

Universidad de Costa Rica
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Escuela de Enfermería

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería
“Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con
antecedentes de uso de sustancias psicoactivas”

Estudiantes:

Gloriana Matarrita Vásquez B44124

Katherine Morales Morales B34689

Comité asesor:

MSc. Denis Carrillo Díaz, director.

Dr. Derby Muñoz Rojas, lector.

Dr. Noé Ramírez Elizondo, lector.

San José, Costa Rica

2020

Dedicatoria

A nuestra familia, por ser nuestro pilar y motivación, con amor y apoyo incondicional.

A nuestros profesores, compañeros y amigos que nos apoyaron en este camino.

A nuestros lectores, por ser parte de este proyecto.

A nuestro director, MSc. Denis Carrillo Díaz por su respaldo y guía, por impulsarnos a dar el mejor resultado posible en esta tesis y por ser para nosotras un modelo de excelencia profesional.

Por último, a las mujeres que nos abrieron sus corazones para hacer posible esta investigación, por y para quienes este estudio tuvo lugar.

Gloriana y Katherine

Resumen

Es necesario reconocer que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) representa un problema de salud pública en Costa Rica y en muchas partes del mundo. Y en el caso particular de las mujeres podemos afirmar que una conducta de consumo se vuelve más compleja, ya que representa un reto a los estereotipos que impone la sociedad al género femenino. A la mirada de la sociedad, la imagen de la mujer consumidora se encuentra más deteriorada y estigmatizada que la de los varones, principalmente porque quebrantan las normas asociadas a la maternidad y otros roles que la sociedad le atribuye, trayendo por ende mayores repercusiones como rechazo social, miedo al tratamiento, discriminación, falta de atención, rompimiento de vínculos y pérdida de la familia. Además, desde la evidencia empírica, muchas veces el factor género no es considerado como un elemento de influencia, como resultado, predominan las investigaciones sobre el consumo en poblaciones masculinas, dejando por ende un vacío de conocimiento en este ámbito.

En esta investigación surgió el propósito de conocer cómo son las experiencias de consumo, las particularidades y subjetividades de un grupo de mujeres, así como el significado que le dan a la enfermedad de la adicción, y, desde el enfoque de enfermería, se exploró este fenómeno bajo la luz de la Teoría de Incertidumbre ante la Enfermedad, de Merle Mishel.

Se objetivó explorar las experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de SPA, en un Centro de Restauración durante el 2019. Consistió en una investigación cualitativa de enfoque descriptivo utilizando como método de recolección de datos la entrevista semiestructurada.

Las experiencias de las participantes se encontraron determinadas por diferentes elementos que surgieron, de forma que el análisis de resultados fue construido alrededor de los mismos: a) los roles de género y sus reflujos en la incertidumbre, donde se abordaron las experiencias de las mujeres en relación con el rol de la maternidad, la prostitución, su cuerpo y los abusos recibidos; b) luces y sombras: las percepciones sobre el proceso de rehabilitación, en el cual se exponen aspectos asociados con las relaciones familiares, la espiritualidad, la institucionalización, sus detonantes, el duelo y los reaprendizajes que implica su proceso de rehabilitación; y c) cuerpo depredado: la materialización de la pérdida, en donde se hizo referencia a las manifestaciones particulares que experimentaron las participantes.

Se concluyó que, en las mujeres, las experiencias de consumo de SPA tienen sus particularidades, por lo que su abordaje, tratamiento y seguimiento debe llevar un enfoque de género, tomando en consideración las necesidades específicas de esta población.

Además, para enfermería, el estudio y aplicación de la teoría en cuestión, permite el desarrollo de estrategias e intervenciones para abordar la incertidumbre de los usuarios y su familia de forma que, en su interpretación de la enfermedad, ésta sea vista como una oportunidad y se logre la adaptación, mejorando así la calidad de vida.

Tabla de contenido

CAPÍTULO I: Introducción	9
Introducción	10
Planteamiento del Problema	12
Implicaciones para Enfermería	16
Factibilidad del Estudio y Disposición de Recursos	18
CAPÍTULO II: Objetivos	19
Pregunta de Investigación	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos.....	20
CAPITULO III: Macro Referencial	21
Marco Teórico	22
Antecedentes de Incertidumbre	25
Marco de Estímulos	25
Capacidad Cognitiva.....	26
Proveedores de Estructura	27
Proceso de Valoración	28
Inferencia	29
Ilusión	29
Afrontamiento de la Enfermedad	29
Incertidumbre, Peligro y Afrontamiento	29
Incertidumbre, Oportunidad y Afrontamiento	29
Incertidumbre y Adaptación	30

Marco Conceptual	31
Consumo de sustancias psicoactivas	31
Patrones de consumo.....	33
Clasificación de las SPA.....	36
Neurobiología	37
Efectos del Consumo de SPA	41
Efectos Biológicos	41
Efectos en el Autocuidado	43
Efectos Psicológicos	44
Efectos Sociales	52
Género y Consumo	54
Estigma	58
Estigma y la Persona Adicta	61
Estigma y la Mujer Consumidora	62
El Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud	63
Enfoques de Rehabilitación	66
Los Doce Pasos	66
Enfoque Cristo-Céntrico	70
La Adicción y el Género como Determinantes Sociales de la Salud	71
Adicción como D.S.S.	71
Género como D.S.S.	72
Marco Empírico.....	74
Conceptos Relacionados.....	74
Aplicaciones de la Teoría	79

CAPITULO IV: Metodología	85
Modalidad del Trabajo Final de Graduación	86
Enfoque de Investigación.....	86
Tipo de Investigación.....	86
Fases Metodológicas	87
Lugar Donde se Realizó el Estudio	89
Muestreo y Estrategia de Reclutamiento	90
Criterios de Selección	90
Técnica de Recolección de Datos	92
Categorías de Análisis.....	93
Análisis de Datos	99
Criterios de Rigurosidad	101
Criterios de Calidad	103
Consideraciones Éticas	106
CAPÍTULO V: Resultados	112
Características de las Mujeres Participantes	113
Resultados de las Entrevistas	117
Inferencias Interpretativas según las Divisiones de Subcategorías	121
Inferencias Interpretativas por Subcategorías	126
Inferencias Interpretativas por Categorías	132
Resultados de la Investigación como Conclusiones de Tercer Nivel como Inferencias Interpretativas	135
Antecedentes de incertidumbre	135
Proceso de valoración	135
Afrontamiento de la enfermedad	136

CAPÍTULO VI: Discusión	137
Los Roles de Género y sus Reflujos en la Incertidumbre	139
La Dualidad de la Maternidad	143
Dos Inferencias Perniciosas	152
Hacia una Transformación de la Imagen Corporal	159
Luces y Sombras: las Percepciones sobre el Proceso de Rehabilitación	163
Las Polaridades de los Vínculos Cercanos	163
El Discurso Religioso: La Ilusión Emergente	170
La Burbuja de Cristal: Las Paradojas del Cautiverio	178
Eros y Thanatos: La Dicotomía entre la Abstinencia y la Recaída	187
Entre el Duelo y la Esperanza	195
Cuerpo Depredado: la Materialización de la Pérdida	200
Los Disturbios Atroces	201
Entre la Confusión y la Lucidez	205
CAPÍTULO VII: Consideraciones Finales	211
Conclusiones	212
Recomendaciones	217
Limitaciones	218
CAPÍTULO VIII: Referencias y Anexos	220
Referencias.....	221
Anexos	236
Anexo 1. Entrevista semiestructurada utilizada como instrumento para la recolección de datos	236
Anexo 2. Carta de aprobación de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica.....	243
Anexo 3. Consentimiento informado	244

Anexo 4. Carta de aprobación del consentimiento informado por parte del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica	247
Anexo 5. Cartas de solicitud y autorización del lugar de investigación	248
Anexo 6. Actas de presentación del requisito final de graduación	251

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad.....	24
Figura 2. El Gráfico Emocional	46
Figura 3. Representación de las etapas del modelo transteórico	64
Figura 4. Inferencias interpretativas por persona por división de subcategoría	118
Figura 5. Inferencias interpretativas por persona por subcategoría	119
Figura 6. Inferencias interpretativas por persona por categoría.....	120
Figura 7. Esquema análisis de resultados	210

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Categorías de análisis	94
Cuadro 2. Características de las mujeres entrevistadas	113
Cuadro 3. Inferencias interpretativas de las respuestas obtenidas por las mujeres de Casa de Paz, según las divisiones de subcategorías	121
Cuadro 4. Inferencias interpretativas de las respuestas obtenidas por las mujeres de Casa de Paz por subcategorías	126
Cuadro 5. Inferencias interpretativas de las respuestas obtenidas por las mujeres de Casa de Paz por categorías	132

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Es indudable que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la población representa un gran problema de salud pública. En el caso especial de las mujeres es seguro que una conducta de consumo se vuelve más compleja, ya que representa un reto a los estereotipos que impone la sociedad. A una mujer consumidora se le atribuye el papel de promiscua, lo sea o no, de mala madre y mala esposa, ya que por años ha sido vista culturalmente como encargadas de lo moral y de los valores, además, la imagen de la mujer consumidora suele ser vista como una forma desviada de la feminidad “normal” y como una compensación de deficiencias físicas o mentales (Romero et al., 1996; Romo, 2010).

A pesar de que los tiempos han cambiado y el interés por la investigación en diversas áreas ha aumentado, las percepciones sociales hacia las mujeres consumidoras siguen igual, ellas han sido invisibilizadas por la sociedad y dejadas de lado por el campo de la investigación. Datos publicados por diversas instituciones sobre SPA permiten afirmar que los hombres consumen más sustancias ilícitas que las mujeres (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), 2017; Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), 2013) y por ello, tradicionalmente, los trastornos adictivos han sido considerados como enfermedades de la población masculina. Esto debido a que en los estudios sobre consumo de SPA es común que se ignore el factor género como elemento de relevancia, provocando que actualmente se sepa mucho menos sobre la prevalencia y las pautas de uso indebido de SPA en las mujeres y de sus necesidades de tratamiento (Romero et al., 1996; Romo, 2010; Urbano y Arostegi, 2004).

Considerando este vacío de conocimiento sobre la población de mujeres con antecedentes de consumo de SPA nació el propósito del presente trabajo final de graduación, dirigido al estudio de estas mujeres, quienes han sido apartadas, invisibilizadas

y estigmatizadas socialmente, además, buscamos conocer cómo son sus experiencias de consumo, sus particularidades y subjetividades, así como el significado que le dan a la enfermedad de la adicción, asimismo, desde el enfoque de Enfermería nos propusimos explorar el fenómeno bajo la luz de la Teoría de la Incertidumbre ante a la enfermedad de Merle H. Mishel (1988).

En esta tesis participaron nueve mujeres con antecedentes de uso de SPA, provenientes de distintas regiones del país, y que residían en un centro de rehabilitación ubicado en la provincia de Alajuela. Cada una de ellas con experiencias distintas, nos narraron sus vivencias y percepciones en torno al consumo de SPA por medio de una entrevista semiestructurada, elaborada bajo el enfoque de la Teoría de Incertidumbre ante la Enfermedad. Este estudio se realizó entre 2018 y 2020, bajo la metodología del enfoque cualitativo y de tipo descriptiva con la cual se logró la caracterización y descripción del evento estudiado, mediante una amplia exploración y exposición del fenómeno del consumo de SPA, cuyos resultados requirieron de un análisis complejo para su total comprensión ya que arrojaron gran cantidad y variedad de datos no medibles. Además, cabe destacar que este estudio corresponde al área de investigación: Sociedad, Cultura y Salud, encargada de estudiar el fenómeno salud-enfermedad como proceso humano y social, desde una perspectiva disciplinar, multi, inter y transdisciplinar. A su vez, responde a la línea investigativa del “Fenómeno de las Drogas, Enfermería y Salud”, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

La investigación se desarrolló para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería, con el objetivo de explorar las experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de SPA. Al realizar esta investigación se buscó responder

a la pregunta: ¿Cómo son las experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de SPA?; lo cual se llevó a cabo con el acompañamiento y dirección del MSc. Denis Carrillo Díaz, y en colaboración del Dr. Derby Muñoz Rojas y el Dr. Noé Ramírez Elizondo como lectores, quienes conforman el comité asesor.

Además, como se ha mencionado, para este estudio, el sustento teórico del campo de enfermería es el propuesto por Mishel (1988), ya ampliamente utilizado por autores que se interesan por conocer las experiencias de incertidumbre en distintas poblaciones, más no en la de mujeres con antecedentes de consumo, reforzando nuestro interés en llenar esos vacíos. Trabajar bajo este fundamento teórico nos permitió evidenciar las particularidades en las vivencias de cada una de las participantes, logrando comprender y exponer el abismo de diferencias existentes cuando se considera el enfoque de género al investigar sobre el consumo de SPA. Además, nos propusimos, a partir de nuestros hallazgos, facilitar el desarrollo de intervenciones específicas para las necesidades de esta población, que permitan guiarles hacia la adaptación del proceso de su enfermedad, desde una perspectiva positiva, mejorando así su calidad de vida y la de sus personas allegadas, al mismo tiempo que aportamos contenido valioso en cuanto al abordaje de las mujeres con antecedentes de uso de SPA y sus experiencias, llenando vacíos de información en este tema de investigación.

Planteamiento del Problema

Según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, en su informe mundial sobre las drogas (2017); en el 2015 alrededor del 5% de la población adulta mundial, es decir aproximadamente 250 millones de personas, consumieron SPA por lo

menos una vez durante ese año. De estos consumidores 29 millones de personas padecen trastornos provocados por el uso de estas, representando el 0,6% de la población adulta mundial. Estos datos reflejan que el consumo de SPA llega a ser tan perjudicial en sus consumidores que pueden llegar a sufrir trastornos relacionados con sustancias¹ y necesitar tratamiento.

En el caso de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Roses, 2013) indica que al menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres sufren en algún momento de su vida trastornos causados por el uso de SPA como dependencia y otros padecimientos. Viéndose afectados 1,7 millones de hombres y 400.000 mujeres anualmente.

En Costa Rica, el Plan Nacional de Drogas 2013-2017 realiza una recolección de datos sobre el consumo de sustancias ilícitas por medio de una encuesta, realizada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (ICD, 2013). Algunos datos importantes de considerar sobre la situación de consumo en Costa Rica nos indican que en el 2010 el consumo activo de cocaína fue de mayor prevalencia en el grupo de 20 a 29 años, con un 2.4%. En el caso de las mujeres solo se reportaron eventos antes de los 19 años. Asimismo, sobre las SPA que se distribuyen bajo prescripción médica como los tranquilizantes, los estimulantes y los derivados del opio u opiáceos, su tendencia de consumo activo al 2010 bajó, pero al considerar la variable sexo, las mujeres demuestran un ligero mayor consumo que los hombres (1,31% comparado con el 1,00%). Del mismo

¹ Según el DSM-IV, los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una sustancia de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos, por lo cual en adelante se utilizará esta nomenclatura para referirse a los trastornos relacionados con SPA (American Psychiatric Association, 2000).

modo, al analizar las diferencias por sexo y edad en este grupo de sustancias, se destaca que las mujeres son más propensas al consumo activo que los hombres, especialmente en el uso de tranquilizantes en mujeres mayores entre los 60 a 69 años (3,0% contra 1,1%) y el consumo de estimulantes en edades más jóvenes de 30 a 34 años (2,1% contra 0,0%). Por otra parte, hubo un incremento del 19.7% en el número de personas que solicitaron servicios de atención, con 3551 pacientes tratados en Centros de Atención Integral en Drogas (CAID'S) durante el año 2010 y 4250 pacientes tratados en el 2011.

Considerando los datos expuestos, se evidencia que existe una tendencia al alza en las prevalencias de consumo activo de sustancias ilícitas (ICD, 2013). Sin embargo, después de una extensa revisión bibliográfica se observó como en Costa Rica, los estudios y datos de consumo centrados en mujeres son escasos; instituciones como el ICD y el IAFA, centran sus investigaciones, estadísticas e informes principalmente hacia la clasificación del consumo por tipo de sustancia, dirigidos más hacia la población en general y cuando estos son específicos se enfocan en poblaciones como la adolescente.

En los estudios sobre trastornos relacionados con sustancias muchas veces el factor género no es considerado como un elemento de influencia, como resultado, predominan las investigaciones sobre el consumo en poblaciones masculinas. A la mirada de la sociedad, la imagen de la mujer consumidora de SPA se encuentra más deteriorada y estigmatizada que la de los varones, esto asociado con su maternidad y los roles que la sociedad le atribuye, trayendo por ende mayores repercusiones como rechazo social, miedo al tratamiento, abandono, violencia, discriminación, falta de atención, rompimiento de vínculos y pérdida de la familia; a partir de lo cual se puede evidenciar cómo se generaliza una clara incompatibilidad entre ser mujer y ser consumidora. Asimismo, es notable cómo los

recursos de investigación y ayuda han sido orientados predominantemente hacia la población masculina, y considerando las diferencias que existen en las vivencias de consumo entre hombres y mujeres, surgió la necesidad de conocer desde la subjetividad el significado que le dan ellas al consumo; resaltando la relevancia de diversificación de estrategias en cuanto a prevención, tratamiento y reinserción de las mujeres con trastornos relacionados a sustancias. (García del Castillo, 2005; Romero et al., 2011; Romo, 2010).

