Esto puede convertirse en un verdadero reto, especialmente si en algún momento la persona tiene un desliz y no busca ayuda, ya sea por temor o vergüenza, por lo que esto fue parte del trabajo con las participantes.

Algunas de las participantes lograron identificar factores que las exponían a una posible recaída: *“Para mí, una de las cosas que me pueden hacer caer de nuevo es que a mi mamá le llegue a pasar algo o una fuerte pelea con mi pareja...”*. (Yuleisy, 29 años). La mayoría mencionó que, uno de los principales motivos que las puede llevar a recaer, se relaciona con acontecimientos que pongan en riesgo la salud e integridad de seres significativos, especialmente la figura materna.

Ciertos lugares y personas son asociados por las participantes con experiencias de consumo, por lo que ellas los identificaron como factores que las puede llevar a una recaída: *“Una ya sabe los lugares donde venden... yo sé que tengo que evitar juntarme con las personas con las que consumía antes, porque ellas me pueden querer invitar y como dicen una basta, pero no es suficiente”*. (Samyra, 29 años). Pese a que al momento de la intervención se encontraban recluidas y sin consumir, estaban conscientes de que no es lo mismo mantenerse abstemias en un sistema institucional, a estar fuera de este, con un acceso más libre a las sustancias psicoactivas: *“Aquí una puede decir que no vuelve a consumir, pero afuera es otra cosa”*. (Dany, 30 años).

Las experiencias anteriores, de abstinencia y recaídas, también influyeron en la confianza en ellas mismas y en su fuerza de voluntad, pues, como algunas lo mencionaron anteriormente, han intentado mantener su sistema libre de sustancias; sin embargo, el mayor reto está en el tiempo que puedan mantenerlo: *“Yo he estado en tratamientos de rehabilitación en donde tienes que estar metido en un lugar por meses y te dan charlas, yo he pasado por los doce pasos y he vuelto a consumir... (Samyra, 29 años)”*. Por su parte, Susana menciona: *“Yo pasé hasta tres años limpia, pero al final volví a hacerlo”*. (Susana, 29 años). De igual manera, sustancias como el tabaco, para algunas de las participantes representan un factor de riesgo: *“Yo intento no volver a probar nada... porque sé que con un cigarro que yo me fume ya no voy a poder parar”*. (Johana, 43 años).

Por su parte, hay quienes consideran que, para lograr mantenerse sin consumir, necesitan ayuda proveniente de otras personas: *“Yo saliendo de aquí voy a buscar un grupo de apoyo, también sé que cuento con mi hermana, mi pareja y mis hijos”*. (Yuleisy, 29 años). Este reconocimiento es de gran importancia, al igual que el hecho de que se dieran cuenta de que las recaídas son parte del proceso de dejar de consumir: *“Ahora sé que si alguna vez vuelvo a consumir no es el fin del mundo y que tengo personas como mi hermana que me pueden ayudar a levantarme”*. (Samyra, 29 años).

El abordaje de las recaídas, desde la propuesta de Beck et al. (1999), está dirigido a identificar los factores de alto riesgo que pueden hacer que en la persona se desencadenen pensamientos automáticos y creencias adictivas, que la lleven a un desliz y/o una recaída, por lo que, dentro de la estrategia de intervención grupal, aplicada a un grupo de mujeres recluidas en el CAI Calle Real de Liberia, se trabajó con aquellos factores que las participantes consideraban que podían influir en una posible recaída.

6.3.3.2 Subcategoría 2: Manejo de emociones

Desde la propuesta del modelo cognitivo de las drogodependencias, propuesto por Beck et al. (1999), las emociones son contempladas dentro de la triada pensamiento-emoción-conducta, por lo que estas pueden influir en el pensamiento y en las conductas, y estas últimas en la emoción, por lo que fueron incluidas dentro del proceso de trabajo grupal.

Dentro del área de conocimiento emocional de las participantes, solamente lograron identificar dos emociones, la felicidad y la tristeza, tal y como una de ellas lo externó: *“Feliz es cuando estás bien, y cuando estás triste o brava” (María, 51 años)*, por lo que fue necesario educar desde lo que son las emociones y cómo reconocer lo que se siente. Para que lograran manejar las reacciones al momento en que aparece una emoción, primero debieron reconocer toda la gama de emociones y sentimientos que una persona puede experimentar.

Aunado a lo anterior, está la importancia del análisis del papel que desempeñan las emociones en el consumo y en los procesos de rehabilitación; socialmente, a la mujer se le ha permitido expresar emociones como la tristeza y la alegría, por lo que es totalmente válido que las participantes solamente distingan estas dos, mientras a los hombres les es permitido expresar la ira y el enojo. Para Avilés (2013), es importante que se tome en cuenta la perspectiva de género, pues socialmente existe una mayor permisividad al consumo masculino que al femenino, que puede generar en las mujeres, con dependencia a sustancias psicoactivas, emociones, culpa, vergüenza, lo que puede dificultar el acceso a ayuda profesional.

Para Avilés (2013), el consumo de alcohol específicamente en mujeres se ve mayormente influido por el estrés y emociones “negativas” o desagradables; en el caso de las participantes, predominantemente asociaban su consumo con emociones como la tristeza, enojo y frustración: *“Cuando estaba triste, como sin ganas de hacer nada, tomaba drogas para sentirme mejor”*. (Johana, 43 años).