En enfermería es bien sabido que el objeto de estudio es el cuidado, enfocado en la persona, su comportamiento y el significado de sus experiencias, considerándola como un ser holístico, con una gama de dimensiones y necesidades que deben ser abordadas mediante intervenciones integrales e individualizadas (Trejo, 2012; Zabalegui, 2003). Una de las dimensiones a considerar es la incertidumbre, siendo un elemento necesario de tomar en cuenta en las intervenciones con las personas, en este caso específico en una población de mujeres con antecedentes de consumo de SPA, dicha dimensión será abordada mediante la teoría de mediano rango “Incertidumbre ante la Enfermedad” propuesta por Merle H. Mishel (1988).

El fenómeno de la incertidumbre que postula Merle H. Mishel evalúa las reacciones de las personas ante la enfermedad y la forma en que la perciben como una oportunidad o como un peligro. A su vez la incertidumbre surge por una falta de información o conocimiento y otros factores como apoyo social, educación y capacidades cognitivas de la persona. El estudio de esta teorizante por parte de los profesionales de enfermería permite el desarrollo de estrategias e intervenciones para valorar la incertidumbre de los usuarios y su familia; además brindar la educación y guía necesaria para que, en su proceso de

valoración de la enfermedad, ésta sea vista como una oportunidad y se logre alcanzar la adaptación, mejorando así su calidad de vida (Trejo, 2012).

Mishel (1988) sugiere que el estudio continuo de esta teoría es necesario para probar la teoría y confirmar si es generalizable a varias poblaciones en la práctica enfermera; en palabras de dicha autora: “Es necesario el estudio continuo para probar la teoría y confirmar si es generalizable en la práctica enfermera. Para generalizar desde la teoría, son necesarios los estudios con diferentes poblaciones y en varios contextos” (p. 231).

Considerando lo anterior y la problemática de consumo de SPA en el mundo y en Costa Rica resulta necesario estudiar la aplicabilidad de esta teoría en la población de mujeres con antecedentes de consumo; ya que, como es sabido, las teorizantes en enfermería guían la práctica por lo que resulta importante desarrollar intervenciones adecuadas y oportunas dirigidas a esta población, asimismo, queda en evidencia la relevancia social que implica esta investigación, ya que como se ha mencionado con reiteración, el abordaje específico de la población femenina es escasa, por lo que este estudio aportará una visión más centrada en la subjetividad de las mujeres permitiendo así la atención especializada según las necesidades y percepciones de ellas en torno a su vivencia del consumo y la rehabilitación.

Implicaciones para Enfermería

En cuanto a las implicaciones para la práctica de enfermería, es válido mencionar que algunas publicaciones clínicas recientes han llevado la teoría de Mishel de la investigación a la práctica (Hansen et al., 2012 citado por Bailey y Stewart, 2015). La realización de esta investigación brinda una visión general sobre las experiencias de

incertidumbre en las mujeres participantes, facilitando así el desarrollo de intervenciones de enfermería desde el proceso enfermero que sean dirigidas a la reducción de la incertidumbre tanto en la población elegida como en poblaciones similares, y para guiarles hacia la adaptación al proceso de enfermedad desde una perspectiva positiva.

Bailey y Stewart (2015) mencionan que gracias al uso que han hecho los investigadores de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad y de sus escalas, se ha generado un amplio cuerpo de conocimientos. Mediante su aplicación en la práctica se pueden poner a prueba intervenciones enfermeras en las que se aborda la incertidumbre en contextos mórbidos. En consideración de lo anterior, este trabajo aportará, en el contexto investigativo, información útil para intervenir en el manejo de la incertidumbre en mujeres con antecedentes de consumo de SPA, y además impulsar a que se realicen investigaciones de este tipo en poblaciones y contextos diferentes.

Por otro lado, en el ámbito educativo la teoría ha sido ampliamente utilizada por estudiantes de grado como marco teórico en la realización de tesis y exposiciones (Bailey y Stewart, 2015). Los resultados producidos por esta investigación reflejaron la importancia de estudiar teorías enfermeras de mediano rango como esta, ya que en el proceso de formación en enfermería uno de los pilares radica en que el profesional entienda que las personas con quienes interactúa poseen una gama de dimensiones que deben ser abordadas mediante el cuidado holístico, siendo la incertidumbre ante la enfermedad un elemento necesario de considerar en las intervenciones con los usuarios. De este modo con esta investigación se reflejó la importancia de considerar la incorporación de dicha teorizante en los planes de estudios de la carrera de enfermería.

En cuanto a las implicaciones para la legislación se evidenció la necesidad de un replanteamiento político del abordaje de las mujeres, desde la subjetividad y sus experiencias de consumo, sugiriendo la creación de nuevos centros y programas de ayuda enfocados en ellas, además, se presentó evidencia sobre las condiciones emocionales y vivencias personales de la población femenina con trastornos relacionados a sustancias, lo cual permite tener un diagnóstico más preciso para incidir en que instituciones como el IAFA y el ICD se enfoquen aún más en la prevención y no tanto en una etapa avanzada del consumo y su rehabilitación. Al consultar el directorio programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas asociados al consumo de SPA (IAFA, 2013) se encuentra que en el país existen 74 programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, de los cuales solamente 18 atienden a mujeres y muchos de estos son mixtos, no específicos para ellas.

Factibilidad del Estudio y Disposición de Recursos

Se dispuso de un acuerdo verbal y escrito con la directora del Centro de Restauración Casa de Paz ubicado en Alajuela, quien autorizó la participación de las mujeres de este centro en el trabajo de investigación que se realizó. Dicho centro cuenta con un equipo interdisciplinario entre los cuales se encontraban los terapeutas, el psicólogo y la pastora, todos calificados en el tema del consumo, quienes estuvieron presentes al momento de realizar las entrevistas, para intervenir en caso de ser necesario. Además, se contó con la guía del MSc. Denis Carrillo quien brindó un acompañamiento cercano para el estudio de la teoría utilizada, debido a que ésta no forma parte explícita del plan de estudios.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

Pregunta de Investigación

¿Cómo son las experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de SPA?

Objetivos

Objetivo General

Explorar las experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de SPA, en el Centro de Restauración Casa de Paz, durante el 2019.

Objetivos Específicos

- Identificar los antecedentes de incertidumbre de mujeres con antecedentes de uso de SPA.
- Identificar el proceso de valoración de mujeres con antecedentes de uso de SPA.
- Identificar el afrontamiento de la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de SPA.

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se desarrolló el contenido del marco referencial el cual está conformado por tres secciones: el marco teórico, en donde se desarrolló la teoría de Incertidumbre ante la Enfermedad propuesta por Merle H. Mishel en 1988, que fue el fundamento mediante el cual se analizaron las experiencias de las mujeres participantes. El marco conceptual, en el que se definieron una serie de conceptos y términos asociados al tema. Por último, el marco empírico, en este se recopiló una serie de antecedentes de investigaciones que muestran relación con el tema de estudio.

Marco Teórico

La teoría de Incertidumbre ante la enfermedad fue publicada por Merle H. Mishel en 1988 como una teorizante enfermera de mediano rango, la cual fue desarrollada desde una perspectiva tanto teórica como empírica. La teoría explica cómo las personas les dan un significado a los eventos relacionados con el proceso de enfermedad, tomando en cuenta la incertidumbre como una ausencia de significado o incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad.

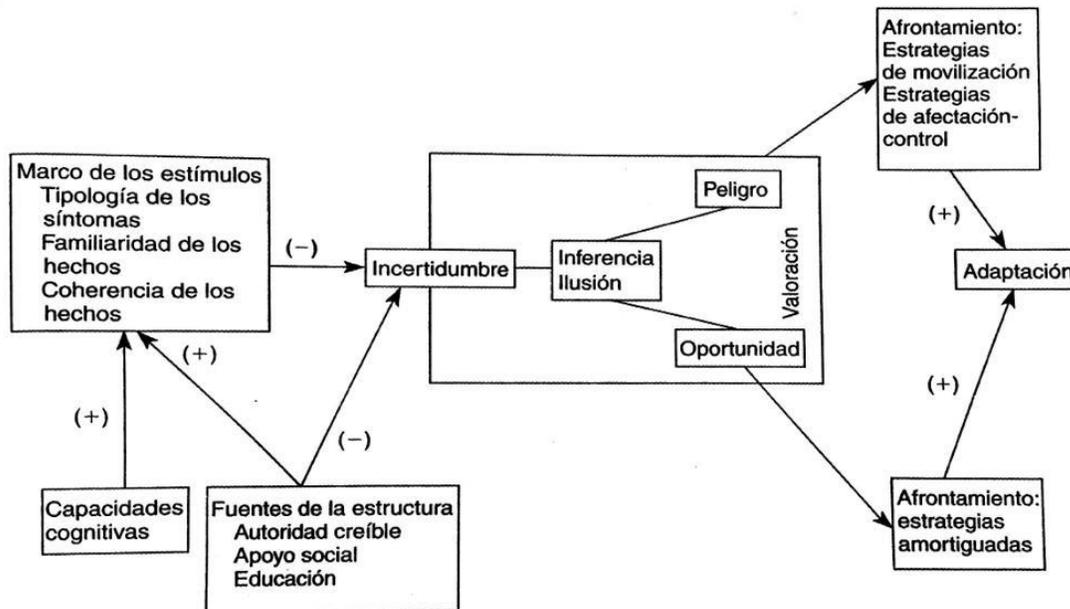
Merle H. Mishel nació en 1939 en la ciudad de Boston (Massachusetts). En 1966 obtuvo un máster en Enfermería Especializada en Atención Psiquiátrica en la Universidad de California. Posteriormente obtuvo otro máster y su doctorado en Psicología Social. En su tesis doctoral se centró en el desarrollo y en la evaluación de la escala de la ambigüedad percibida frente a la enfermedad (Perceived Ambiguity in Illness Scale) posteriormente conocida como la escala de Mishel de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel Uncertainty in Illness Scale). Al principio de su carrera, Mishel trabajó como enfermera especializada en atención psiquiátrica, luego en el periodo que realizaba su tesis doctoral formó parte del departamento de Enfermería de la California State University donde

ascendió de ayudante de profesor a profesora. Tras finalizar su doctorado en Psicología Social en 1981, se trasladó al College of Nursing de la Universidad de Arizona, donde fue profesora y jefa de enfermeras de la división del área de Salud Mental. Durante su estancia en la Universidad de Arizona, Mishel recibió un gran número de subvenciones para llevar a cabo sus investigaciones, con las que se financió un desarrollo continuado del marco teórico para la incertidumbre frente a la enfermedad, al mismo tiempo que siguió ejerciendo como enfermera terapeuta en un programa de trasplantes de corazón en el centro médico de la universidad. Cada subvención de investigación se ha sustentado en los hallazgos de estudios anteriores para avanzar de forma sistémica hacia intervenciones de enfermería comprobadas científicamente y derivadas de la teoría. En la actualidad, Mishel colidera el Hillman Scholars Program, diseñado para producir una nueva generación de profesionales de enfermería innovadores con conocimiento y competencias en investigación para resolver problemas sanitarios complejos y mejorar los cuidados de los pacientes. Además de los numerosos premios y subvenciones recibidos, Mishel es miembro de un gran número de organizaciones profesionales, destacan la American Academy of Nursing, la Sigma Theta Tau International, la American Psychological Association, entre muchas más (Bailey y Stewart, 2015).

A continuación, en la figura 1 se presenta lo planteado por Mishel en su teoría, guiados por el modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad que dicha autora propone en su escrito original. Dicho modelo presenta los conceptos y las relaciones entre ellos como base para el entendimiento teórico y empírico de la teoría.

Figura 1.

Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad.



Fuente: Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. Imagen: *The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 226.

Asimismo, para la discusión de la teoría, la misma es desarrollada alrededor de tres grandes subtemas propuestos por Mishel: los antecedentes de incertidumbre, el proceso de valoración, y el afrontamiento de la enfermedad.

Según Mishel (1988), para la persona que atraviesa un proceso de enfermedad la incertidumbre en torno al qué pasará, cuáles serán las consecuencias de los hechos, y cuál es el significado de dichos hechos, resultan ser cuestionamientos importantes. El manejo de dicha incertidumbre asociada con la enfermedad y su tratamiento podría ser una tarea esencial para lograr la adaptación.

La incertidumbre es definida por Mishel (1988), como “la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad” (p.225). Es el estado cognitivo creado cuando la persona no es capaz de estructurar o categorizar adecuadamente un evento debido a la falta de suficientes señales o referencias. La incertidumbre ocurre en una situación en donde la persona no logra otorgarles un valor definido a los objetos o hechos y/o es incapaz de predecir con precisión los resultados que se obtendrán.

La teoría de incertidumbre explica cómo los pacientes procesan cognitivamente estímulos relacionados con la enfermedad y cómo les construyen significados a estos eventos. La incertidumbre, o incapacidad de estructurar significado, se puede presentar si el paciente no elabora un esquema cognitivo sobre los eventos relacionados con la enfermedad. El esquema cognitivo es la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización. Como se puede observar en la figura 1, el marco de estímulos, la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura son antecedentes de la incertidumbre y ofrecen la información que es procesada por el paciente. A continuación, serán desarrollados los componentes de la teoría que propone Mishel en 1988.

Antecedentes de incertidumbre

Marco de Estímulos

El primer antecedente es el marco de estímulos, el cual se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe la persona; este marco de estímulos contiene tres componentes: el patrón de los síntomas, la familiaridad del evento y la

congruencia del evento. Estos tres componentes proveen los estímulos que el paciente estructura dentro de su esquema cognitivo, con lo cual se reduce la incertidumbre.

Patrón de los Síntomas. El patrón de los síntomas se refiere al grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para ser percibidos en un patrón o configuración. Basados en este patrón, el significado de los síntomas puede ser determinado.

Familiaridad del Evento. La familiaridad del evento hace referencia al grado en que una situación es habitual, repetitiva, o que contiene claves reconocibles. Cuando un evento es reconocido como familiar, este podrá ser asociado a otros eventos de la memoria, y su significado podrá ser determinado.

Congruencia del Evento. La congruencia del evento se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en cuanto a eventos relacionados con la enfermedad, e implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión.

Como se puede observar en la figura 1, los tres componentes del marco de estímulos se encuentran inversamente relacionados con la incertidumbre; la reducen. A su vez estos elementos se encuentran influenciados por dos variables: la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura.

Capacidad Cognitiva

La capacidad cognitiva se refiere a las habilidades de procesamiento de información que posee la persona. Solo una cantidad limitada de información puede ser procesada en un determinado momento. La sobrecarga de información ocurre cuando esta capacidad de

procesamiento es excedida. Una capacidad cognitiva limitada reducirá la habilidad para percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia del evento; y, por lo tanto, aumentando la incertidumbre.

Proveedores de Estructura

La otra variable que influye sobre el marco de estímulos son los proveedores de estructura. Los proveedores de estructura hacen referencia a los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos. Estos reducen la incertidumbre tanto directa como indirectamente. La reducción de la incertidumbre ocurre directamente cuando el paciente confía en los proveedores de estructura para que interpreten los eventos. Por otro lado, la incertidumbre se reduce indirectamente cuando los proveedores de estructura ayudan al paciente a determinar el patrón de los síntomas, la familiaridad de los eventos y la congruencia de sus experiencias. Los proveedores de estructura son: el nivel educativo, el apoyo social y la autoridad con credibilidad.

Educación. Según Mishel (1988) aquellos quienes poseen una escolaridad inferior al nivel de secundaria demuestran mayores niveles de incertidumbre, ya que perciben con mayor complejidad el tratamiento, la enfermedad y se les hace más difícil comprender el sistema del cuidado. Por el contrario, aquellos con un nivel educativo superior son capaces de modificar o reducir la incertidumbre con mayor facilidad. Las personas con bajo nivel educativo requieren de mayor tiempo para construir el significado de los eventos, del mismo modo experimentan incertidumbre por periodos más prolongados que quienes tienen mayor nivel educativo.

Apoyo Social. El apoyo social que se recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos. La oportunidad de aclarar una situación a través de la discusión y las interacciones de apoyo con otros aclara las contingencias y ayuda al paciente a formar su esquema cognitivo.

Autoridad Creíble. La autoridad con credibilidad se refiere al grado de confianza que la persona tiene en el personal de salud que le atiende. De manera indirecta, la autoridad creíble influye en la incertidumbre a través de la asociación positiva que tiene con el marco de estímulos, así como se observa en la figura 1. El personal de salud fortalece el marco de estímulos al proveer información sobre las causas y consecuencias de los síntomas, ya que los pacientes usualmente dudan de su propia apreciación de la sintomatología por lo que buscan confirmación con el personal sanitario. A menudo, los pacientes no hacen el intento por comprender la tecnicidad de los mecanismos que subyacen su enfermedad, en su lugar, prefieren confiar en el personal de salud para que les establezcan una estructura lógica a los eventos que experimentan en torno a la enfermedad. Mishel (1988), afirma que la relación con el personal de salud representa el principal medio para prevenir o reducir la incertidumbre.

Proceso de Valoración

Cuando existe la incertidumbre, las tareas perceptuales de reconocimiento y clasificación quedan incompletas y la formación del esquema cognitivo se ve obstaculizado. Para que pueda ocurrir el reconocimiento y clasificación de los eventos relacionados con la enfermedad, los estímulos deben ser específicos, familiares, consistentes, completos y limitados en número y claros en sus características, además deben corresponder con un previo marco de referencia y ser congruentes a las expectativas del

paciente. Cuando el estímulo carece de estas características, ocurre un error en el procesamiento cognitivo y la incertidumbre aparece como estado cognitivo predominante.

El proceso de valoración en situaciones de incertidumbre comprende dos procesos principales: la inferencia y la ilusión.

Inferencia

Hace referencia a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas.

Ilusión

Se refiere a las creencias que nacen de la incertidumbre, creencias que generalmente tienen un enfoque positivo.

Afrontamiento de la Enfermedad

Incertidumbre, Peligro y Afrontamiento

Cuando la incertidumbre es considerada como un peligro, la posibilidad de un resultado perjudicial está determinada por la inferencia; una valoración peligrosa ocurre cuando la precisión predictiva de la inferencia es desconocida. La incertidumbre puede asociarse con una visión pesimista y una evaluación negativa del futuro, se asocia con altos niveles de ansiedad y depresión, y pueden influir en la ausencia o pérdida de credibilidad en las autoridades y falta de cuidado durante el diagnóstico y el tratamiento.

Incertidumbre, Oportunidad y Afrontamiento

Cuando la incertidumbre es considerada una oportunidad, la posibilidad de resultados positivos ocurre en respuesta a la valoración; esta posibilidad puede resultar de

la inferencia o de la ilusión, pero surge en mayor medida del proceso de la ilusión. La naturaleza amorfa y vaga de una situación de incertidumbre permite que ésta sea modificada por las personas en una situación positiva. Bajo la perspectiva de la incertidumbre, una nueva estructura de ilusión puede desarrollarse, lo cual presagia resultados positivos. Ver la incertidumbre como una oportunidad requiere preocuparse más por lo positivo que por lo negativo. Una valoración de oportunidad ocurre cuando existe una alta probabilidad de certidumbre negativa, entendiendo ésta como una situación de enfermedad con una trayectoria de descenso.

Incetidumbre y Adaptación

Si las estrategias de afrontamiento son efectivas ante un evento incierto que es valorado ya sea como peligro u oportunidad, habrá adaptación. Según Mishel (1988), la adaptación se entiende como un comportamiento biopsicosocial, el cual se produce dentro del rango de comportamiento habitual definido individualmente por la persona. Es básicamente una zona neutral que contiene una activación adecuada pero no extrema y que además permite que se den los comportamientos dirigidos hacia el logro de objetivos. La dificultad de adaptación implica un comportamiento fuera del rango habitual de la persona, con un nivel de activación superior o inferior a la norma de los individuos.

Mishel (1988) refiere que, en la mayoría de los estudios realizados sobre incertidumbre y adaptación, las variables de valoración y afrontamiento no son tomadas en cuenta. Por lo que resalta la necesidad de estudiar más a fondo la relación de la incertidumbre con la triada valoración-afrontamiento-adaptación para poder definir cómo el proceso de adaptación es influenciado por la incertidumbre cuando ésta es valorada como peligro o como oportunidad.

Marco Conceptual

Para la fundamentación del presente estudio resulta necesario la definición y comprensión de una serie de conceptos y términos asociados al tema. Se presenta el significado de SPA, los tipos de sustancias y sus efectos a nivel neurobiológico, social, personal y psicológico. Seguidamente se aborda la perspectiva de género y consumo, algunas nociones sobre la teoría del estigma, los enfoques de tratamiento y por último determinante social de la salud.

Consumo de Sustancias Psicoactivas

Las SPA, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser ingeridas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de una persona, estas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular dichos procesos (OPS, 2005). El uso de SPA con fines terapéuticos, recreativos y espirituales existe desde la antigüedad. A lo largo de casi todo el siglo XX, el uso de SPA con fines no médicos ha dado lugar a varias crisis sociales y sanitarias de distinta intensidad (Caudevilla, 2013), considerándose actualmente un problema de salud pública por sus implicaciones multidimensionales.

Entre las repercusiones sociales más importantes del consumo de sustancias se incluyen el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia (Organización de los Estados Americanos (OEA), 2013). En cuanto al impacto sobre la salud, el consumo de SPA aumenta los costos de atención a la salud debido a que aumenta el riesgo de muchas condiciones; lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes y

violencia), enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras); así como de desarrollo de uso nocivo, abuso y dependencia. La comorbilidad, es decir, la presencia de más de una enfermedad o trastorno es de especial relevancia, debido a que es muy frecuente que las personas con adicción padezcan algún otro trastorno psiquiátrico (OEA, 2013). Lo anterior implica que las SPA ilícitas contribuyen con el 0,8% y el alcohol con el 0,7% de la carga mundial de mortalidad y discapacidad, esto según un indicador de la OMS que evalúa el impacto de las enfermedades, lesiones y otros factores de riesgo con base en la mortalidad prematura y días vividos sin salud, y se le conoce como Carga Global de Enfermedad (OEA, 2013).

Independientemente de sus implicaciones sociales y para la salud, las SPA pueden obtener diferentes clasificaciones. Una de ellas por su estatus sociolegal, donde se dividen en tres categorías: el uso como medicación, el uso ilícito o ilegal y el uso lícito o legal (OPS, 2005); otra forma de agruparlas es con respecto a su origen, donde se puede distinguir entre las SPA naturales y las sintéticas (Caudevilla, 2013); y, por último, quizá la forma más práctica de clasificarlas es aquella que se refiere a sus efectos, los cuales se separan en estimulantes, depresores y psicodélicos (Caudevilla, 2013), cada uno de los cuales serán retomadas más adelante con el fin de profundizar en sus particularidades y características.

Ahora bien, a pesar de la evidente problemática que representa el consumo de SPA, afortunadamente la mayoría de la población mundial no las usa. De quienes llegan a probarlas, sólo un pequeño grupo las seguirá usando regularmente y de estos, sólo una fracción desarrollará patrones de uso nocivo y dependencia. La transición de una etapa de

uso a otra está asociada con una gran variedad de factores de riesgo relacionados con el individuo y su ambiente (OEA, 2013).

Patrones de Consumo

Existen diferentes patrones en el desarrollo de los trastornos por dependencia. Clásicamente se describe un patrón evolutivo que se inicia con una actividad voluntaria, de uso social o recreativo. En un inicio prevalece el efecto positivo y placentero, que el usuario siente que está bajo su control. Paulatinamente, en algunas personas la motivación del consumo va cambiando y la persona pasa de consumir para experimentar placer a hacerlo para evitar el malestar, para poder estar bien o para sentirse normal, aumentando la intensidad de la dosis y la frecuencia. Finalmente, una proporción pierde el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de dejar de usar las SPA a pesar de estar conscientes del daño que les producen (OEA, 2013).

De manera evolutiva, se pueden comprender los patrones de consumo de la siguiente manera:

- **Uso experimental:** Primeras veces que se consume una SPA determinada. Se refiere a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante (OMS, 1994), generalmente para probar sus efectos y después de pocos eventos de uso, se abandona (OEA, 2013).
- **Uso regular o social:** Se continúa usando la sustancia después de haber experimentado y se integra al estilo de vida habitual (OEA, 2013). Se ajusta a la costumbre social, principalmente en compañía de otras personas y sólo por motivos y formas socialmente aceptables (OMS, 1994).

- Uso nocivo: Modelo de uso de sustancias psicoactivas que genera daños a la salud y este puede ser físico o mental (OPS, 2005).
- Abuso: Modelo desadaptativo de uso de una SPA caracterizado por un consumo continuo, a pesar de que el sujeto es consciente de que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo repetido en situaciones en las que es físicamente peligroso (DSM-III-R citado por OMS, 1994).

Una vez que el individuo escala en estos patrones de consumo hasta llegar al abuso, se puede presentar la dependencia o síndrome de dependencia, este término técnico es el que actualmente se utiliza para el concepto de “adicción” (OPS, 2005). Es la noción que tiene la persona de que disminuye o pierde el control y la voluntad que tiene sobre el uso de la SPA; ya que el uso se ha hecho habitual y las ansias de volverla a consumir hacen que la persona sienta que el consumo ya no está bajo su control (OPS, 2005). Así mismo, en el DSM-IV se define la dependencia de sustancias como un conjunto de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella (DSM-IV, citado por Caudevilla, 2013).

Tras el uso continuo de la o las SPA, la persona con dependencia a menudo llega a la tolerancia y abstinencia. La tolerancia se manifiesta cuando una SPA produce un efecto descendiente al haber una dosificación repetida, o cuando se deben administrar dosis cada vez más grandes para producir el mismo efecto de antes (OPS, 2005). También se puede entender como el efecto obtenido tras la administración de una misma cantidad de sustancia, el cual disminuye notablemente con el consumo continuado (Caudevilla, 2013).

Como consecuencia al efecto de la tolerancia, las personas en busca de los efectos placenteros de la SPA suelen aumentar sus dosis de consumo a niveles tan elevados que pueden provocarse una intoxicación, la cual sucede posterior a la administración de una SPA y que produce desordenes a nivel de conciencia, cognitivo, perceptivo, afectivo o conductual, u otras reacciones psico-fisiológicas. Estos desordenes pueden llegar a resolverse con el tiempo y con una recuperación completa, excepto si hay daños en tejidos u otras complicaciones, por ejemplo, trauma, broncoaspiración de vómito, delirio, coma, convulsiones, entre otras (OPS, 2005).

Como resultado de la administración habitual y repetida de SPA se producen cambios neuroadaptativos en el sistema nervioso central (SNC); cuando la persona, por algún motivo, cesa bruscamente este consumo muchas veces se desencadena el síndrome de abstinencia (Caudevilla, 2013), el cual según la OPS (2005) es un cambio conductual de adaptación, relacionado con procesos fisiológicos y cognitivos, que ocurre cuando las concentraciones de una SPA en la sangre o tejidos disminuye en una persona que ha mantenido un uso intenso y prolongado. Se asocia también con el “craving” que hace referencia a un deseo extremadamente intenso e irrefrenable de autoadministrarse una sustancia (Caudevilla, 2013).

Las manifestaciones del síndrome de abstinencia y el craving desaparecen cuando se vuelve a consumir la sustancia deseada. Si, por el contrario, la persona modifica por completo su patrón de consumo y abandona el uso de SPA, se puede llegar a un estado de desintoxicación, en el cual el individuo deja de presentar gradualmente los efectos de estas. Es un proceso de retirada de la sustancia, de manera que se reducen al mínimo los síntomas de la abstinencia (OMS, 1994).

Clasificación de las SPA

Si bien existen diferentes maneras de agrupar las SPA, ya sea por su estatus sociolegal, por su origen o por sus efectos, en este apartado se abordarán las principales clases de sustancias, así como los efectos más comunes que produce cada una de estas en el cerebro. Vale la pena recalcar que, los efectos que produce una sustancia sobre una persona, así como el resultado de usarla, será diferente en cada individuo y dependerá de las variables individuales genéticas y biológicas, como también los factores sociales y culturales.

Las SPA se pueden clasificar según sus efectos estimulantes, depresores y psicodélicos o alucinógenos.

Las primeras son sustancias que activan el SNC, las cuales actúan como bloqueadores o antagonistas de los transportadores de neurotransmisores como la dopamina, serotonina y norepinefrina. El antagonismo de las proteínas transportadoras deja estos neurotransmisores monoaminérgicos disponibles en la hendidura sináptica para actuar sobre los receptores sinápticos y postsinápticos. Los efectos reforzadores de las SPA estimulantes se asocian con incrementos en la dopamina cerebral y con la ocupación de receptores D2. En esta clasificación se encuentra la cocaína, las anfetaminas, la cafeína, nicotina, éxtasis, entre otras (Caudevilla, 2013, OPS, 2005).

En cuanto a las SPA con efectos depresores, estas por el contrario disminuyen la actividad del SNC, actúan al incrementar la actividad inhibitoria mediada por los receptores GABA-A y disminuye la actividad excitatoria mediada por los receptores de glutamato, especialmente los receptores NMDA. Estos dos mecanismos de acción pueden explicar el

efecto general sedante de las SPA depresoras, como el alcohol, los barbitúricos, las benzodiazepinas, entre otros. En cuanto al etanol específicamente, sus efectos de reforzamiento probablemente se relacionan con un mayor ritmo de disparo de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral (ATV) y con la liberación de dopamina en el núcleo accumbens (Caudevilla, 2013, OPS, 2005).

Por último, las SPA con efectos psicodélicos o alucinógenos conforman un grupo químico diverso y se caracterizan por su capacidad de producir alteraciones perceptivas, distorsiones en las sensaciones y alterar marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Existe una amplia variedad ya que se pueden obtener de fuentes naturales y sintéticas. Podemos encontrar: dietilamida de ácido lisérgico (LSD), metilendioximetanfetamina (MDA) y la metilendioximetanfetamina (MDMA) o éxtasis, ketamina, entre otros (OPS, 2005).

Neurobiología

Como es sabido, en el trastorno asociado a sustancias se ve involucrada la función cerebral y su capacidad de producir comportamientos y pensamientos. En la persona con dependencia, se presentan síntomas conductuales altamente complejos principalmente relacionados con los efectos que ejercen las SPA sobre el SNC y sus estructuras. Por este motivo resulta necesario indagar los mecanismos que modifican el funcionamiento normal de las diferentes zonas del cerebro (OPS, 2005).

El sistema nervioso se divide en dos regiones, la central y la periférica. La primera está conformada por el cerebro y la médula espinal, esta controla procesos como la respiración, el ritmo cardiaco y el flujo sanguíneo, además, contiene receptores para

opioides, por ejemplo, la heroína y la morfina, y es por esta razón que estas sustancias pueden causar depresión respiratoria y la muerte (OPS, 2005).

La región donde el cerebro se une con la médula espinal se conoce como romboencéfalo o cerebro posterior, encima del cerebro posterior está el mesencéfalo o cerebro medio, en esta parte del cerebro se encuentran dos zonas de vital importancia para la dependencia de SPA; el área tegmental ventral (ATV) y la sustancia negra. El ATV es una zona rica en células dopaminérgicas que se proyectan a las regiones del sistema límbico y el lóbulo anterior; muchas SPA ejercen intensos efectos sobre esta área del cerebro, la cual contribuye a la dependencia, señalando que las SPA son muy importantes desde una perspectiva motivacional. La sustancia negra también posee proyecciones dopaminérgicas hacia el lóbulo posterior (OPS, 2005).

El otro componente del SNC es el cerebro, en el cual en su capa más externa se encuentra la corteza. Debajo de esta, se ubican millones de axones que interconectan con las neuronas, permitiendo la comunicación entre las distintas zonas del cerebro y la coordinación de la conducta. La corteza cerebral participa en diversos aspectos que llevan a la persona a la dependencia de SPA, desde los efectos primarios sobre las sensaciones y percepciones, hasta pensamientos complejos y comportamientos asociados con la necesidad de la sustancia y su uso incontrolado. Técnicas de imagenología, como la tomografía de emisión de positrones (TEP), han confirmado cambios en zonas de la corteza tras el uso de la SPA tanto a corto como a largo plazo (OPS, 2005).

Bajo la corteza también hay otras estructuras importantes como el núcleo accumbens. Esta es una zona de suma relevancia para el desarrollo de la dependencia a SPA. Este núcleo se encarga de la motivación, el aprendizaje y la emisión de señales sobre

el valor motivacional de los estímulos. La producción de dopamina en el núcleo de accumbens se ve aumentada al consumir SPA lo que se considera un evento importante en el mecanismo de reforzamiento de las mismas. Otra región de importancia que interactúa con la corteza cerebral y el núcleo accumbens, es el sistema límbico. Este sistema se relaciona con las emociones, la motivación y el aprendizaje por lo que también desempeña un papel importante en la dependencia a SPA (OPS, 2005).