Las participantes veían el consumo como un escape a lo que experimentaban, tanto emocional como físicamente: *“Para mí las drogas fueron un escape a lo que vivía, cuando me drogaba era como ser libre, me olvidaba de todo; de los problemas, de las personas que me herían, hasta de mis hijas...”* (Susana, 29 años), un alivio instantáneo y fugaz ante lo que experimentaban, pues no lograban identificar o resolver la situación y las emociones que las llevaban a tomar la decisión de consumir. Por su parte, Johana indica: *“Las drogas eran la solución más fácil a mis problemas, cuando mi marido me engañaba, y cuando me pegaba eran una forma de no sentir dolor”*. (Johana, 43 años). Un aspecto característico de las participantes era el hecho de haber experimentado violencia, física, psicológica y verbal por parte de sus parejas sentimentales; es decir, eran mujeres que experimentaban altos niveles de estrés, miedo, angustia, inmersas en un ciclo de violencia que controlaba sus experiencias. Este tema no fue abarcado en profundidad dentro de la propuesta de intervención; sin embargo, es necesario que se incluya dentro de futuras investigaciones.

Por su parte, hubo participantes que reconocieron que durante el tiempo que consumieron fueron impulsivas y agresivas: *“Antes era muy agresiva, pero ahora soy muy tranquila, casi no me enojo”*. (Samyra, 29 años).

Las emociones jugaron un papel importante en el consumo de las participantes, por lo que este fue un tema de relevancia: que las participantes aprendieran a identificar sus emociones y la manera en que estas pudieran influir en sus conductas. Las principales emociones relacionadas con la conducta adictiva eran la tristeza, la angustia, el enojo o la ira; al no saber cómo manejar el malestar ocasionado por estas, recurren a consumir sustancias psicoactivas con el objetivo de experimentar alivio.

6.3.3.3 Subcategoría 3: Proyectos de vida

Para darle significado a la vida, las personas necesitan un para qué, objetivos y metas que desean alcanzar a corto, mediano o largo plazo, que sean fuente de motivación para mantener los cambios alcanzados respecto al consumo; estas metas o proyectos deben ser realistas y adaptarse a la realidad que viven las participantes, para que sean alcanzables. Dentro de esta subcategoría se reúnen los proyectos de vida de las participantes, para cuando logren obtener el derecho a la libertad nuevamente.

La mayoría de los proyectos de las participantes estaban relacionados con culminar sus estudios y llegar a estudiar una carrera profesional: *“Yo voy a seguir estudiando, quiero terminar el colegio y ser profesional”*. (Samyra, 29 años). Por su parte, Yuleisy contemplaba combinar el estudio con el trabajo: *“Yo quiero estudiar y trabajar”*. (Yuleisy, 29 años).

Por otra parte, había quienes tenían la intención de iniciar un negocio propio fuera del centro penitenciario; tales eran los casos de María y Johana: *“Yo quiero ponerme una sodita en donde vive mi mamá”* (María, 51 años) y *“Cuando salga voy a hacer cositas en ferro-cemento con mi hermana para vender”*. (Johana 43 años). Es importante que las

participantes reconocieron los recursos con los que contaban para concretar sus proyectos. Por su parte, María reconoce que anteriormente había trabajado como cocinera, y Johana aprovecharía lo aprendido dentro de los talleres de ferro-cemento, impartidos dentro del centro penitenciario.

El caso particular es Susana, quien manifiesta no tener ningún proyecto: “*Yo sinceramente no tengo planes para cuando salga de aquí*” (Susana, 29 años). Esto puede llegar a convertirse en un factor de riesgo, que puede terminar en una recaída, porque la realidad que enfrentan dentro del centro penitenciario no será la misma el día que salgan.

La construcción de proyectos a corto, mediano y largo plazo puede contribuir con la disminución de riesgos de posibles recaídas; los mismos se contemplaron desde el tiempo en que aun debían estar dentro del centro penitenciario, hasta el momento de la salida con algún beneficio.

6.3.4 Categoría 4: Dinámica institucional

El contexto inmediato puede influir en la manera en cómo los individuos actúan ante diferentes situaciones, y en el caso de la propuesta de intervención, la dinámica institucional pudo influir en la adherencia al tratamiento de las participantes. En este apartado, se detalla todo lo relacionado con la dinámica del centro penitenciario, conformada por la subcategoría de la influencia del contexto en la adhesión al tratamiento.

6.3.4.1 Subcategoría 1: Influencia del contexto en la adhesión al tratamiento

La dinámica entre los y las funcionarias del centro penitenciario con las participantes, pudo tener influencia en el establecimiento de *rapport*, pues, como ellas

mencionaron, desconfiaban de quienes laboraban en el lugar: *“Una tiene que cuidarse mucho con lo que habla aquí”*, (Dariela, 33 años). El inicio del proceso se caracterizó por una latente preocupación, por parte de las participantes, de la confidencialidad de sus discursos: *“¿Quiénes más van a saber lo que hablamos aquí?”* (Dany, 30 años). Dicha desconfianza y temor, además de que dificultaron la apertura y disposición de las participantes, también pueden interferir en futuras intervenciones.

Las participantes percibían un desinterés por parte de quienes laboran, expresado de la siguiente manera: *“Los que trabajan aquí no se interesan en uno, casi ni nos visitan”*. (Johana, 43 años). Surgió la necesidad de ser escuchadas con respeto y atención, porque, a pesar de la condición en la que se encuentran, siguen siendo seres humanos: *“Aquí nadie escucha, y cuando vienen es diga rápido qué quiere”*. (Johana, 43 años).

Estos factores de desconfianza y temor, pudieron influir en la toma de decisión de algunas de las participantes de abandonar el proceso, debido a que la mayoría de ellas se encontraban dentro del centro penitenciario por faltas a la Ley de Psicotrópicos. Aunada a esto se encuentra la desconfianza entre participantes: *“Aquí todas son un puñal”* (Susana, 29 años), pues, al parecer dentro del módulo existe rivalidades entre las privadas: *“Yo no voy a seguir porque no confío en la otras del grupo”*. (Samantha, 35 años).

El contexto institucional pudo influir en la adherencia al tratamiento y la cohesión grupal, dado que las participantes, quienes abandonaron el proceso en las primeras sesiones de trabajo, manifestaron temor a que la información brindada por ellas, durante las sesiones grupales, llegara a los y las funcionarias del centro penitenciario, además de una baja cohesión grupal, en vista de la falta de confianza entre las compañeras del módulo y las

participantes, lo que disminuyó la apertura para hablar sobre ciertos temas, y a participar en las actividades de las sesiones. Este factor, posiblemente, sea una limitación para otras investigaciones de este tipo.