Al hablar del núcleo de accumbens y el sistema límbico asociados al consumo de SPA, resulta significativo definir los siguientes conceptos. En primer lugar, la recompensa, que se refiere a los efectos placenteros o agradables de una sustancia. Son estímulos que proporcionan una motivación positiva para una conducta, lo cual nos lleva al segundo término: la motivación. Esta consiste en asignar recursos de atención y conducta a estímulos, en relación con sus consecuencias predichas. Por ende, la motivación implica aprender relaciones predictivas entre estímulos neutros y estímulos biológicamente significativos, y entre respuestas y sus resultados. Al aprender de estas relaciones predictivas, la persona puede actuar de forma que se produzcan los resultados más deseables (OPS, 2005).

Por otro lado, es fundamental tomar en consideración la unidad funcional del sistema nervioso: la neurona, y el papel que ésta ejerce en los trastornos asociados a sustancias.

Como es sabido, las neuronas son las encargadas de transmitir la comunicación en el cerebro, y el uso de SPA altera este proceso. La neurona es una célula nerviosa sumamente especializada y se divide en cuatro principales regiones estructurales (OPS, 2005):

- **Soma:** es el centro metabólico de la neurona que contiene al núcleo, quien engloba al material genético llamado ácido desoxirribonucleico (ADN). Las SPA pueden perturbar la expresión del ADN, resultando en cambios a corto o largo plazo en la función neuronal y, en última instancia, en la conducta.
- **Dendritas:** protuberancias sumamente ramificadas que se extienden desde el soma y reciben señales químicas de otras neuronas. Contienen espinas dendríticas que son pequeñas protuberancias en la superficie de una dendrita. La cantidad de estas espinas dendríticas puede aumentar o disminuir luego de la exposición a SPA, dando como resultado una alteración en la comunicación entre neuronas y contribuyendo a los efectos conductuales y neurológicos de las SPA.
- **Axón:** larga protuberancia que se extiende desde el soma y transmite información, transporta neurotransmisores y propaga los impulsos nerviosos del cuerpo de la célula hacia los botones terminales.
- **Botones terminales:** estructuras bulbosas al final de los axones, encargadas de liberar los neurotransmisores, cambios en la liberación o reabsorción de estos neurotransmisores desempeñan un importante papel en el mecanismo de acción de muchas SPA. Por ejemplo, la cocaína y las anfetaminas impiden la reabsorción de la dopamina y norepinefrina, prolongando las acciones de estos neurotransmisores.

Por último, también es necesario comprender el papel de los receptores en la comunicación del sistema nervioso y cómo se relacionan con el consumo de SPA. Los receptores son complejos proteínicos ubicados en distintas partes de la membrana celular, en la que se unen los neurotransmisores para iniciar la comunicación. Existen receptores específicos para cada neurotransmisor. Las SPA son aptas para ligarse a estos receptores,

interfiriendo con la función normal. Dependiendo de la clase de la SPA se vincula con receptores diferentes, produciendo los efectos característicos de cada tipo de SPA, por ejemplo, los opioides como la heroína y la morfina se ligan a receptores opioides, los cannabinoides a receptores cannabinoides y la nicotina receptores nicotínicos en el cerebro (OPS, 2005).

Efectos del Consumo de SPA

Efectos Biológicos

Las SPA ejercen sus efectos principalmente sobre el cerebro y se reflejan en los cambios del comportamiento de quien las consume. Sin embargo, también existen consecuencias biológicas que afectan el normal funcionamiento de otros sistemas del organismo humano. Estos efectos en el cuerpo al consumir SPA dependen en gran medida del tipo de sustancia utilizada, así como de la frecuencia y el tiempo de uso de la misma, además el estado de salud de la persona previo al consumo también juega un papel importante en el desarrollo de consecuencias biológicas por el uso de SPA (Moscoso y Titto, 2015).

El uso reiterado de SPA puede afectar múltiples órganos del cuerpo con graves consecuencias para la salud fisiológica y mental del usuario; incluso, puede provocarle daños irreparables y la muerte, más aún cuando se trata de un policonsumidor (consume simultáneamente distintas SPA). Si bien los daños al organismo en general tardan en presentarse, en ocasiones pueden ser observados en la fase inicial (experimental) del consumo de SPA (Moscoso y Titto, 2015).

Como se ha mencionado con anterioridad, el uso y abuso de SPA aumenta el riesgo de muchas condiciones; lesiones físicas relacionadas con accidentes y violencia que generalmente son provocados por las conductas de riesgo de un estado de intoxicación, así mismo aumenta el riesgo de contraer enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, hepatitis B y C, enfermedades crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras) y el desarrollo de comorbilidad también es común en las personas con trastornos adictivos ya que con frecuencia padecen algún otro trastorno psiquiátrico (OEA, 2013).

Incluso la UNODC en su informe mundial sobre las drogas (2016), pone en evidencia que más de 29 millones de personas que consumen SPA sufren trastornos relacionados con ellas, donde una de cada siete personas que se inyectan algún tipo de sustancia vive con el VIH, y una de cada dos con la hepatitis C, además se exponen a algunos de los peores daños para la salud asociados al consumo de SPA sin precaución, así como a un deterioro general de los resultados de salud, lo que incluye un alto riesgo de sobredosis, mortal o no, y mayores probabilidades de muerte prematura (UNODC, 2016). Así mismo, la cocaína, una de las SPA más consumidas actualmente, produce no solo efectos a nivel de sistema nervioso sino también en el resto del organismo. Desde efectos inmediatos como vasoconstricción, midriasis, hipertermia, taquicardia e hipertensión, efectos derivados de la euforia, como son la hiperestimulación, la sensación de menos cansancio y un estado de mayor alerta mental; hasta los efectos a mediano y largo plazo que frecuentemente son arritmias, infarto miocárdico, dolor torácico, insuficiencia respiratoria, afecciones vasculares cerebrales, convulsiones, cefalea, náusea, dolor abdominal, anorexia

y desnutrición; por lo que, Del Bosque et al. (2014), afirma que en el consumidor de cocaína son evidentes los efectos agudos y crónicos en la salud.

Así pues, en consideración de las fuentes consultadas, es seguro afirmar que el impacto del consumo de SPA en lo que respecta a sus consecuencias para la salud es, según la UNODC (2016), actualmente devastador.

Efectos en el Autocuidado

El cuidado usualmente ha sido generalizado como propio del cuidado médico, y se han reconocido poco las prácticas de autocuidado a pesar de su predominio en la vida cotidiana (Sánchez y Mendes, 2015). Orem (2014) citada por Velázquez et al. (2019) destaca que el autocuidado consiste en hábitos para cuidar de sí mediante la conservación del aire, agua, eliminación, descanso, soledad, integración social y prevención de riesgos. Cabe destacar que el autocuidado no se limita al cuidado individual sino también al cuidado de los otros en los ámbitos familiares, sociales y comunitarios (Velázquez et al., 2019).

Como ya se ha mencionado reiteradamente, hay pocos estudios que abarquen el fenómeno del consumo en mujeres. Este vacío es aún mayor cuando se habla de temas como la capacidad de autocuidado y el uso y abuso de SPA. Esto debido a que la mayor parte de los esfuerzos en prevención y promoción de la salud están dirigidos a poblaciones jóvenes y en su mayoría hombres, mientras que las iniciativas de prevención y promoción en la mujer están centradas en la salud reproductiva, materno-infantil y en problemas relacionados con la violencia contra la mujer (Valdivia et al., 2015).

En un estudio realizado por Valdivia et al. (2015) un dato sobresaliente es que el 51% de las mujeres participantes presentaban problemas de depresión, 15% ansiedad, 12%

estrés y 21% problemas de sueño, por lo que refieren que estas se apoyan en el consumo de SPA para enfrentar su problemática emocional. Sin embargo, al ser cuestionadas sobre las habilidades que efectúan para su cuidado, resalta un porcentaje alto de ellas que no realizan prácticas o técnicas de cuidado cuando se sienten ansiosas o deprimidas y no suelen realizar deporte o ejercicios entre 20 a 30 minutos tres veces por semana como mínimo. En este estudio se encontró como existe un alto nivel de conocimiento de las actividades de autocuidado que deben realizar, pero un bajo nivel de habilidades y actitudes para concretarlas (Valdivia et al., 2015).

Es por esto que se puede deducir como el consumo de SPA disminuye sus capacidades de autocuidado, lo cual afecta la salud de la mujer que consume como también la salud familiar, debido a que en ocasiones estas mujeres cumplen con el rol de proveedor. Es por esto que resulta importante dar a conocer estos datos para que así el profesional de enfermería intervenga de manera oportuna para fortalecer las capacidades de autocuidado y favorecer el bienestar físico, psicológico y social de la mujer (Valdivia et al., 2015).

Efectos Psicológicos

El consumo de SPA también genera efectos psicológicos en quienes las utilizan, *los* cuales afectan de manera progresiva a las actitudes hacia sí mismo y su comportamiento, afectan directamente a su autoestima con lo cual se desarrollan sentimientos de desvalorización relacionados con la falta de autoconfianza e insatisfacción (Moscoso y Titto, 2015).

Además, como se indicó anteriormente, en la persona con trastornos relacionados a sustancias, es común el desarrollo de trastornos psiquiátricos, lo cual corresponde con la literatura consultada donde Pérez y Alfonso (2014) indican que en estos casos el

diagnóstico comórbido más común es el trastorno de la personalidad, seguido del trastorno depresivo y expresiones variadas del estado de ánimo, además señalan que, para las personas con adicción a SPA, la búsqueda de placer o de experiencias agradables generalmente persiste como la motivación más importante para el consumo reiterado de sustancias, sin valorar que esos minutos de "placer" artificial se convertirán en prolongado tiempo de sufrimiento para la persona consumidora y su familia (Pérez y Alfonso, 2014).

El individuo con un trastorno adictivo tiende a descuidar su imagen personal, higiene y limpieza; su conducta se modifica en función del hábito de consumo y paulatinamente sus actos son dirigidos por la sustancia, iniciándose un proceso de adicción y dependencia, que pueden derivar en suicidio (Moscoso y Titto, 2015).

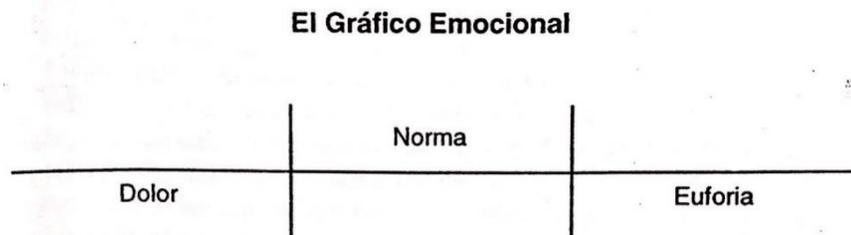
Emocionalidad del Consumo. Como es sabido, los trastornos adictivos es un problema bastante complejo e idiosincrático como para manejarse solamente dentro de la atención médica tradicional. Profesionales entrenados y experimentados en el tema del consumo y la adicción, han logrado observar y compartir sus experiencias con el tratamiento de estas personas con trastornos relacionados con sustancias, lo que ha llevado a descubrir que las personas mostraban ciertas características con extraordinaria consistencia (Johnson, 1990).

La adicción física puede ser atendida con relativa facilidad dentro del marco médico, la parte difícil de la dependencia peligrosa es la psicológica, ya que abrirse paso dentro de la adicción psicológica es un problema mucho más complejo y difícil (Johnson, 1990).

Sin embargo, es posible describir con precisión esta condición psicológica como un tipo de ansiedad emocional que se encuentra presente en estas personas. Para comprender este patrón universal emocional de los trastornos relacionados con sustancias, Johnson (1990) sugiere utilizar el Gráfico Emocional (feeling chart) este consiste en una línea recta donde se pueden representar todas las emociones humanas, y en el cual se pueden ubicar los síntomas emocionales de la adicción. Los sentimientos humanos se registran de izquierda a derecha, los más dolorosos del extremo izquierdo se funden con los menos dolorosos, que se tornan en sentimientos normales y finalmente se transforman en sentimientos de éxtasis o euforia, ubicados en el extremo derecho del gráfico.

Figura 2.

El Gráfico Emocional.



Fuente: Johnson, V. (1990). *Pararé Mañana. Una guía práctica para el tratamiento de la adicción*. Editorial HarperOne.

Las dos primeras fases del Gráfico Emocional son placenteras y benignas para todo consumidor, no solamente para la persona con trastornos adictivos, es cuando el individuo es introducido a consumir cierta SPA, es el descubrimiento de una nueva sensación a la cual se acostumbrará rápidamente, dentro del gráfico es un cambio anímico positivo que

genera sensaciones nuevas y cuando los efectos se desvanecen todo retorna a la normalidad, no hay daño ni precio emocional que pagar (Johnson, 1990).

La iniciación ha sido buena e interesante, con el único efecto del júbilo por una nueva experiencia que le permite “conectarse” y “desconectarse” y el individuo aprende que el grado de fluctuación del ánimo puede ser controlado por la cantidad ingerida. No le toma mucho tiempo encontrar qué cantidad de SPA se necesita para llegar al estado de ánimo deseado, logra moverse hacia un estado relajante y placentero y luego regresar a la base. Y esto es un aprendizaje que ha logrado por propia experiencia, haciéndolo y sintiéndolo. El consumidor aprende que el alcohol o la SPA siempre funcionan y continúa no solo usándolos, sino que desarrolla una relación con estos. En este momento es un consumo social, en el cual resulta imposible predecir quién se convertirá en una persona con trastornos relacionados con sustancias, ni con cuánta rapidez. En esta fase se empieza a pagar un precio físico el cual se refiere a las manifestaciones no tan agradables que experimenta el individuo, como la llamada “goma”, pero que una vez superadas, logra regresar a un estado normal y se encuentra dispuesto a repetirlo (Johnson, 1990).

En la fase dos de la experiencia del consumo, el individuo prueba buscar cambios en el estado de ánimo de manera segura, ya que, paga un precio físico, pero psicológicamente logra un regreso seguro al punto de partida, sin un precio emocional. En la escala gráfica logra llegar al estado de euforia y regresar al estado normal sin problemas. No obstante, para convertirse en un trastorno adictivo, los términos de la experiencia con el alcohol o con las SPA, empezará a cambiar. A medida que el consumidor social se va hundiendo en la sustancia, el alcohol y sus efectos, el adicto potencial se empieza a ver empujado irremediamente más allá de un consumo social. Sin embargo, el consumidor piensa que

todo sigue marchando bien, pero una línea invisible ha sido cruzada y se ha introducido a la fase tres, la adicción, en la que el consumidor social se ha convertido en un dependiente dañino del alcohol o la SPA (Johnson, 1990).

En esta tercera fase, el progreso de la enfermedad es concomitante al grado del precio emocional pagado, el cual se puede registrar en la Gráfica Emocional en términos de una fluctuación anímica más allá de normal y hacia el dolor. Empezar a pagar un precio emocional marca el inicio de un largo problema, del cual el adicto aún no es consciente (Johnson, 1990).

Esta fase se caracteriza por una dependencia dañina y un costo emocional creciente, la persona con el trastorno adictivo sufrirá un significativo y progresivo deterioro de la personalidad, y eventualmente un deterioro físico visible. El hecho de que la persona esté dispuesta a pagar este creciente costo emocional, demuestra sin duda que la dependencia se ha tornado en perjudicial, así esta premisa se verá reforzada cuando el adicto falle en comprender las evidentes señales de destrucción que le produce la SPA (Johnson, 1990).

En este punto, la persona comienza a sentirse abrumada por la fluctuación emocional que experimenta, y de manera inconsciente surge la “defensa intelectual” como un razonamiento con el que justifica el malestar que siente contra sí mismo por consumir y por el comportamiento que acompaña al consumo. Pareciera una simple auto excusa, pero en realidad, esta defensa intelectual se convierte en una represión de sus sentimientos, y llegará al punto en que la persona con el trastorno adictivo perderá completamente el contacto con sus emociones. Para la persona, esta racionalización funciona, pues le hace sentirse mejor consigo mismo, sin embargo, a medida que esta forma de defensa sigue

operando con éxito, la enfermedad progresa cada vez más, de manera gradual, insidiosa e imperceptible para el consumidor (Johnson, 1990).

Todas las personas racionalizan, pero cuando se les confronta con la realidad de alguna situación, tienen la capacidad de aceptar su culpabilidad con relativa facilidad, pero en el caso de las personas con trastornos relacionados con sustancias esto se encuentra cada vez más difícil. Con esto, el adicto no solo se ha convertido en víctima de un patrón de consumo autodestructivo, sino que con el tiempo también será víctima de su propia racionalización, con el efecto final de aislar, literalmente, al consumidor del contacto con la realidad. En este punto, el grado de auto engaño del individuo es otro indicador del progreso de la enfermedad (Johnson, 1990).

Cada vez, su reacción emocional al consumir en exceso será de mayor tendencia hacia el lado del dolor en la Gráfica Emocional, experimentando gradualmente sentimientos de remordimiento y autocastigo, llevándolo a una decadencia de su autoimagen. Mientras el consumo excesivo continúa, su autoestima disminuye más y más, convirtiéndose en una condición de angustia emocional crónica la cual experimenta inconscientemente aun cuando no está consumiendo (Johnson, 1990).

La persona con trastornos adictivos comienza a atravesar un proceso de autodestrucción, con fluctuaciones de ánimo y cambios de personalidad que son evidentes cada vez que consume, y afloran sentimientos negativos inconscientes. Toda esta angustia emocional puede conducirle a un vago sentimiento de que sí existe un problema, este malestar lo puede llevar a pensar o intentar escapes desesperados y puede seguirle alguna clase de acción errática (Johnson, 1990).

En este punto se llega a las etapas finales de la adicción, en donde el continuo consumo excesivo y el comportamiento que lo acompaña, traen sentimientos suicidas crónicos y de autodesprecio, aun cuando el adicto no está consumiendo. Si no se interrumpe el curso de la enfermedad, el desenlace de todo será el suicidio, ya sea de forma lenta por los mismos efectos de las SPA o de una forma más violenta pero igualmente fatal (Johnson, 1990).

Continuando con la fase de dependencia dañina, es importante que el consejero descubra si se han dado cambios en el estilo de vida con el uso de las SPA que indiquen una dependencia creciente. Estos cambios en el estilo de vida se ven influenciados por principios, donde el primer principio es si ha existido una creciente anticipación del efecto de bienvenida a la sustancia. Un ejemplo de este principio puede ser cuando la persona con trastornos adictivos rompe sus propias reglas, si el individuo tenía como regla el consumir hasta que fueran las 5:00 pm, pero con el pasar del tiempo se da cuenta que esperar hasta esa hora es toda una tortura, por lo que comienza a consumir a cualquier hora, inclusive en la mañana, rompiendo hasta sus propias reglas con tal de anticipar el efecto de bienvenida de la SPA (Johnson, 1990).

El segundo principio es la rigidez, que se da cuando la persona consumidora reacciona de manera agresiva o molesta cuando surgen cambios inesperados que interfieran con su itinerario de consumo. Esta rigidez se expande cada vez más hasta el punto en que la persona con trastornos adictivos planea todo su día alrededor de la SPA. Por último, el tercer principio que hace referencia a una creciente tolerancia a la sustancia, en la cual la persona necesita cada vez aumentar más la dosis para tener los mismos efectos placenteros del principio (Johnson, 1990).

Es así como todos los casos de dependencia dañina que lleguen a los patrones de comportamiento de adicción en fase tres, indican una desadaptación al estilo de vida hacia un creciente anticipo de efecto de bienestar, una creciente rigidez acerca del tiempo de uso esperado y una progresiva agudeza para obtener cada vez más cantidades de la SPA (Johnson, 1990).

Mientras la condición de la enfermedad se desarrolla cada vez más, la autoimagen de la persona continúa deteriorándose y la fuerza de su ego se debilita, progresivamente son incapaces de mantener el curso de su propio comportamiento y comienzan a perder contacto con sus emociones. Entre más grande es el dolor que sienten, más altas y rígidas serán las defensas que utilizan, finalmente convirtiéndose en víctimas de sus propios mecanismos de defensa. El problema radica en que estas defensas utilizadas lo que hacen es bloquear sentimientos negativos, creando una “masa flotante libre de ansiedad, culpa, vergüenza y remordimiento” que estará presente de manera crónica. En otras palabras, la persona ya no será capaz nunca más de iniciar ningún episodio de consumo desde el punto normal (Ver Figura 2), desde donde antes de la enfermedad siempre podían comenzar y luego pasar de estado anímico hasta sentirse bien, ahora en cambio deben comenzar desde donde ellos se encuentran que es el lado de dolor del gráfico y consumir para poder sentirse normal (Ver Figura 2) Siendo esta la cuarta y última etapa de la adicción (Johnson, 1990).

En relación con la última etapa, conocida como la fase cuatro, la persona consume para sentirse normal. En esta etapa el patrón de consumo es completamente compulsivo. Las personas con trastornos adictivos paran y concluyen, pero luego no saben porque han comenzado a consumir de nuevo, dando como conclusión un deterioro crónico emocional y sus condiciones empeoran cada vez más con cada episodio de consumo. En lugar de

encontrarse atrapados en un círculo vicioso, están atrapados en una espiral descendiente y mortal (Johnson, 1990).

Conforme la masa flotante de sentimientos negativos crece, el peso de esta es más difícil de soportar. Lo que genera un nuevo sistema de defensa involuntario que es la proyección. La proyección es la acción de descargar el autodesprecio en otras personas, esta proyección puede expresarse desde una manera pasiva, como una discusión, hasta una agresión frenética. Estas proyecciones generan en la otra persona sentimientos de culpabilidad, por lo que se puede decir que, aunque haya solamente una persona con trastornos adictivos en la familia, toda la familia sufre de adicción, que se convierten en víctimas de la enfermedad. El que no consume está tan enfermo como el que consume, excepto por los daños físicos causados por la SPA, las personas que no consumen que están alrededor del adicto también se convierten en víctimas de sus defensas y comienzan a proyectar sus sentimientos de miedo, vergüenza, culpabilidad, impotencia, entre otros, en todas las personas que estén a su alcance (Johnson, 1990).

Efectos Sociales

Existen también repercusiones sociales del consumo de SPA, tanto a nivel micro y macro social. Las consecuencias microsociales están asociadas a las relaciones del individuo con su entorno inmediato, esto se refiere a la familia, la escuela, los amigos y el trabajo (Moscoso y Titto, 2015).

Comúnmente, una de las primeras consecuencias es la pérdida de su grupo de referencia y pertenencia, la persona consumidora cambia el grupo habitual de amigos por otro en el que se obtiene y consume SPA, posteriormente cuando el consumidor desarrolla

un trastorno adictivo o de dependencia generalmente se aísla y se automargina (Moscoso y Titto, 2015).

En el proceso donde el individuo evoluciona hacia la adicción o dependencia, comienza a desarrollar conductas antisociales y delictivas para poder adquirir la SPA. Además, se ve alterada su vida familiar porque ya no alcanza sus expectativas ni cumple sus roles en la familia, tiende a pasar menos tiempo con sus padres y familiares, e incluso comienza a pasar la noche en otros lugares (Moscoso y Titto, 2015).

Tanto Moscoso y Titto (2015) como la OEA (2013), concuerdan en que la disminución del rendimiento académico, el mal desempeño y abandono escolar es otra consecuencia que presenta la persona consumidora, esto debido a que, por el consumo reiterado de SPA, tiende a bajar el nivel de su motivación, los procesos de atención y memoria se ven afectados, se producen faltas permanentes e injustificadas que derivan finalmente en la deserción escolar o repetición de cursos.

Así mismo, en el ámbito laboral también se producen efectos del consumo de SPA, la persona muestra bajos niveles de desempeño laboral, ausentismo y errores en sus funciones, lo que inevitablemente conduce al abandono o despido de la fuente de trabajo (Moscoso y Titto, 2015).

Ahora bien, a nivel macro social los efectos corresponden a un entorno más amplio relacionados con aspectos socioeconómicos, políticos y culturales.

Las consecuencias del consumo de SPA impactan de diversas formas e intensidades en la sociedad como, por ejemplo, la generación de conductas antisociales, actividades delictivas organizadas derivadas del tráfico de SPA (robos, saqueos, secuestros, homicidios,

etc.) que conllevan al incremento de la inseguridad ciudadana, la corrupción, el lavado de dinero y otros actos delictivos. Dichos actos ilegales significan un riesgo para la democracia y la estabilidad de los países (Moscoso y Titto, 2015, OEA, 2013).

Por último, otra consecuencia macrosocial del consumo de SPA es la incidencia en la elevación de gastos para servicios de salud, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con trastornos relacionados a sustancias (Moscoso y Titto, 2015).

Género y Consumo

Durante mucho tiempo a la mujer se le ha visto arraigada a la naturaleza por lo que la cultura ha creado una relación entre la mujer y esta; la mujer es capaz de menstruar, quedar embarazada, parir un ser humano, alimentarlo a través de la lactancia materna y además tener la menopausia. He aquí la causa de que nuestra cultura haya deducido que todo aquello que sea la mujer, lo es por naturaleza, por ejemplo, la mujer es débil por naturaleza, obstinada y dulce por naturaleza, maternal por naturaleza, entre otras cosas. Lo que nos lleva a pensar que, si una mujer es fuerte, fea, inteligente, no maternal o agresiva, sería lo contrario a la naturaleza de ellas mismas, algo así como “fenómenos en contra de la naturaleza” (Basaglia, 1983, citado por Lagarde, 2005).

A lo largo de la historia y desde el siglo XVI se ha ido conformando una serie de mitos sobre la mujer, dentro de los cuales se encuentran las cualidades de tener una entidad tierna y violada, protectora y lujuriosa, traidora, dulce y maternal, esta imagen de la mujer tiene como fuentes a la cultura judeocristiana y a la sociedad capitalista (Bartra, 1986, citado por Lagarde, 2005). Las mujeres comparten la misma condición histórica, pero se diferencian en cuanto a sus situaciones de vida y en los grados y niveles de opresión. Estas

diferencias pueden venir de su posición socioeconómica, de su acceso a la tecnología y la educación y de su estilo de vida, ya sea este rural o urbano. En base a esto pueden existir mujeres sometidas a la doble opresión tanto como por el género como por la clase, o las que están sometidas solo a la opresión por género y no por clase, o mujeres sometidas a la triple opresión por el género, la clase y la etnia o la nacionalidad, así mismo, mujeres que viven todo esto y más, grupos de mujeres que no comparten ni clase ni otras particularidades, pero que han sido expuestas a formas intensificadas por la violencia de género y otras (Lagarde, 2005).

En relación con esta opresión a la cual han sido sometidas las mujeres a lo largo de la historia, se puede decir que el simple hecho de ser mujer en esta sociedad, en su cultura y en un mundo patriarcal constituye un cautiverio en el que las mujeres sobreviven creativamente de la opresión. Para la mayoría de estas mujeres vivir en cautiverio significa sufrimiento, conflictos, dolor y contrariedades, a pesar de esto, hay felices prisioneras de la sociedad. Este cautiverio en el que viven las mujeres y del cual habla Lagarde (2005) se expresa en la falta de libertad. En nuestra sociedad la libertad es, según la autora, clasista y patriarcal, de clase alta, machista, heterosexual, heteroerótica y misógina, es por esto que solo los individuos dentro de estas categorías sociales son libres, solo los pertenecientes de grupos genéricos de edad dominante y de religiones e ideologías dominantes, en otras palabras, los hombres, adultos, productivos o con mucho dinero y heterosexuales son concebidos libres bajo esta sociedad y cultura (Lagarde, 2005).

En vinculación con este “cautiverio” que han vivido las mujeres y su falta de libertad, nunca se les ha asociado dentro de sus roles la opción de ser una mujer consumidora, lo cual da pie a un evidente androcentrismo en la investigación con respecto

al consumo de SPA, que se refleja en todo el proceso científico, lo que provoca que con frecuencia las pautas de los trastornos relacionados con sustancias en la población femenina son derivaciones de resultados de estudios realizados exclusivamente con hombres (Gignac 1999, Rekalde y Vilches, 2003, citados por Pérez y Correa, 2011).

Como consecuencia a esta ausencia de investigaciones dirigidas a la mujer consumidora, diversos autores señalan que es importante realizar una revisión bibliográfica por más básica que esta sea, para poder observar las notables diferencias que existen entre los hombres y las mujeres, en las formas en que consumen las sustancias, en la evolución de las adicciones, en las dosis y cantidades y en los patrones de uso (Rekalde & Vilches, 2003, citados por Pérez y Correa, 2011). Otra de las diferencias que puede estar asociada con los trastornos de la adicción en las mujeres es la alta incidencia de diagnósticos duales, en especial, en desórdenes afectivos y de ansiedad (Sánchez, 2000 y Blume, 1990, citados por Pérez y Correa, 2011). Estos desordenes mencionados anteriormente tienen mayor incidencia en las mujeres (Sánchez, 2000, citado por Pérez y Correa, 2011).

Las tensiones que perciben y viven las mujeres en sus roles de madre, ama de casa, amante, esposa, entre otros, y los sentimientos de inadaptación a estos, van de la mano con la insatisfacción de las expectativas personales, lo que estaría intrínsecamente relacionado con su proceso de consumo ya que presentan un patrón diferente al masculino y se ve afectada negativamente su salud psicológica y física, además, eligen sustancias que se puedan consumir en espacios privados y que le ayuden a controlar sus emociones (Rekalde y Vilches, 2003 y Stocco et al. 2000, citados por Pérez y Correa, 2011). Otro motivo que se menciona y puede estar asociado al inicio del consumo en las mujeres es adelgazar, este fundamento puede estar relacionado con la mayor presión social a la que se ve sometida la

mujer por la imagen deseable en ella, que es socialmente construida (Calafat, 2000, citado por Pérez y Correa, 2011).

En adición a lo anterior, es evidente que en Latinoamérica el consumo y la mujer constituyen un campo poco explorado, donde lo más investigado en cuanto a mujeres y sus procesos de adicción está basado en el binomio SPA-embarazo y se encuentra un vacío de información sobre la prevención y la dependencia del consumo en mujeres no embarazadas (Pérez y Correa, 2011).

Actualmente, las mujeres consumidoras activas no le dan gran importancia a la maternidad y la influencia del factor emocional contribuye a la estructuración de la identidad femenina, este factor es considerado colectivamente como el más importante de todos, debido a que se le considera inherente a la naturaleza femenina, independientemente de los cambios culturales siendo el aspecto que más se ve afectado en las mujeres consumidoras. Las mujeres, ya sean estas consumidoras, no consumidoras o ex consumidoras, concuerdan en que los problemas familiares conforman uno de los principales factores del incremento en el consumo de SPA y que además hay una valoración social sumamente negativa de las mujeres que consumen, ya que la mayoría creen que su rol dentro de la familia se modifica y que pierden características femeninas como, por ejemplo, la delicadeza, el ser hacendosas, la ternura y que, además de perder estas características presentan un comportamiento sexual desorganizado. De igual manera, concuerdan con que no hay nada de positivo en el consumo, pero que sí les ayuda a dar placer y a olvidar los problemas (Pérez y Correa, 2011).

La visión moderna de las diferencias entre el género y el consumo permite visualizar una realidad diferente, caracterizada por el hecho de que tanto hombres como

mujeres consumen SPA y las consecuencias y problemas que se derivan de este consumo son distintas. Por esta razón es necesario abordar la prevención y el tratamiento de los trastornos asociados con sustancias desde una perspectiva de género considerando que los factores de riesgo que propician el inicio del consumo de SPA y su continuidad son específicos para ambos sexos. Las diferencias biológicas, psicológicas, sociales, culturales y la vulnerabilidad ante las SPA exigen que las estrategias para prevenir y tratar el consumo estén en función y se adapten a estas. Asimismo, está documentado como la dificultad de los problemas de adicción es superior en las mujeres y que el impacto que tiene a nivel familiar y social es aún mayor, además, las mujeres tienen otros problemas añadidos para incorporarse al tratamiento y abandonar el consumo de SPA, debido a que la estigmatización de las mujeres con problemas de adicción refuerza su aislamiento social y favorece la ocultación del problema, del mismo modo también temen que hacer pública su adicción suponga la retirada de la custodia de sus hijos, demorando así la búsqueda de ayuda y tratamiento. Una deficiencia en los servicios asistenciales para la rehabilitación en el consumo de SPA es que estos no toman en cuenta las necesidades particulares de cada mujer, haciendo menos favorable la evolución en el tratamiento en comparación a los hombres, a esto sumándole que las mujeres reciben más presión de su entorno familiar y social para concluir cuanto antes con la rehabilitación y poder asumir de nuevo sus responsabilidades en el hogar y familiares (Sánchez, 2012).

Estigma

Goffman (1963) da un punto de partida en la definición del estigma, de donde surgen posteriores reflexiones que perfilan el concepto según los enfoques y disciplinas en los que se ha empleado.

Para este autor, se comprende el estigma como “un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular” y que este atributo disminuye el valor social de la persona que lo posee. Entonces, se puede decir que el estigma se desarrolla en el contexto de las interacciones sociales cuando la identidad social de un individuo, o sea, sus atributos, no satisfacen las expectativas de la sociedad (Barón, Cascone y Martínez, 2013). Así mismo, Goffman (1963) menciona que los griegos crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. Este autor también hace referencia a tres tipos de estigma: 1) Las abominaciones del cuerpo: que hace mención a las diferentes deformidades físicas. 2) Defectos del carácter de la persona: que se relaciona con la falta de voluntad, pasiones tiránicas o anti naturales, deshonestidad y a las creencias rígidas y falsas. Este tipo de estigma hace alusión a ciertas condiciones como, por ejemplo, a las adicciones a SPA, homosexualidad, desempleo, trastornos mentales, alcoholismo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas. 3) Tribales de la raza, nación y de la religión: este tipo de estigma puede llegar a ser sucesivo de generación a generación ya que es transmitido de padres a hijos y “contaminar” así a todos los miembros de una familia por igual (Goffman, 1963).