6.3.5 Categoría 5: Efectividad de estrategia

Dentro de esta categoría, se presenta el análisis de los cambios de las participantes de acuerdo con el modelo de cambio presentado por Prochaska & DiClemente (1982), que se encuentra conformada por la subcategoría Etapas del cambio.

6.3.5.1 Subcategoría 1: Etapas del cambio

Desde el modelo de Prochaska & DiClemente (1982) se proporciona una concepción global y diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando estadios, procesos y niveles de cambio, contemplando cinco estadios de cambio por los que pasa la persona en su proceso de rehabilitación. En esta subcategoría se describen las etapas de cambio, en las que iniciaron y terminaron las participantes la intervención.

La primera etapa de cambio, según Prochaska & DiClemente (1982), es la precontemplación, en la cual la persona no es consciente del problema de consumo, por lo que no se plantea cambiar su consumo. Algunas de las participantes, al inicio de la intervención, se puede decir que se encontraba en este estadio: *“Yo no tuve ni tengo ningún problema con las drogas... yo me sé controlar... siempre fui responsable”*. (María, 51 años). Es característico que, quienes se encuentren en este momento de cambio, abandonen los procesos de rehabilitación; tal es el caso de Dany: *“Yo no quiero dejar la marihuana,*

aunque me digan que es mala, no quiero". (Dany, 30 años). La conducta adictiva no es percibida como algo que genere contras en la vida de la participante.

El lenguaje no verbal, es decir, las expresiones faciales, los movimientos corporales, miradas y risas de las participantes parecía decir lo contrario a lo que ellas manifestaban en palabras, ya que el discurso principal de la mayoría era: *"Yo no quiero volver a drogarme"*. (Johana, 43 años). Sin embargo, al momento de hablar acerca de las diferentes sustancias psicoactivas y sus efectos en el organismo de la persona consumidora, parecían ansiosas, comenzaban a reír entre ellas e intercambiar miradas; inclusive se les escapaban frases como: *"Uuh!, qué rico una cerveza y un purito"* (Dariela, 33 años) y las demás confirmaban la expresión; al parecer se encontraban en una abstinencia forzada por la condición en la que se encontraban, pero la convicción de disminuir o cesar el consumo aun no era lo suficientemente fuerte.

Cabe señalar que, a pesar de que la mayoría de las participantes se encontraban en abstinencia al momento de la intervención, esta condición no era por convicción, sino por mantener el beneficio de encontrarse en el CAI Calle Real de Liberia, pues la experiencia en el CAI Vilma Curling Rivera no fue agradable para ellas: *"Aquí es más difícil conseguir droga, porque es pequeño, pero en el Buen Pastor desde que entraba uno le ofrecían"*. (Yuleisy, 29 años). Además, había quienes aseguraban que no consumían por temor a ser regresadas, ya que para mantenerse en el CAI Calle Real debían cumplir con un contrato de comportamiento que firmaron al ingresar: *"Aquí uno se tiene que portar bien, porque si le hacen reporte lo devuelven y estar en Buen Pastor es feo"*. (Johana, 43 años).

A lo largo de la intervención hubo participantes que lograron avances; para algunas, el comparar las ventajas y desventajas de la conducta adictiva les funcionó para darse cuenta de que necesitaban cambios; por ejemplo: *“Una se siente grande cuando anda en eso, pero más bien se pierde”* (Samyra, 29 años). Las que lograron finalizar el proceso, se puede decir que alcanzaron concretar sus acciones y aprovechar el tiempo de abstinencia obligatoria, para tomar acciones en su conducta de consumo: *“Yo tengo como ocho meses de no probar nada, y la verdad es que ya no quiero volver a consumir, porque eso solo me ha traído problemas, quiero ser mejor persona”*. (Susana, 29 años).

Por su parte, las mujeres que se encontraban próximas a obtener una libertad condicionada y pasar a un programa semi-institucional (Yuleisy y Samyra), consideraban que la experiencia del encarcelamiento y la pérdida de recursos les había ayudado a darse cuenta de los cambios que quieren mantener: *“Ahora, ... yo pienso las cosas antes de hacerlas, antes no, antes yo me dejaba llevar por el calor del momento y hacía las cosas sin fijarme”*. (Samyra, 29 años). Se consideraban mujeres menos impulsivas y decididas a tomar decisiones diferentes: *“Uno cambia cuando ve que lo que hace no está bien, no es fácil, hasta que te alejan de las personas que son importantes... como los hijos... por eso decidí que ya no quería seguir en esa vida”*. (Yuleisy, 29 años).

Un aspecto, importante de rescatar, es que no todas las mujeres se encontraban en el mismo estadio de cambio al momento de implementar la estrategia cognitiva, y todas tenían tiempos diferentes de abstinencias. Las tres mujeres que abandonaron el proceso eran quienes habían pasado un menor tiempo sin consumir (Dariela, Samantha y Dany), además de encontrarse precontemplativas y con tiempos de abstinencia entre los 2 y 4 meses. Por su parte, las cinco participantes que cumplieron con las catorce sesiones de trabajo grupal

lograron avances en cuanto al reconocimiento de creencias, mitos, manejo de emociones y toma de decisiones, aunque sería ideal que continúen en procesos terapéuticos, para mantener y realizar nuevos cambios que las lleven a tener estilos de vidas más saludables.

Se puede decir que, el modelo de cambio propuesto por Prochaska & DiClemente (1982) contribuyó con la evaluación del avance de las cinco participantes que se mantuvieron a lo largo del proceso, y que evidenciaron cambios en sus creencias relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, para los casos de María y Johana, pasaron de un estadio de acción a uno de mantenimiento de cambios, en el que lograron concretar acciones para mantenerse en abstinencia.

Mientras que, los casos de Susana, Yuleisy y Samyra; quienes se encontraban en un estadio de contemplación, avanzaron a uno de acción, y mostraron un mayor compromiso con el proceso de intervención y conciencia de las consecuencias que el consumo representaba para sus vidas, inclusive Yuleisy y Samyra lograron convertir la abstinencia obligatoria en la que se encontraban en un recurso y así crear estrategias para mantenerse sin consumir.

De manera que, la inclusión del modelo de cambio de Prochaska & Diclemente (1982), contribuyó con la evaluación de la efectividad de esta estrategia de intervención para el cambio de las creencias adictivas en un grupo de mujeres recluidas en el CAI Calle Real de Liberia, ya que, valoró el cambio de una manera cualitativa a través de cada uno de los estadios por los que se movilizaron las participantes a lo largo del proceso.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

En este apartado se presentan las principales conclusiones a las que la investigadora llegó, posterior al desarrollo e implementación de una estrategia de intervención de orientación cognitiva, dirigida al cambio en las creencias adictivas, aplicada a un grupo de mujeres recluidas en el CAI Calle Real de Liberia.

Las vivencias de las participantes en torno al consumo se encontraban relacionadas con la reproducción de patrones de las familias de origen, padres y madres consumidoras; la mayoría provenía de hogares disfuncionales, con infancias y adolescencias marcadas por la violencia en sus diferentes expresiones. El etiquetamiento social también formó parte de lo que vivieron durante el consumo. Aunada a esto, se encuentra la condición de privación de libertad, de manera que el consumo, para las participantes, fue una conducta que aprendieron dentro de sus hogares y en las comunidades en las que se desarrollaron, lo cual contribuyó con la normalización de esta conducta.

Diversos autores señalan que, en los procesos de rehabilitación sobre el consumo de sustancias psicoactivas, las familias juegan un papel importante; no obstante, en el caso de las participantes, cabe cuestionar si realmente representan un recurso de apoyo, pues fue dentro de estas que se desarrolló la conducta adictiva, además de la pérdida de figuras significativas, como lo son hijos e hijas y parejas sentimentales. Si bien el entorno puede contribuir con el que una persona disminuya o elimine una conducta, también puede tener un efecto contrario, aunque al momento de la intervención, la mayoría de las participantes se encontraban en abstinencia, debido a que quería mantener el beneficio de permanecer en el CAI Calle Real de Liberia. En el momento en que obtuvieran la libertad condicionada,

muy probablemente regresarían al contexto en el que iniciaron el consumo, lo cual podría contribuir en la aparición de una posible recaída.

En cuanto a las creencias adictivas, la mayoría se relacionaban con la droga como destino, la única fuente de placer, y como la solución más fácil a los problemas; todas estas creencias habían sido reforzadas por las experiencias de las participantes durante sus vidas, las cuales estaban cargadas de violencia.

Por su parte, uno de los factores que pudo influir en la adherencia al tratamiento y la cohesión grupal fue el contexto institucional, pues las participantes que abandonaron el proceso, en las primeras sesiones de trabajo, manifestaron temor a que la información, que ellas brindaran durante las sesiones grupales, llegara a los y las funcionarias del centro penitenciario, aunado a una baja cohesión grupal, debido a la falta de confianza en las compañeras del módulo y en las participantes, lo que pudo influir en la apertura para hablar sobre ciertos temas, y participar en las actividades de las sesiones.

La propuesta de intervención cognitiva contribuyó a que algunas de las mujeres, que participaron, lograran conseguir cambios en sus creencias respecto al consumo de sustancias psicoactivas; sin embargo, el modelo propuesto por Beck et al. (1999) necesita ser adaptado para el trabajo con población costarricense en condición de privación de libertad, ya que esta presentó una participación parcialmente voluntaria, mediada por el contexto e intereses de llegar a obtener algún tipo de beneficio carcelario, con la participación en la intervención.

Muchas de las conductas adictivas de las participantes estaban mediadas por sus emociones (tristeza, angustia, enojo, frustración) y la falta de recursos para manejarlas.

Aunado a esto, se encontraba el hecho de que las mujeres que participaron tenían un escaso conocimiento de este tema, por lo que la educación emocional fue importante durante la intervención, porque estas emociones eran disparadores de creencias y pensamientos automáticos vinculados al consumo.

Respecto a los cambios en las creencias de las participantes, se debe recordar que muchas de estas fueron reforzadas por las experiencias; sin embargo, algunas de las mujeres lograron identificar las principales creencias que motivaban el consumo, y sobre esto se pudo trabajar en la manera de cambiarlas por otras más adaptativas, obteniendo una mayor conciencia de las consecuencias negativas que estas les generaban personal y socialmente; se mostraron motivadas y con proyectos de vida acordes con los recursos con los que contaban.

La inclusión del modelo de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (1982) contribuyó con la evaluación de los cambios alcanzados por las participantes, ya que, en los casos de las mujeres que finalizaron el proceso de intervención lograron avanzar de un estadio a otro, llegando algunas inclusive a crear estrategias para el mantenimiento de cambios. Por lo que, este modelo puede ser incluido en otras intervenciones en el área de las drogodependencias como una forma de evaluar el ingreso de las personas y sus avances a lo largo del tratamiento.

En general, se llevó a cabo el desarrollo de una estrategia de intervención grupal de orientación cognitiva, dirigida a generar cambios en las creencias adictivas en un grupo de mujeres recluidas en el CAI Calle Real de Liberia, que tuvo como base teórica el modelo propuesto por Beck et al. (1999), en el que se establece la existencia de una triada

cognición-emoción-conducta. Dichos factores influyeron en la conducta adictiva de las personas, y fueron reforzados por las experiencias, considerando el contexto, pues las participantes se encontraban en condición de privación de libertad, ya que no es lo mismo estudiar a una población que se desarrolla en un ambiente libre, a otra que se encuentra institucionalizada y en abstinencia obligatoria, en comparación con quienes tienen el deseo de cambiar voluntariamente y que se desarrollan en un ambiente libre.