Partiendo de la concepción de Goffman, Sayce (1998) (citado por Barón, Cascone y Martínez, 2013) vincula el estigma con la discriminación, resaltando que el estigma no es algo “dentro de la persona” sino que se trata de una asignación o etiqueta que otros, dentro de un sistema de relaciones de poder, imponen a un individuo o grupo.

De este modo se puede ver el estigma como un proceso social, en donde la convergencia o concurrencia de diversos elementos como las etiquetas, los estereotipos, la

pérdida de estatus y la discriminación, se encuentran insertados en una situación donde se ejerce alguna forma de poder, el cual permite a estos elementos del proceso de estigmatización tomar forma. Así, la estigmatización comienza cuando los diferentes grupos de poder (social, económico, político) les asignan un valor negativo a ciertos rasgos diferenciadores de las personas estigmatizadas, consiguiendo que sean etiquetados socialmente a partir de estas diferencias, con las cuales se desencadena distintas formas de desaprobación, rechazo, exclusión y discriminación. La estigmatización culmina cuando se genera esta categorización en una interacción social de poder (Link y Phelan, 2001, citados por Barón, Cascone y Martínez, 2013).

Por otro lado, Osuna (2013) también hace referencia a Goffman (1963) y a las definiciones que éste le da al concepto de estigma, así como definiciones de otros autores que han surgido a medida que se investiga el tema. Estas son: 1) aspectos de una escala social como estereotipos y rechazos; 2) tributo desacreditador y reductor de conductas asociadas (Goffman, 1963 citado por Osuna, 2013); 3) característica contradictoria de la norma de una unidad social que implicaba la creencia compartida que una persona debe de tener y comportarse en cierta manera (Stafford & Scott, 1986 citado por Osuna, 2013) y 4) estigma desde individuos que poseen, o creen que poseen algunos atributos, o características, que sugiere una identidad social devaluada en un contexto social (Crocker, Major, & Steele, 1998 citado por Osuna, 2013).

Estigma y la Persona Adicta

A lo largo de la historia, ha habido múltiples enfermedades, daños o alteraciones a las que se le han atribuido características asociadas al concepto de estigma (no deseado, diferente, atributo desacreditador, desaprobación social...) tales como la lepra, la peste, el

VIH/SIDA, las enfermedades mentales. Al ser catalogadas de esta forma, se ha conseguido apartar a las personas de su entorno social, de poder recibir el apoyo necesario y de disfrutar sus derechos humanos, terminan siendo menospreciados, marginados, vistos como alguien a quien debía evitarse. Actualmente, las personas que tienen un trastorno por uso de sustancias, con todo lo que esto conlleva, también son víctimas de este fenómeno, y se les considera portadores de un atributo profundamente desacreditador y catalogados dentro del tipo de estigma defectos del carácter de la persona que incluye a las personas con trastornos relacionados con SPA (Goffman, 1963, Pascual y Pascual, 2017).

La construcción de este estigma se da como un proceso arbitrario, cultural, y surge de la necesidad de censurar a aquellas personas que se desvían de lo que es o no asumido como aceptable desde el punto de vista social y cultural (Rubio citado por Pascual y Pascual, 2017) y busca cómo desacreditar a la persona consumidora ante la sociedad. Este estigma convierte a la persona con trastornos adictivos en un ser desposeído, en donde su identidad social se define en comparación con los que no consumen, de modo que se fija su posición social como alguien que es diferente e inferior (Pascual y Pascual, 2017).

Esta categorización que recibe la persona con trastornos relacionados con sustancias se ve reforzada ya que el consumo de alcohol y otras SPA pueden hacer que las personas tengan conductas no adecuadas al constructo social, pueden provocarles padecimientos físicos y mentales que los alejen del contexto de la normalidad, y pueden llevar al consumidor a incurrir en acciones delictivas, por lo que se les califica de vagos, viciosos o delincuentes, sin tener en cuenta su condición de persona que ha perdido el control sobre sus actos debido a la necesidad imperiosa de consumo por la propia adicción a la sustancia (Pascual y Pascual, 2017). Así mismo la estigmatización también afecta a aquellos que se

encuentran en tratamiento por consumo de SPA, quienes con frecuencia también son marginados desproporcionalmente, lo cual dificulta y provoca resultados negativos en el proceso terapéutico.

En este tema, se necesita promover la comprensión hacia las personas con un trastorno adictivo, ya que, como se ha demostrado ampliamente, sufren de rechazo social, son apartados y estigmatizados por la sociedad. Pascual y Pascual (2017) mencionan tres vertientes en esta problemática, en las cuales se debe intervenir: el auto estigma, donde las personas internalizan los estereotipos negativos y los prejuicios sobre su condición; el estigma social, por medio del rechazo por parte de la población hacia estas personas; y el estigma en el personal del sector salud, quienes quizá por falta de sensibilización o capacitación, ven al individuo con rechazo y molestia con tendencia a etiquetarlos incluso antes de escucharlos. Agregado a esto, se debe recalcar que el estigma y sus consecuencias se incrementan cuando se trata de una mujer o si la persona tiene algún padecimiento mental asociado.

Estigma y la Mujer Consumidora

En el caso de la mujer consumidora de SPA existe un doble estigma; uno por romper los roles tradicionales asignados al género femenino y el otro por ser consumidoras de sustancias ilegales y que, por tanto, son objeto de doble penalización moral y social por dichas trasgresiones. Asimismo, en el problema de consumo de SPA y la estigmatización relacionada a este, son mucho más influyentes los factores socio estructurales que las propias sustancias o que las características individuales de las usuarias (Llort et al., 2013).

Además, los autores realizaron un estudio con mujeres consumidoras de SPA y encontraron que presentaban una larga lista de problemas de salud, poca adherencia a los procesos de tratamiento, abundante tiempo libre, desvinculación de la realidad sociolaboral, contacto limitado o inexistente con sus familiares, pérdida de la custodia de sus hijos/as, maltrato o abusos sexuales, dificultad para acceder a recursos educativos, lúdicos o laborales, problemas judiciales, económicos, de vivienda y una realidad distinguida por dificultades y carencias (Llort et al., 2013).

Así, todos estos elementos, tienen un gran impacto en la forma que estas mujeres se auto perciben y en la forma que enfrentan su proceso terapéutico de rehabilitación, además les confiere un rol o estatus social inferior al de las personas no consumidoras o al de hombres consumidores, debido al doble estigma que constantemente se les asigna por el hecho de ser mujer, y que sufren por ser portadoras de esos atributos desacreditadores a los que se refiere Goffman (Barón et al., 2013; Pascual y Pascual, 2017; Goffman 1963).

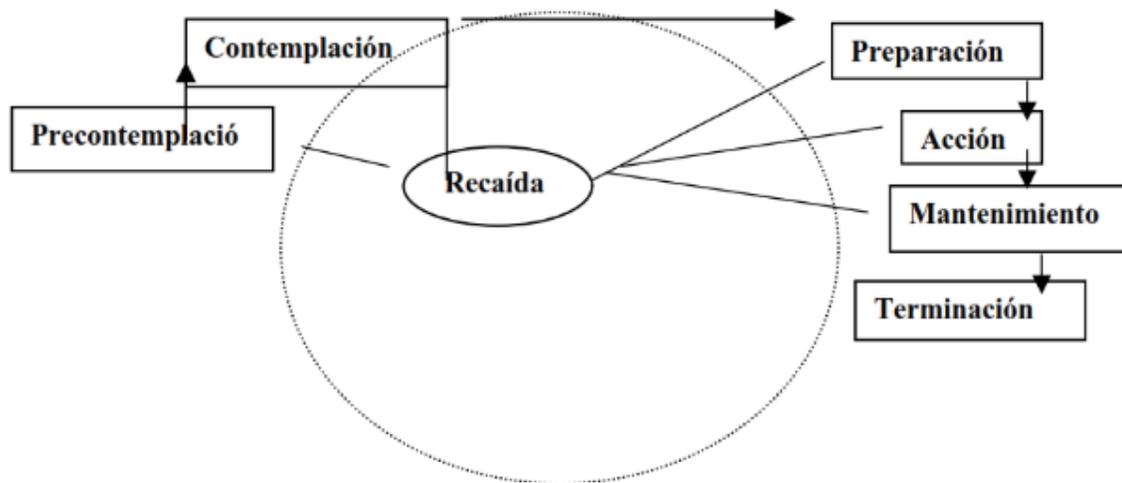
El Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud.

En 1997, Prochaska & Velicer originaron el Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud, producto del análisis comparativo de veintinueve teorías relevantes y disponibles a fines de los años setenta sobre los cambios de comportamiento en personas con dependencia a SPA y consumidores de cigarro.

El Modelo Transteórico interpreta el cambio como un proceso que implica progreso a través de una serie de etapas (Prochaska & Velicer, 1997) representadas en la figura 3 y que serán descritas a continuación:

Figura 3.

Representación de las etapas del modelo transteórico



Fuente: Cabrera (2000). Representación de las etapas del modelo transteórico. *Facultad Nacional de Salud Pública, 18(2)*, 129-138.

- **Precontemplación:** en esta etapa las personas no tienen intención de cambiar ni de realizar una acción específica de cambio en el lapso de los siguientes seis meses. Las personas clasificadas dentro de esta etapa pueden estar allí por falta de información sobre las consecuencias, también pueden haber tenido intentos previos y fracasados de cambiar. Es frecuente observar que las personas evitan leer, hablar y pensar sobre sus comportamientos, están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están ni motivados ni interesados en participar en programas o intervenciones de promoción o educación en salud.
- **Contemplación:** en esta etapa la persona tiene una intención de cambio y hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. Los individuos en contemplación comienzan a considerar el cambio, pero aún no asumen el compromiso

específico para actuar, razón por la cual pueden permanecer por largo tiempo en esta etapa, contemplando la opción de cambiar hasta por dos años, creyéndose que van a cambiar algún día. Las personas que se encuentren en esta etapa al igual que en la de precontemplación no son aptos para ser partícipes en un programa orientado a la acción comportamental.

- **Preparación:** en esta las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio por hacerlo, realizan pequeños cambios e intentan cambiar en el futuro inmediato, normalmente en los próximos 30 días. Las personas que se encuentran en preparación, por lo general, ya tienen experiencias concretas en relación con el cambio. Estas personas tienen un plan de trabajo por lo cual tienen un gran potencial para participar en programas orientados a la acción.
- **Acción:** en esta etapa los individuos realizan cambios objetivos y exteriorizados de su comportamiento. La etapa de acción es la más notable a simple vista y la que históricamente ha acaparado el cambio en el comportamiento, a pesar de que como se ha descrito previamente, es solo una etapa de todo el proceso que conlleva el cambio. La acción es una etapa reconocida como inestable por su potencial riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.
- **Mantenimiento:** esta etapa se caracteriza por sus tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable y en el que el individuo trabaja activamente en la prevención de la recaída. Las personas en mantenimiento tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para

mantener el cambio comportamental. Esta etapa regularmente perdura de seis meses a dos años.

- **Terminación:** es la última etapa del proceso de cambio de comportamiento, en esta los individuos no poseen tentaciones de ninguna naturaleza, presentan un 100% de confianza y de autoeficacia frente a situaciones que anteriormente eran tentadoras.

La recaída, si bien en el modelo transteórico no la mencionan como una etapa del proceso propiamente, sí la incluyen ya que está siempre presente durante todo el proceso de cambio. La recaída es la regresión de la etapa de acción o de mantenimiento (Cabrera, 2000).

Enfoques de Rehabilitación

Los Doce Pasos

Alcohólicos Anónimos (AA) fue creado en 1935 en Akron, Ohio, como resultado de una reunión entre dos hombres quienes eran alcohólicos, ellos se dieron cuenta que el alcoholismo era una enfermedad y que podía ser tratada con un sistema basado en la aplicación de valores espirituales en la vida cotidiana. Ambos empezaron a trabajar con ellos mismos y otros alcohólicos. En 1939, basados en sus experiencias, tanto fracasos como éxitos, este grupo publicó su texto básico, *Alcoholics Anonymous World Services, Inc.* (1939) describiendo la filosofía y métodos de AA, y estableciendo los Doce Pasos. A pesar de que los Doce Pasos han sido constantemente revisados y actualizados, ha permanecido su esencia. A partir de ese momento, otros grupos han adoptado la misma filosofía y la han aplicado con éxito a muchos de sus problemas, por ejemplo, grupos dirigidos a los trastornos adictivos a SPA, asimismo, a otros problemas adictivos tales

como deudores, apostadores, enfermos del trabajo, adictos a comer, problemas de relaciones y problemas de salud mental tales como compulsivos-obsesivos (Bartholomew & Simpson, 2000).

Los Doce Pasos son los siguientes (Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1939):

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos a Él que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de aplicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Del mismo modo, desde los inicios de AA en 1935 a la actualidad, el grupo se ha ampliado de dos personas, a una organización mundial. Este crecimiento, sin embargo, vino con dificultades, conforme el grupo se fue expandiendo, surgieron preguntas sobre membresía, dinero, relaciones públicas, gerencia y otros temas. Las Doce Tradiciones fueron creadas en 1946 para tratar todos estos asuntos. Así mismo, Las Doce Tradiciones son sólo tradiciones, no reglas, y fueron establecidas para preservar la integridad del grupo de manera efectiva. Basado en las experiencias de AA, la mayoría de los grupos de los Doce Pasos adoptó las Doce Tradiciones. A pesar que las Doce Tradiciones se aplican más a la organización que al individuo, es vital que los miembros estén conscientes de las Tradiciones para evitar poner al grupo en peligro y por lo tanto su propia recuperación (Bartholomew & Simpson, 2000).

Las Doce Tradiciones son las siguientes (Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1939):

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.

2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestros grupos. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza; no gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos considerado como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial—llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. Todo grupo de A.A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. A.A. como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

Enfoque Cristo-Céntrico

Curbelo (2017), conceptualiza el modelo de tratamiento basado en la espiritualidad a partir de la investigación realizada por Esteve Blanch (2014) sobre los procesos de recuperación de la dependencia del alcohol, considerando el “modelo espiritualista” como la posible metodología de trabajo ejercida por parte de las instituciones religiosas de rehabilitación. Según Curbelo (2017), este modelo toma como base los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) surgidos en 1935 en Estados Unidos por William Wilson, y Robert Smith. Dicha autora menciona que los grupos con modelos espiritualistas manejan algunas conceptualizaciones importantes de resaltar, como el término de enfermedad, en el cual denomina al “enfermo alcohólico” como una persona dependiente quien es incapaz de superar por sí misma dicha dependencia. Otro término al que se hace referencia es el componente espiritual, el cual lleva a los alcohólicos a una conversión y cambio de personalidad bajo la guía de un “poder superior”, y que dicha conversión sólo se puede producir al compartir experiencias con otros enfermos, reuniéndose frecuentemente y manteniendo esta constancia regularmente durante largos periodos de tiempo, a diferencia de los grupos de AA en donde basan sus tratamientos en terapias de grupo de carácter ambulatorio (Esteve Blanch, 2014 citado por Curbelo, 2017). A partir de estas conceptualizaciones, Curbelo (2017) resalta que no necesariamente el poder superior del que se habla tiene que ser referido a Dios, si no que existen posiciones diferenciadas en relación al concepto, sin embargo, menciona que la mayoría de los grupos entendía al poder superior como la influencia que lograría la sobriedad y la fuerza para mantener la misma.

La Adicción y el Género como Determinantes Sociales de la Salud (D.S.S.)

La Organización Mundial de la Salud y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), definen los D.S.S. de la siguiente manera:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural» ... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud. (p.14)

Adicción como D.S.S.

Wilkinson y Marmot (2003), hacen referencia a la adicción como D.S.S. mencionando que el consumo de SPA en muchas ocasiones aparece como respuesta al resquebrajamiento social y constituye un factor importante que empeora las inequidades resultantes en salud. Este consumo representa para los usuarios la ilusión de un escape a la adversidad y el estrés, aunque realmente solo empeora sus problemas.

El consumo problemático de SPA se encuentra estrechamente relacionado con indicadores de desventaja social y económica; además existe una conexión entre el consumo de sustancias y el aumento considerable de muertes violentas asociadas a este

contexto principalmente vinculado al alcoholismo, el cual suele ser generador de accidentes, violencia, envenenamiento, lesiones y suicidio (Wilkinson y Marmot, 2003).