Por último, el aporte de esta investigación se puede categorizar de la siguiente manera: uno, en la búsqueda de romper estereotipos en cuanto al consumo en población femenina privada de libertad, porque en el contexto costarricense esta conducta ha sido mayormente estudiada en población masculina, aunque el consumo de ciertas sustancias ha mostrado un incremento en mujeres. Dos, se contribuyó con el diseño de una estrategia de intervención cognitiva, dirigida al cambio en las creencias sobre el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres, la cual contaba con catorce sesiones de trabajo grupal, en las que se desarrollaron diferentes temáticas, y se brindaron recursos y herramientas, para que las participantes pudieran enfrentar futuras situaciones relacionadas con el consumo. Tres, se brindó acceso a espacios de trabajo terapéutico a una población de riesgo, poco estudiada, lo que puede constituir una base para futuras investigaciones relacionadas con la temática. Cuatro, la promoción de la salud mental en una población con vivencias fuertes y traumáticas, que marcaron de manera “negativa” la forma de vincularse e interpretar sus realidades.

CAPÍTULO VIII. RECOMENDACIONES

Al partir de los resultados y conclusiones, se presentan las siguientes recomendaciones, dirigidas a funcionarias(os) del CAI Calle Real de Liberia, y a futuras intervenciones en el área de las drogodependencias.

8.1 *A funcionarias(os) del CAI Calle Real de Liberia*

Propiciar espacios en los que se aborde el tema de las drogodependencias, ya que, al parecer, al menos en la población femenina, existe una relación entre consumo y delito, por lo que trabajar esta temática puede contribuir con el cumplimiento de la función de las cárceles, de rehabilitar a las personas para su reinserción en la sociedad.

Fortalecer los servicios ofrecidos dentro del centro penitenciario, por medio de la contratación de personal, para lograr solventar las necesidades, tanto de las personas privadas de libertad como de quienes laboran en el CAI Calle Real de Liberia.

Establecer espacios específicos dentro de la institución, en los que se puedan brindar intervenciones grupales o individuales, de manera que se pueda controlar el ambiente y generar una sensación de privacidad, porque las sesiones se desarrollaban en un espacio común del módulo, donde mujeres que no eran participantes del proceso podían estar cerca, lo cual entorpeció el trabajo dentro de las sesiones.

Fortalecer el trabajo interdisciplinario, para brindar un abordaje integral de las diferentes necesidades de las personas privadas de libertad, donde se aborden, a través de diferentes técnicas, temas que contribuyan con la rehabilitación y la adquisición de conductas adaptativas, que les permitan reintegrarse a la sociedad.

8.2 A futuras intervenciones en el área de las drogodependencias

Debido a que todas las participantes experimentaron, en algún momento de sus vidas, violencia por parte de sus parejas sentimentales, inclusive algunas de ellas fueron violadas sexualmente en algún momento de su infancia, y a que el consumo en ellas se vio influido por estas experiencias, se recomienda incluir el tema de violencia de género en futuras investigaciones, con el objetivo de brindar un abordaje más integral de la condición.

Se recomienda, para futuras intervenciones en el CAI Calle Real de Liberia, el abordaje de las drogodependencias de manera individual, ya que la dinámica de las privadas de libertad dentro del módulo puede entorpecer los procesos, a causa de rivalidades entre ellas.

SISTEMA DE REFERENCIAS

Referencias bibliográficas

- Abreu, C. (2019). Análisis estructuralista de la teoría del etiquetamiento. *Revista de filosofía DIÁNOIA*, 64(82), 31-59.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. (Vol. 2, No. 003). México: Paidós.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Washington, D.C.: APA.
- Barrantes, R. (2012). *Investigación: un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo*. San José: EUNED.
- Barreda, M., Díaz-Salazar, M., De la Cuesta, S, López, M., Rodríguez, M., Sánchez, S. & Sulaica, B. (2005). *Mujer y adicción: aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Instituto de Adicciones Madrid Salud.
- Beck, A, Wright, F, Newman, C. & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós. (s.d.)
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.(s.d.)
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
(s.d.)
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
(s.d.)

- Becoña, E. (1991). ¿Es la modificación de conducta cognitiva más eficaz que la clásica modificación de conducta? *Revista de Psicología Gral. y Aplic.* 44(3): 339-347.
- Canto, M. (2013). *Reinserción social experimentada desde la familia. "El momento después de la privación de libertad.* [Tesis de Licenciatura en Psicología]. Universidad del Bío-Bío, Chile.
- Creswell, J. (2009). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches.* Los Ángeles, California: Sage Publications.
- Cueva, E. & Saad, J. (2004). Técnicas cognitivo-conductuales vs. psicoanálisis: investigación en pacientes farmacodependientes. *Revista de Psiquiatría*, 8(2).
- Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva.* Vol.2, New York: Desclée de Brower.
- García-Mina, A. & Carrasco, M. (2006). *Diferencias de género en el uso de las drogas.* España: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Guido, A. & Castillo, L. (2013). *El sistema penitenciario como "potente" violador de los derechos humanos de las personas privadas de libertad (dignidad, vida y formas de resocialización): una propuesta para el sistema penitenciario de Costa Rica.* [Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Derecho]. Universidad de Costa Rica.
- Jiménez, F. & Mata, E. (2004). *El consumo de drogas en la población privada de libertad en Costa Rica y su relación con la comisión del delito.* CICAD/ICD.