Sin embargo, puede que exista una relación bidireccional en cuanto al hecho de que las personas recurren al consumo para minimizar el dolor que provocan las condiciones socioeconómicas adversas, y por el otro lado la adicción a las SPA conduce a una movilidad social descendente (Wilkinson y Marmot, 2003).

Esta bidireccionalidad sucede igual con el tabaco, en donde los indicadores de privación social como vivienda pobre, bajos ingresos, presencia de padre o madre soltera (o), desempleo o falta de hogar se encuentran relacionados con altos índices de tabaquismo y tasas muy bajas de cesación del fumado; y, de manera opuesta, el tabaquismo representa un factor principal que acaba con el ingreso de la gente pobre y es reconocido además como una causa importantísima de mala salud y muerte prematura (Wilkinson y Marmot, 2003).

Género como D.S.S.

El género actúa como determinante social de inequidad en la salud de las mujeres. Existen numerosas causas relacionadas con la inequidad de género y están más vinculadas con temas psicosociales y culturales que con los factores biológicos meramente. El impacto de la inequidad de género tiene un efecto importante sobre la salud de las mujeres, sin embargo, las estrategias políticas presentan obstáculos y limitaciones al incorporar una perspectiva de género en las mismas (Navarro, 2017).

La igualdad de género se utiliza a menudo del mismo modo que el término equidad de género, sin embargo, son estrategias complementarias distintas que se necesitan para disminuir la desigualdad de género. La igualdad de género hace referencia a que tanto

hombres como mujeres tengan las mismas condiciones para poder alcanzar sus derechos y su potencial de salud. Por otro lado, la equidad de género, se dirige a un proceso de justicia para las mujeres y los hombres con el objetivo de reducir la desigualdad injusta y evitable en el estado de salud, el acceso a los servicios de salud y contribuciones a la fuerza de trabajo sanitaria (Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por Navarro, 2017). Cabe destacar que las desigualdades son inevitables y que las inequidades son injustas y prevenibles (Navarro, 2017).

Tanto el sexo como el género son reconocidos como determinantes de la salud que juegan un papel importante en la salud entre mujeres y hombres, la atención diferenciada de ambos conceptos ayuda a mejorar la comprensión de cómo ambos factores influyen en las desigualdades en salud, facilita la especificidad en las políticas de salud, permite la mejor adaptación de la atención a las personas y colabora a lograr las metas de equidad en salud a nivel mundial (Navarro, 2017).

Como se mencionó anteriormente, existen numerosas causas relacionadas con la inequidad de género en relación a la salud. Entre estas causas se encuentra la escasa investigación y la infrarrepresentación del género en los estudios científicos, la eficacia de los tratamientos para las mujeres necesita ser determinada científicamente y no ser inferida a partir de datos derivados de hombres, la invisibilización de los problemas de salud de las mujeres, la existencia de prácticas y estructuras socioculturales patriarcales, construcciones de género, la falta de acceso a los sistemas de salud y la pobreza económica (Navarro, 2017).

Marco Empírico

A continuación, se presenta una serie de antecedentes de investigaciones que muestran relación con el tema de estudio. El siguiente marco se construye mediante dos apartados, en primera instancia se hizo una recopilación de estudios que exploran algunos conceptos relacionados a la teoría de Mishel (1988). En segundo lugar, se presentaron estudios que analizan la aplicación de la teorizante en diferentes poblaciones, sin embargo, cabe recalcar que este apartado se encuentra apoyado en lo más cercano que existe a esta investigación, además, resulta importante mencionar que dichas aplicaciones se realizaron con múltiples enfermedades crónicas, mas no en el consumo de SPA y mucho menos en mujeres, esto debido al vacío de información en torno a la aplicabilidad de la teoría en dicha población.

Conceptos Relacionados

Rodríguez, Córdova y Fernández (2015), realizaron un estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres en rehabilitación por consumo de SPA, con el objetivo de hacer especial énfasis en las diferencias atribuibles al género.

Los resultados del estudio demostraron que en aquellas variables que miden la presencia de obstáculos o dificultades para una adecuada reinserción (tales como expectativas negativas sobre el proceso de reinserción, temor de experimentar una recaída, pérdida de habilidades sociales y cognitivas, síntomas de ansiedad y depresión, preocupación por ser objeto de estigma, rechazo o exclusión por parte del grupo de usuarios y aislamiento o exclusión) las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres; mientras que en las variables que representan alternativas para afrontar mejor este proceso

éstas presentan puntuaciones más bajas que los hombres, lo que evidencia que las mujeres se perciben con menos recursos y con mayores dificultades que los hombres para incorporarse satisfactoriamente al mundo exterior una vez que han salido de la unidad de internamiento. El estudio concluye que es necesario brindar un adecuado seguimiento y acompañamiento de los pacientes una vez que cursan alta del tratamiento hospitalario, especialmente en el caso de las mujeres; y reafirman la necesidad de desarrollar programas de reinserción con perspectiva de género, accesibles y adecuados en los que se ponga especial énfasis en las necesidades de seguimiento y reforzamiento del tratamiento de manera diferencial.

Asimismo, en el 2014 Fernández, López, Azanza y Cacho desarrollaron una investigación en donde exploran las diferencias de género en pacientes con trastornos relacionados a SPA que asisten a una clínica de tratamiento en España. La investigación presentó entre sus resultados que en cuanto a las variables psicopatológicas las mujeres tuvieron una mayor tasa de trastornos de ansiedad, síntomas depresivos severos, síntomas de ideación y/o intentos de suicidio. Otro resultado indicó que todos los pacientes tuvieron altas tasas de desajuste en diferentes áreas de la vida diaria (familiar, social, laboral, legal) con algunas diferencias significativas en el área familiar donde el porcentaje de mujeres que presentaron conflictos con sus madres y sus hijos fue mayor en comparación con el porcentaje de los hombres, del mismo modo sucede con el ámbito laboral en donde una cantidad mayor de mujeres reportaron no haber obtenido un trabajo estable en años, esto en comparación con los hombres, sin embargo éstos sí presentaban mayores problemas legales que las mujeres.

Los autores concluyen que las mujeres tienden a ser más reacias en cuanto a la búsqueda de tratamiento y cuando deciden consultar sobre su problema de adicción tienen más probabilidades que los hombres de enfrentar múltiples barreras. Además, mencionan la necesidad de continuar estudiando el fenómeno de la adicción desde una perspectiva de género, ya que resulta útil la descripción de las características específicas de la mujer, lo cual permitirá una mejor comprensión de los factores que propician la resistencia al tratamiento y una adaptación de los programas de intervención existentes para abordar las necesidades específicas de este grupo.

Concomitantemente a estas investigaciones, Rodríguez, Pérez y Fernández (2017) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de identificar las principales barreras para la inserción social de mujeres que finalizaron un tratamiento residencial para el abuso y dependencia de SPA.

Entre las principales barreras identificadas durante el proceso de reintegración se encontraron: 1) preocupación de ser objeto de estigmatización (por transgresión de preceptos relativos al rol femenino y al rol materno), 2) problemas en las relaciones de pareja (codependencia, ruptura, consumo en la pareja e insatisfacción) 3) problemas en el ejercicio del rol materno (pérdida del rol, dificultades en la recuperación del rol y, embarazo y maternidad), 4) problemas relativos a la identidad (imagen corporal y uso de SPA e identidad y uso de SPA), 5) deterioro de las relaciones familiares (pérdida de confianza y conflictos no resueltos); 6) inequidad en el apoyo social 7) libertad vs. control (pérdida de libertad, pautas de control familiar, e inserción laboral y autonomía). Finalmente, llegan a la conclusión de que resulta indiscutible la necesidad de desarrollar programas de seguimiento y reinserción diferenciados por género.

Otro elemento de influencia en el ámbito del consumo de SPA es el apoyo social. En el 2004 Trulsson y Heddin desarrollan una investigación donde buscaron examinar la vida cotidiana de mujeres con trastornos relacionados a sustancias y el apoyo social que estas recibían por parte de personas cercanas. Las mujeres participantes se encontraban en programas de tratamiento y estaban en el proceso de dejar las SPA. Los investigadores basaron su trabajo en dos áreas centrales: ¿qué tipo de apoyo social recibieron las mujeres por parte de sus relaciones cercanas?, y ¿qué tan significativa fue la disponibilidad de apoyo social en su proceso de rehabilitación?

A partir de los resultados Trulsson y Heddin (2004) refieren que las mujeres requerían factores de estabilidad para concluir con éxito su proceso de rehabilitación, ya que en fases iniciales del tratamiento muchas de ellas se sentían solas y con ausencia de fuentes de apoyo social. Durante el proceso de abandono de las SPA, las principales fuentes de apoyo que percibían las mujeres fueron sus familiares directos, especialmente madres, hermanas y abuelas las cuales brindaban un apoyo emocional importante. Asimismo, los hijos en muchos casos eran fuente de motivación ya que alentaban a sus madres a dejar el consumo. Por el contrario, las personas no tan allegadas a ellas solamente las juzgaban por haber abandonado sus deberes de mujer, y decidieron ignorar sus necesidades de apoyo. En cuanto a las parejas sentimentales de las usuarias, estas pocas veces constituían una fuente de apoyo para ellas, esto relacionado a que tradicionalmente se espera que la mujer sea la principal proveedora de apoyo social en una relación de pareja. Por otro lado, la relación con el personal tratante juega un rol importante como fuente de apoyo social. En consideración de lo planteado, se evidencia la significancia de tener una red de proveedores de apoyo, personas quienes brinden apoyo emocional como franqueza y confianza; apoyo

instrumental como albergue, servicios de bienestar social, educación, empleo y tratamiento; apoyo cognitivo en forma de información, consejo, y sobre todo reforzamiento de capacidades. Por lo tanto, los autores afirman que las mujeres consumidoras presentan una especial necesidad de apoyo social para poder enfrentar con éxito su proceso de abandono de las SPA, ya que la estigmatización que sufren por el consumo tiene mayores repercusiones psicológicas en ellas que en los hombres (Trulsson y Heddin, 2004).

Mishel (1988), también habla de los proveedores de estructura en su teorizante en donde hace referencia al personal sanitario que atiende al usuario y la forma en que la calidad del servicio brindado puede aumentar o disminuir la incertidumbre en ellos.

Rial, Torrado, Braña y Varela (2010), realizan una investigación sobre la relación entre la calidad asistencial percibida y la actitud frente al tratamiento en personas con trastornos relacionados con sustancias. Presentan como objetivo remarcar el papel que una adecuada gestión de la calidad de la atención posee, tanto para la rehabilitación del usuario como para la mejora continua de una organización sanitaria que trata las adicciones. A partir de los resultados obtenidos, los autores señalan la necesidad de generar en los usuarios actitudes y percepciones positivas hacia el tratamiento para favorecer un alto grado de adherencia y lograr finalmente que éste sea eficaz, ya que el estudio logra corroborar que una buena calidad en el servicio y la valoración que los usuarios hacen de la atención recibida constituye uno de los principales condicionantes elementos de influencia positiva sobre el proceso de rehabilitación.

La revisión del contenido expuesto arriba nos fue de utilidad para la etapa de análisis de resultados de nuestra investigación, ya que nos permitió identificar múltiples similitudes entre los hallazgos expuestos por otros autores y los obtenidos en nuestro

estudio, lo cual evidencia y refuerza las particularidades experimentadas por la población femenina con trastornos relacionados a sustancias y corrobora la necesidad de una atención individualizada según las subjetividades de cada mujer.

Aplicaciones de la Teoría

En relación a las aplicaciones de la teoría en diversas investigaciones se tiene primeramente a Subih, Al-Kalalkeh, Salami, Al-Hadid y Abu-Sharour (2018) quienes en su investigación indican que la incertidumbre tiene un impacto negativo en la adaptación y los resultados de la enfermedad. El objetivo fue examinar los predictores asociados a la incertidumbre en pacientes con injerto de bypass de arteria coronaria (CABG). Durante la recuperación del proceso quirúrgico los pacientes experimentan incertidumbre, angustia por síntomas y necesidades de aprendizaje. Como resultado se evidenció que el género, la situación laboral, el nivel de educación y las necesidades de aprendizaje son factores asociados con la incertidumbre en estos pacientes. Finalmente se concluyó que la angustia por los síntomas no necesariamente induce incertidumbre y que los profesionales de cuidados intensivos deben de tener en cuenta las características del individuo para anticiparla.

Del mismo modo, Burbano-López y Sánchez en el 2017 publican su estudio con el objetivo de determinar el nivel de incertidumbre de las personas con traumatismo de la médula espinal (TME) desde la teoría de Mishel y su asociación con las características sociodemográficas. En cuanto a los resultados, se encontró una asociación significativa del nivel de incertidumbre con el estado civil, el nivel educativo bajo, el régimen de seguridad social en salud y la capacidad cognitiva baja. Además, este estudio evidenció que las

personas con TME experimentan la incertidumbre de manera permanente esto porque la incertidumbre surge frente a las expectativas de vida futura. Los autores concluyen que enfermería debe brindar una rehabilitación integral centrada en las necesidades que incluya educación temprana, para que la incertidumbre se transforme a en un aspecto positivo para la adaptación de las personas a la nueva condición de vida.

Por otra parte, Álvarez y Pérez en el 2017 publican un estudio en el cual presentan una situación clínica de amenaza de parto pretérmino, abordándolo bajo el proceso de atención de enfermería y la taxonomía NANDA, NIC y NOC, fundamentado en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. Tras la investigación los autores concluyen que la amenaza de parto pre-término genera incertidumbre en la gestante, debido al desconocimiento de la enfermedad y por la desconfianza hacia el personal de salud, a lo que Mishel hace referencia en su teoría como autoridad con credibilidad y el esquema cognitivo que crea la persona en torno a la enfermedad. Por último, se menciona que la confianza depositada en el profesional de enfermería influye en la transformación de la incertidumbre, a través del proceso de atención de enfermería y el cuidado personalizado que se brinda y así disminuyendo la ansiedad y los temores de la persona, lo cual ayuda a que se afronte de manera positiva las conductas de salud.

Por otro lado, Montalvo et al. en el 2016 publican su estudio con el objetivo de asociar las condiciones sociodemográficas y el nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. Los resultados muestran que al indagar acerca de la ocupación de estas mujeres, la mayoría son amas de casa o desempleadas y con un nivel educativo básico. Al asociar las condiciones sociodemográficas con el nivel de incertidumbre en las mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama, se encontró relación

entre el grado de escolaridad y el nivel de incertidumbre, lo que significa, que a mayor formación académica menor será el grado de incertidumbre. Mishel considera la educación como un apoyo directo para la incertidumbre, pues aquellos que tienen un nivel educativo más alto, tienen mayores capacidades cognitivas para comprender y hacer frente a su nueva situación de salud. El tener un nivel de educación medio o superior facilita la comprensión de las situaciones estresantes a las que se enfrenta la persona con un diagnóstico de cáncer de mama. Por otra parte, las condiciones sociodemográficas como edad, estrato socioeconómico, estado civil, seguridad social y antecedentes personales y familiares no presentaron ninguna relación con el nivel de incertidumbre. El estudio concluye que los proveedores de estructura a los que hace referencia Mishel, constituyen una parte importante para disminuir la incertidumbre en una situación de salud y en especial en las mujeres con cáncer de mama. Del mismo modo, es importante que enfermería como autoridad creíble brinde un cuidado que contemple intervenciones individuales, especialmente al momento de recibir el diagnóstico.

Continuando con las investigaciones, Triviño, Solano y Siles publican en el 2016 un estudio con el objetivo de conocer las experiencias vividas por las mujeres diagnosticadas de fibromialgia aplicando la Teoría de la Incertidumbre propuesta por M. Mishel. En referencia a los resultados los autores refieren que las personas del estudio perciben un alto nivel de incertidumbre, esto relacionado con la dificultad para hacer frente a los síntomas, la incertidumbre ante el diagnóstico y la complejidad del tratamiento. Además, señalan que la capacidad de afrontamiento de la enfermedad se ve influenciada por el apoyo social, la relación con los profesionales de la salud y la búsqueda de ayuda e información asistiendo a las asociaciones de pacientes con el mismo diagnóstico. Por último, la investigación concluye con que el profesional en salud debe brindar información clara sobre la patología

a las personas con el diagnóstico de fibromialgia, esto porque cuanto mayor es el nivel de conocimientos sobre su enfermedad y mejor es la calidad de la información, se percibe menor ansiedad e incertidumbre por parte de las pacientes.