- Liddle, H. A., Dakof, G.A., Turner, R.M., Henderson, C.E. & Greenbaum, P.E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, *103*(10), 1660-1670.
- López, J. (2005). *Evaluación de la eficacia de la comunidad terapéutica de Proyecto A Hombre de Navarra*. [Tesis Doctoral]. Universidad Pública de Navarra. España.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*, 613-619.
- Mayor, L. I. (1995). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología*, *13*(2), 129-142.
- Mucchelli, A. (Director). (1996). *Diccionario de métodos cualitativos en ciencias humanas y sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Navas, J. (1981). Terapia racional emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *13*(1):75-83.
- Paulín, G., Horta, J. & Siade, G. (2009). La vivencia y su análisis: consideraciones breves sobre las nociones objeto-sujeto en el universo discursivo del mundo cultural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, *51*(205), 15-35.
- Reeder, Harry. (2011). *La praxis fenomenológica de Husserl*. Bogotá: San Pablo.
- Ruiz, J.I. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2da. edición). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sánchez, J. & Sánchez, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. R & C Editores. (s.d.)

Torres, L. (2007). El adicto y la familia en recuperación. *Rev. Anudando*, 18-20.

Tuta, D., Porez, A. & Camargo, Y. (2017). Terapia cognitiva: antecedentes, teoría y metodología. [*Investigación documental*]. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 10(2), 99-107.

Referencias electrónicas

Altınöz, A. E., Aslan, S., Uğurlu, M., Özdel, K., Sargin, A.E. & Türkçapar, M.H. (2016). Measuring the beliefs on alcohol craving by using craving beliefs questionnaire: preliminary results of its psychometric properties in a Turkish sample. *Journal of Substance Use*, 21(5), 455-459.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14659891.2015.1056852>

Álvarez, C. (2008). Teoría transteorética de cambio de conducta: herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. *MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 5(1).
<https://www.redalyc.org/pdf/2370/237017527003.pdf>

Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77(12), 25-32. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77807705.pdf>

Bejarano, J. (2005a). Alcohol, gender and partner aggression: a study in the Greater Metropolitan Area of Costa Rica. *World Health and Substance Abuses, Geneva*.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_gender_drinking_problems.pdf

- Bejarano, J. (2012b). *Consumo de Drogas en Costa Rica encuesta nacional 2010: alcohol. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.*
<https://www.iafa.go.cr/investigacion/nuestras-investigaciones/encuesta-nacional-sobre-consumo-de-drogas-costa-rica-2010.html>
- Bejos, M. (2016). Familia y adicciones. *Liberaddictus.*
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/familia.pdf
- Bolio, A. (2012). Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *Reencuentro*, 65, 20-29.
<https://www.redalyc.org/pdf/340/34024824004.pdf>
- Bonilla-Jiménez, F. & Escobar, J. (2017). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67.
[http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20\(2\).pdf](http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20(2).pdf)
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva.* Buenos Aires. <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>.
- Chang, C., Huang, C., Wu, W., Wang, B., Liu, Y., Shen, H. & Lee, T. (2011). Psychometric properties of the Chinese craving beliefs questionnaire for heroin abusers in methadone treatment. *BMC psychiatry*, 11(1), 39.
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-39>
- Diez, P., Martínez, G., Brines, M., Chapa, R. & García, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13(2),

147-152.

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Tratamiento_drogas_procesos.pdf

Erausquin, C., Sulle, A. & García Labandal, L. (2016). La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica. *Anuario de Investigaciones*, 23(2). <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696009.pdf>

González Salazar, I.D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, 57, 12-7. <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/ret57-2.pdf>

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). (2015). *Consumo de drogas y relación droga/delito en el sistema penitenciario para hombres adultos en condición de sentenciados. Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas.* http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/CR_Estudio-C%C3%A1rcelesVarones_2015_ICD.PDF

Instituto Costarricense sobre Drogas. (2014). *Relación entre delito y consumo de drogas en mujeres sentenciadas, CAI Buen Pastor.* Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas. https://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/Relacin_delito_drogas_mujeressentenciadas_PenalBuenPastor.pdf

Instituto Nacional sobre Drogas. (2018). *Informe de situación nacional sobre drogas y actividades conexas: Costa Rica 2017.*

https://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_SituacionNacional_DrogasActivConexas_2017.pdf

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2018). *VI encuesta nacional 2015: Consumo de drogas en Costa Rica*. San José.
<https://www.iafa.go.cr/images/descargables/investigaciones/Encuesta--Nacional-de-Drogas-2015.pdf>

Libertad, M.A. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=pt.

Lira, N.A.H. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros en Red.
https://books.google.co.cr/books?id=EzlwZg_aH6AC&pg=PA71&dq=teor%C3%ADa+cognitiva-conductista&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi6gY6wprrbAhVQ21MKHXeBBUIQ6AEILTAB#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20cognitiva-conductista&f=false

Martínez González, J.M. & Verdejo García, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1). <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122829006.pdf>

Martínez-González, J.M., López, R.V., Lozano-Rojas, O. & Verdejo-García, A. (2017). Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída. *Adicciones*. 30(3), 170-178.
<http://es.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/809/889>

- Miller, W.R. (2002). *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias*. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias. http://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Interv_Psico_terapeutica/0k_Motivacion_para_el_cambio.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Una guía útil sobre drogas*. Secretaría General de Sanidad. España. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/102.pdf>
- Molero, F. (2004). Cohesión grupal. *Psicología de grupos: estructura y procesos*. Madrid: UNED. <http://psicologia.isipedia.com/tercero/psicologia-de-los-grupos/06-cohesion-grupal>
- Noriega, J.Á.V. & Medina, J. E.V. (2012). El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones. *Psicología & Sociedade*, 24(2), 272-282. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/03.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (UNODC). (2016). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima-Perú: Industrias Gráficas MACOLE S.R. <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/abuso-de-drogas-en-adolescentes-y-jovenes-y-vulnerabilidad-familiar/>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000897cnt-2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas_resumen.pdf

- Peralta, M.L. & Carbajal, P. (2008). *Adherencia al tratamiento*. Rev. Cent. Dermatol Pascua. 17(3):84-88. <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J.O. (1999). ¿Cómo cambian las personas, y cómo podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas más personas? *American Psychological Association*, 227-255. <https://psicouas.files.wordpress.com/2009/03/prochaska-motivacion-para-el-cambio.pdf>
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. & Medina-Mora, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Revista de Salud Mental*. 34: 351- 365. <http://www.redalyc.org/pdf/582/58221317008.pdf>
- Ruiz-Olivares, R. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Rev. Clínica y Salud*, 27(1):1-6. <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180644972001.pdf>
- Sáenz, M.A. (2003). Aportes sobre la familia del farmacodependiente. *Revista de Ciencias Sociales (CR)*, 1(99). <https://revistacienciasociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS99/02.pdf>

- Sánchez, J., Rosa, A. & Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3): 641-654. <http://www.psicothema.com/pdf/316.pdf>
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V. & Marales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3):159-166. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1001190>
- Secades, R. & Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Universidad de Oviedo, *Psicothema*, 13 (3): 365-380. <http://www.psicothema.com/pdf/460.pdf>
- Tomás, J. & Almenara, J. (2008). *Evaluación de la atención en la infancia y la adolescencia*. Máster en Paidopsiquiatría. http://www.paidopsiquiatria.cat/files/evaluacion_atencion.pdf.

CAPÍTULO IX. ANEXOS



9.1 Anexo 1. Consentimiento Informado Comité Ético Científico UCR

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Psicología

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Título del proyecto: Estrategia de Intervención Cognitivo-Conductual para el cambio en las creencias sobre el consumo de drogas en mujeres con antecedentes de abuso múltiple de sustancias psicoactivas recluidas en el CAI Calle Real de Liberia.

Código del proyecto: _____

Nombre de la Investigadora Principal: Gisela Orias García

Nombre de la participante: _____

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** la presente investigación tiene como objetivo “Determinar si posterior a una estrategia de intervención grupal de orientación cognitivo-conductual se evidencian cambios en las creencias sobre el abuso de drogas y las conductas adictivas en un grupo de mujeres recluidas en el CAI Calle Real de Liberia”, y responde a una Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología en la Universidad de Costa Rica; a partir de la cual se espera obtener información acerca del proceso de rehabilitación en mujeres que han presentado consumo múltiple de drogas, así como brindar un espacio en el cual las participantes puedan expresarse respecto al tema.

El proyecto tendrá una duración de 24 sesiones de trabajo, a cargo de la egresada Gisela Orias García.

- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** la propuesta de intervención se encuentra dividida en tres etapas. En la primera, usted deberá completar dos cuestionarios relacionados con

las creencias hacia el consumo de drogas. En la segunda etapa, usted participará en un proceso terapéutico grupal dirigido desde un enfoque Cognitivo-Conductual, el cual tiene una duración de 14 sesiones de trabajo semanales. Por último, deberá completar nuevamente dos cuestionarios acompañados de una entrevista; los resultados de estos serán comparados con los que se le aplicaron al inicio del proceso.

En el momento en que acepta formar parte del estudio, se compromete a asistir y participar activamente en las diferentes sesiones de trabajo.

Con su participación en este estudio no obtendrá beneficios carcelarios.

- C. **RIESGOS:** su participación en este estudio puede generar cierta incomodidad en usted; por lo siguiente: brindará información personal relacionada con el consumo de drogas, así como relacionadas con su ambiente familiar y social, lo cual podría causarle incomodidad, debido a la posible pérdida de privacidad. Sin embargo, todo lo conversado en las entrevistas y en las sesiones de trabajo quedan bajo secreto profesional, a excepción de los casos en que esté en riesgo la vida de la participante o cualquier otra.
- D. **BENEFICIOS:** el beneficio que obtendrá como participante será la posibilidad de expresar emociones, sentimientos y pensamientos acerca de diferentes situaciones relacionadas con el consumo de drogas, así como construir diferentes herramientas de afrontamiento, con las que podrá manejar otras situaciones que se le puedan presentar en un futuro.
- E. **VOLUNTARIEDAD:** su participación en la presente investigación es voluntaria; es decir, usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin ser castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.
- F. **CONFIDENCIALIDAD:** la investigadora garantizará el estricto manejo y confidencialidad de la información brindada por la participante a lo largo del proceso. A cada participante se le asignará un seudónimo (ejemplo: Tulipán), el cual mantendrá hasta el final del proceso. En los casos en los que se requiera grabar audios de las sesiones de trabajo grupal, estos serán eliminados posteriormente a su uso dentro de la investigación. De igual manera, los resultados de la investigación podrán ser utilizados en futuros trabajos, manteniendo en el anonimato la identidad

de las participantes. A los datos y resultados del estudio tendrán acceso los miembros del comité asesor del trabajo. Las participantes podrán acceder a los datos cuando haya culminado el proceso, a través de un informe entregado a la institución.

La confidencialidad está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense, la cual obliga a informar sobre cualquier tipo de maltrato, o cuando esté en riesgo la vida de alguna persona.

- G. INFORMACIÓN:** antes de dar su autorización como participante del estudio, debe hablar con la profesional responsable de la investigación sobre este, y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y sus derechos. Si quisiera más información, puede obtenerla llamando a Gisela Orias García, al teléfono (506) 8555-5658 en el horario: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación, al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfono 2257-7821, extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Para cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica, *a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398*, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., o con el Director del Proyecto, MSc. Mario Alberto Sáenz Rojas, al teléfono (506) 8814-4141, en horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 3:00 p.m.
- H.** Usted NO perderá ningún derecho por firmar este documento, y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas, y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación, y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula de el/la investigador(a) que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

9.2 Anexo 2. Cuestionario de creencias sobre el CRAVING (CBQ)
CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE EL CRAVING (CBQ)

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor, lea las frases escritas a continuación y evalúe en qué medida está o no de acuerdo con las mismas.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Su respuesta

Frases

1. El <i>craving</i> es una reacción física y, por lo tanto, no puedo hacer nada para evitarla.
2. Si no freno, los <i>cravings</i> empeoran.
3. El <i>craving</i> te vuelve loca.
4. El <i>craving</i> es responsable de que use drogas.
5. Siempre tengo <i>craving</i> de drogas.
6. No tengo control alguno sobre el <i>craving</i> .
7. Una vez que el <i>craving</i> ha empezado, ya no tengo control sobre mi comportamiento.
8. Tendré <i>craving</i> de drogas el resto de mi vida.
9. No puedo soportar los síntomas que tengo cuando aparece el <i>craving</i> de drogas.
10. Mi castigo por usar drogas es el <i>craving</i> .
11. Si nunca has tomado drogas, entonces no puedes tener ni idea de lo que es el <i>craving</i> (y no puedes esperar que consiga resistirme).
12. Mis imágenes y pensamientos cuando tengo <i>craving</i> de drogas están totalmente fuera de mi control.
13. El <i>craving</i> me pone tan nerviosa que no lo puedo soportar.
14. Nunca estaré preparado para soportar el <i>craving</i> .
15. Como seguiré teniendo el <i>craving</i> el resto de mi vida, da lo mismo que siga tomando drogas.
16. Cuando tengo <i>craving</i> de drogas, no puedo hacer nada.
17. O bien tengo el <i>craving</i> de drogas o no lo tengo, no hay nada en medio de estos dos estados.
18. Si el <i>craving</i> se intensifica demasiado, la única forma de sobrepasar dicha sensación es mediante el uso de drogas.
19. Cuando aparece el <i>craving</i> de drogas, está bien usar alcohol para enfrentarlo.
20. El <i>craving</i> es más fuerte que mi fuerza de voluntad.

9.4 Anexo 4. Guía de entrevista

- Datos Sociodemográficos

- Edad.
- Lugar de procedencia.
- Escolaridad.
- Ocupación antes de ingresar al CAI.
- Estado civil (tiene pareja actualmente).
- Hijos (edades y con quién viven).
- ¿Cuántas veces ha estado en prisión?
- Motivo de encarcelamiento.

- Datos relevantes de la infancia y adolescencia

- Situación socioeconómica familiar.
- Relación con los padres.
- ¿Tiene hermanos(as) y qué lugar ocupa entre ellos?
- Acontecimientos que marcaron la infancia.

- Datos relevantes del consumo y abstinencia

- Edad de inicio de consumo.
- Motivo por el cual inició consumo.
- Regularidad.
- Tendencias (acompañada o sola, hijos presentes).

- Actualidad

- ¿Cuál consideran que fue el impacto que generó el proceso?

- ¿Cuáles cambios identifican entre lo que pensaban antes de iniciar el proceso y ahora?
- Situaciones que enfrenta actualmente, que pueden influir en su consumo (recaída).
- ¿Cuáles son sus proyectos al salir del CAI?

9.5 Anexo 5. Organización de las sesiones de trabajo grupal

Sesión	Tema	Objetivo
1	Conociéndonos.	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar un espacio de escucha activa y discusión sobre aspectos de las participantes. - Indagar sobre algunos aspectos relacionados con el consumo de las participantes.
2	Conceptos básicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Generar <i>rappor</i>t con las participantes. - Brindar algunos conceptos claves tales como <i>Craving</i>, drogas y efectos, entre otros. - Generar un espacio, donde las participantes expongan sus conocimientos sobre el tema de consumo y abuso de sustancias psicoactivas.
3	¿Qué significan las drogas para mí?	<ul style="list-style-type: none"> - Indagar sobre el significado que tienen las drogas en la vida de las participantes. - Determinar posibles detonadores de consumo y recaídas.
4	Relación pensamiento-sentimiento-acción.	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica la relación que existe entre lo sienten, piensan y hacen.
5	Mito vrs. Verdad.	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar información sobre mitos y verdades de las drogas. - Identificas mitos presentes en las participantes acerca de las drogas y el consumo.
6	Creencias adictivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Indagar acerca de las creencias centrales y periféricas que tienen las pacientes sobre el consumo de sustancias.
7	Recaídas.	<ul style="list-style-type: none"> - Indagar acerca los recursos con los que cuentan las participantes para el afrontamiento de las recaídas. - Brindar herramientas alternativas para el afrontamiento de las recaídas.
8	El papel de la motivación.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el papel que juega la motivación en los tratamientos de las adicciones. - Indagar sobre el concepto que tienen las participantes de motivación y el papel de esta en sus vidas.
9	Manejo de <i>Craving</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar técnicas sobre el manejo del <i>craving</i>. - Indagar acerca los recursos con los que cuentan las participantes para el manejo del <i>craving</i>.
10	Control de ira y ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar técnicas y alternativas para el control de la ira y la ansiedad. - Identificar emociones y sentimientos relacionados con la ira y con la ansiedad. - Conocer los recursos con los que cuentan las participantes para el afrontamiento de la ira y la ansiedad.
11	Redes de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> - Crear redes de apoyo entre las participantes. - Indagar sobre las redes de apoyo externas al centro penitenciario con las que cuentan las participantes.
12	Habilidades y destrezas.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer las habilidades y destrezas con las que cuentan las participantes.
13	Proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer los proyectos de vida posteriores a la reinserción que tienen las participantes. - Crear alternativas para el afrontamiento de posibles situaciones a las que se puedan enfrentar las participantes.

14	Mantenimiento de cambios.	<ul style="list-style-type: none">- Motivar, a las participantes, a que mantengan los cambios que ha generado el proceso en sus maneras de pensar sobre las drogas.- Enfatizar en las habilidades y proyectos de vida de las participantes.
----	---------------------------	--