Siguiendo con el hilo de las aplicaciones de la teorizante, en el 2016 Reinoso publica su estudio “Incertidumbre y tratamiento, experiencias de personas con Hepatitis-C crónica”, con el objetivo de examinar la correlación, entre la incertidumbre y los antecedentes de incertidumbre que Mishel plantea en su teoría. El autor menciona que al ser diagnosticado con esta enfermedad se comienza a procesar cognitivamente la incertidumbre en torno al diagnóstico y pronóstico, así como el estigma asociado a la hepatitis C, lo que les causa estrés psicológico a los individuos que lo padecen. Tras la investigación se encontró que la relación más significativa fue entre las figuras de autoridad sanitaria y la incertidumbre. Esta variable es única a cada persona y situación. De igual manera, figuras de autoridad, tales como enfermeras practicantes, se consideran creíbles y fuentes de información que pueden promover certeza o dejar al individuo aún más incierto. El conocimiento base de la persona en cuanto a su enfermedad puede ayudar a reducir la incertidumbre o, por el contrario, puede aumentarla. Por último, se concluye que los resultados pueden ser utilizados para ayudar a crear intervenciones personalizadas, atendiendo a esta población para disminuir la percepción de incertidumbre y crear una mayor comprensión de la enfermedad y su tratamiento y de este modo, apoyar a los afectados.

Por último, en cuanto a las aplicaciones de la teorizante en Costa Rica se encuentra la investigación de Redondo (2019), enfermero y graduado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, misma institución en donde se realizó la presente

investigación. El propósito de este estudio fue analizar la percepción de incertidumbre en hombres que tienen sexo con hombres con diagnóstico VIH y su relación con sus prácticas sexuales.

En cuanto a los hallazgos, se encontró que los participantes presentaron dificultades para darle un significado a su condición, por lo que en su totalidad experimentaron incertidumbre, valorada por medio de la inferencia con los tres posibles resultados presentes. Dentro de los antecedentes de incertidumbre se evidenciaron los elementos de apoyo social por medio de pares y amigos cercanos quienes al estar insertos en las organizaciones no gubernamentales fueron comprendidos a su vez como autoridades con credibilidad, además, en relación al patrón de síntomas, la poca especificidad de los mismos contribuyó a mantener un alto nivel de incertidumbre. Al momento de recibir el diagnóstico de VIH, la valoración como peligro fue lo usual, sin embargo, el apoyo social, la autoridad creíble y la congruencia con el evento fueron elementos que influyeron en una revaloración de la incertidumbre con un enfoque positivo, vista como una oportunidad donde la persona integra una nueva perspectiva, cambiando su estilo de vida.

La revisión bibliográfica de la aplicabilidad de la teoría en diferentes investigaciones nos permitió confirmar que los elementos expuestos por Mishel realmente tienen influencia sobre el nivel de incertidumbre, especialmente en cuanto a la autoridad con credibilidad, el nivel educativo, la capacidad cognitiva y el apoyo social. Dichos resultados coinciden con los nuestros y resalta la necesidad de que enfermería como autoridad creíble brinde intervenciones individualizadas según las particularidades de cada persona.

Finalmente, en lo mejor que se conoce, se ha estudiado poco o casi nada sobre la aplicación de la teorizante de Incertidumbre ante la Enfermedad en poblaciones relacionadas al consumo de SPA, ya sea hombres o mujeres. Motivo por el cual se construyó el marco empírico alrededor de investigaciones que exploran la relación entre ciertos conceptos asociados con la teoría y las poblaciones de personas con antecedentes de consumo. Asimismo, se hizo referencia a estudios de la teoría en diferentes contextos y poblaciones, principalmente en enfermedades como las que fueron expuestas anteriormente. Por lo tanto, queda en evidencia el desconocimiento sobre la aplicabilidad de la teoría de Incertidumbre ante la Enfermedad en la población de mujeres con antecedentes de consumo de SPA, y se refleja aún más la necesidad de llevar a cabo la presente investigación.

Recapitulando, a lo largo de este apartado se describió a detalle la teorizante, conceptos y definiciones importantes para el sustento de este estudio, así como antecedentes de investigaciones que muestran relación con el tema. En el próximo capítulo se plantea la metodología de la investigación, el cual describe los pasos, métodos y criterios considerados para llevar a cabo este estudio y generar nuevos aportes a la investigación.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

Modalidad del Trabajo Final de Graduación

En el presente trabajo se eligió la modalidad llamada Tesis de Graduación. Según lo establece el Reglamento General del Trabajo Final de Graduación en la Universidad de Costa Rica (1980), este consiste en “un proceso de investigación que culmina con un trabajo escrito que aporta algo original sobre el asunto investigado” (p. 1).

Enfoque de Investigación

Esta investigación fue realizada bajo un enfoque cualitativo. Según Mejía (2004), el estudio cualitativo es:

El procedimiento metodológico que utiliza palabras, textos, discursos, dibujos, gráficos e imágenes para comprender la vida social por medio de significados y desde una perspectiva holística, pues se trata de entender el conjunto de cualidades interrelacionadas que caracterizan a un determinado fenómeno. (p. 278)

En la presente investigación se pretendió exponer las vivencias y experiencias de incertidumbre de un grupo de mujeres con antecedentes de consumo de SPA, el cual es un fenómeno poco estudiado desde la disciplina de la enfermería, por ende, se pretende generar conocimientos y evidencia científica en este campo poco explorado, con el fin de lograr un acercamiento a una intervención de enfermería que sea mucho más holística y satisfactoria para la población elegida.

Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva. Hurtado (2012) define que el tipo de investigación descriptiva tiene como objetivo lograr la caracterización y descripción del evento estudiado en un contexto particular, y que además busca especificar las propiedades

importantes de personas, grupos o comunidades. Este tipo de estudio constituye la base para los tipos de investigación de mayor profundidad, radicando ahí su importancia.

El presente estudio corresponde a la metodología descriptiva ya que se realizó una amplia exposición del fenómeno de la incertidumbre dentro del contexto de consumo de SPA, basándonos en las experiencias y opiniones obtenidas de la interacción con un grupo de mujeres por medio de la entrevista. A su vez esta investigación puede servir de base para otras investigaciones de mayor profundidad cuyos resultados y conclusiones pueden ser interpretados de diferentes maneras.

Fases Metodológicas

Para la concreción del proceso que conllevó esta investigación, se contempló lo planteado por Hurtado (2012) quien propone una serie de fases que guiaron el desarrollo de la investigación que se describen a continuación:

1. Fase exploratoria: es la primera fase y es aquí donde se determinó el tema a investigar y sus contenidos específicos. Se debe tener claridad acerca de lo que realmente se desea saber, un paso esencial es la delimitación del tema que se comprendió de procesos como lo es la identificación del tema, análisis, determinación de la pregunta de investigación, por último, comprensión y extensión del tema (Hurtado, 2012).
2. Fase descriptiva: está compuesta por la justificación, propósito y objetivos de la investigación. La justificación es una descripción detallada y organizada de las necesidades y motivaciones, los propósitos aluden a lo que se aspira alcanzar y los objetivos tienen relación a las metas y logros deseados al finalizar la investigación (Hurtado, 2012).

3. Fases analítica, comparativa y explicativa del proceso operativo: las cuales fueron una integración de una revisión documental y del sintagma gnoseológico, el cual fue el desarrollo organizado y sistemático del conjunto de ideas, conceptos, antecedentes y teorizante que permitió el sustento de esta investigación, accediendo a comprender la perspectiva de la cual se parte. En esta fase también se llevó a cabo la revisión del contenido, estructura, secuencia, enlace, redacción y formato de todo el sintagma gnoseológico (Hurtado, 2012).
4. Fase predictiva y proyectiva: corresponde respectivamente a la factibilidad de la investigación y a la formulación de los criterios metodológicos. La factibilidad consistió en estimar en qué medida es viable la realización del estudio y los criterios metodológicos permitieron proveer y planificar la forma en que se iban a recolectar y analizar los datos necesarios para dar respuesta a la pregunta de investigación. Esta fase proyectiva implicó precisar los términos asociados al proceso de medición (muestra) y seleccionar las técnicas y procedimientos para llevar a cabo el estudio (Hurtado, 2012).
5. Fase interactiva del proceso metodológico: se refiere a las actividades mediante las cuales se ejecutó todo lo planeado en la fase proyectiva, es decir, la recolección de datos. Esta recolección de datos comprendió una serie de actividades, como lo fueron la elaboración del instrumento (entrevista semiestructurada), la aplicación del instrumento y la organización y agrupación de los datos obtenidos (Hurtado, 2012). Es importante recalcar que para la elaboración de este instrumento se contó con la ayuda de un experto en la teorizante utilizada, así como también, de un profesional de enfermería especializado en salud mental, quien nos pudo guiar en la elaboración y redacción de las preguntas, de tal manera que la estabilidad emocional de las participantes no se viera afectada al momento de aplicar el instrumento.

6. Fase confirmatoria: esta incorporó el análisis de datos. Una vez aplicado el instrumento, se organizó y aplicó un análisis que nos permitió mediante la discusión de resultados llegar a nuestras conclusiones con el fin de dar respuesta a nuestra interrogante inicial. El propósito de este análisis fue aplicar un conjunto de estrategias y técnicas obteniendo así nuevo conocimiento (Hurtado, 2012).
7. Fase evaluativa: en esta fase se hizo un cierre y se valoró el proceso investigativo en termino de los resultados, logro de objetivos, alcances, aportes y limitaciones.

Lugar Donde se Realizó el Estudio

Se trabajó con las mujeres que residen en el Centro de Restauración Casa de Paz ubicado en el cantón Central de la provincia de Alajuela, el cual abrió sus puertas por primera vez en la provincia de Puntarenas en el año 2002 donde funcionó durante 6 años, y en el 2008 se traslada hasta Alajuela, lugar en donde actualmente tienen 10 años de trabajar con esta comunidad.

Actualmente el centro recibe a una población promedio de 11 a 13 mujeres, ya que 13 es la capacidad máxima del lugar. Además, el albergue atiende aproximadamente 40 mujeres al año, esto por motivo de que muchas usuarias abandonan el tratamiento e ingresan otras nuevas. En los últimos dos años la mayoría de las mujeres que asisten a este centro son jóvenes con mucho apoyo y recurso familiar, años atrás muchas de las usuarias que ingresaban se encontraban en estados más avanzados de la adicción y en condición de calle.

El Centro de Restauración Casa de Paz trabaja bajo un enfoque Cristo-céntrico con un programa de internamiento residencial continuo durante 6 meses con oportunidad de

prolongación de máximo 15 días, esto para quienes se considere necesario según evaluaciones periódicas que realiza el equipo interdisciplinario sobre el plan de tratamiento de las usuarias. Este equipo está integrado por personal técnico, psicólogo, trabajador social, consejeros en adicciones, terapia ocupacional, enfermería y operadores en adicción. El programa se dirige especialmente a mujeres en riesgo social y jefas de hogar, orientado hacia una restauración de la familia como unidad de la sociedad.

La población estuvo conformada por mujeres adultas de todas las edades, policonsumidoras, una gran parte de ellas son madres, en su mayoría no se encuentran a cargo de sus hijos y residen en centros de atención por consumo de SPA.

Muestreo y Estrategia de Reclutamiento

Se utilizó el muestreo cualitativo, el cual “es una parte de un colectivo o población elegida mediante criterios de representación socioestructural, que se somete a investigación científica social con el propósito de obtener resultados válidos para el universo” (Mejía, 2000, p. 166).

La muestra fue de 9 participantes. Al momento de comenzar la recolección de datos se encontraban albergadas 11 mujeres, a las cuales en su totalidad se pretendían entrevistar, no obstante, solo fue posible con 9, debido a que una de ellas abandonó el tratamiento y otra no logró completar la entrevista debido a que mostró un cuadro de descompensación emocional lo que le dificultó mantener un hilo coherente a las preguntas planteadas.

El reclutamiento fue realizado por medio del muestreo por conveniencia que Mejía (2000) define como el procedimiento que consiste en la selección de las unidades de

manera arbitraria, estas se autoseleccionan o se eligen de acuerdo con su fácil disponibilidad.

Otra condición fundamental del muestreo cualitativo que se consideró fue la llegada al punto de saturación, el cual según Mejía (2000), se llega cuando el examen sucesivo de casos va cubriendo las relaciones del objeto social hasta que, a partir de una cantidad determinada, los nuevos casos tienden a repetirse o saturar el contenido del conocimiento anterior. Es decir, cuando la información es redundante y no aporta aspectos nuevos.

Para lograr el acceso a las mujeres fue necesario en primera instancia coordinar con el personal del Centro para que valoraran aquellas que estaban en condiciones para responder las preguntas de la entrevista.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Residir en el Centro de Restauración Casa de Paz.
- Que tengan al menos un mes de internamiento, esto porque según la Sra. Directora del Centro, se considera que es un tiempo pertinente en el que las usuarias se encuentran adaptadas al tratamiento.

Criterios de Exclusión

- Presentar trastornos psicóticos u otra alteración emocional que puedan interferir con la entrevista o exacerbar el estado de la participante, lo que será determinado por referencia exclusiva del psicólogo del Centro.

Técnica de Recolección de Datos

Para la recolección de los datos, se utilizó la entrevista semiestructurada. Esta técnica consiste en un grupo fijo de preguntas, sin respuestas fijas cuyo objetivo es tener un conocimiento auténtico de las experiencias del participante (Burns y Grove, 2012), y que permita la comprensión del fenómeno elegido en relación con los objetivos de la investigación. Este método de recogida de datos se encuentra sujeta a una estructura flexible y dinámica, con carácter no directivo, poco estructurado y exento de estandarización (Pedraz et al., 2014).

Al momento de realizar las entrevistas, ambas estuvimos presentes, una encargada de dirigir las preguntas y la otra a cargo de tomar la grabación y de oyente, esto con el fin de que ambas conociéramos a las participantes y pudiéramos escuchar personalmente las experiencias narradas por las usuarias.

La entrevista semiestructura constó de ocho partes basadas en la estructura que nos proporcionó la teorizante (Ver anexo 1).

Se llevaron a cabo seis sesiones, una sesión por día, de las cuales en las primeras cuatro visitas se entrevistaron a dos usuarias por sesión y en las últimas dos visitas una usuaria por día. La duración en promedio de cada entrevista fue de una hora, siendo la más breve de media hora y la más prolongada de dos horas.

Estas sesiones fueron realizadas en las instalaciones del Centro de Restauración Casa de Paz según la disponibilidad de los espacios físicos, en la mayoría de las ocasiones la entrevista fue ejecutada en la oficina de psicología y en otros momentos en la oficina de

la Directora del Centro, siempre procurando tener un espacio propicio para asegurar la privacidad de las mujeres.

Las entrevistas fueron grabadas en su totalidad, previo consentimiento de cada persona y posteriormente fueron transcritas a formato digital.

Categorías de Análisis

Seguidamente se presentan las categorías y subcategorías apriorísticas, en donde se toma la entrevista semiestructurada elaborada y se divide en las mismas. Posteriormente, estas serán la base para la descripción de los resultados y el análisis del estudio. Tal y como lo sugiere Cisterna (2005), quien establece que el apartado metodológico es lo que le da sustento a la investigación y le otorga validez epistemológica. Asimismo, dentro de este apartado debe existir la definición operacional de las categorías y subcategorías apriorísticas que guiaron el proceso de análisis de la información. Estas categorías y subcategorías deben ser construidas antes del proceso recopilatorio de la información, debido a que es esencial la distinción previa de cuáles son los tópicos centrales que focalizan la investigación. Por ende, a continuación, y en función de lo que Cisterna (2005) menciona se presentan las categorías de análisis de la entrevista semiestructurada utilizada.

Cuadro 1.*Categorías de análisis.*

Problema: ¿Cómo son las experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas?				
Objetivo general: Explorar las experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas.				
Objetivos específicos	Categorías	Sub categorías	Preguntas	
1) Identificar los antecedentes de incertidumbre de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas.	Antecedentes de incertidumbre.	1. Marco de estímulos:	1.a) Patrón de los síntomas.	Durante este internamiento, ¿Podría contarme su experiencia sobre lo que sintió cuando dejó de consumir drogas? ¿Me podría contar su experiencia cuando le aparece la sensación de que necesita consumir? ¿Cómo ha manejado sus emociones y sentimientos al respecto? ¿Con qué frecuencia le aparecen esos síntomas o ganas de consumir?
			1.b) Familiaridad del evento.	¿Podría comentarnos sobre su experiencia antes de ingresar al albergue? ¿Podría comentarnos su experiencia de ingreso al albergue?

¿Es su primer internamiento? Si no ¿Qué paso en los internamientos anteriores?

¿Qué la motivó al (re)ingreso?

¿En su familia o entre las personas con que usted se relacionaba hay o había otras personas consumidoras?

Antes de llegar aquí, ¿Con qué frecuencia consumía drogas, cuántas veces al día? ¿Cómo era su patrón de consumo, o sea, en qué momentos del día lo hacía?

¿Cuál era la droga que a usted más le gustaba consumir?

1.c)
Congruencia
del evento.

¿Qué le han dicho que podría sentir o experimentar al dejar de consumir drogas?

En relación con la información que le brindaron sobre los síntomas de abstinencia, ¿ha experimentado similitudes

¿Qué planea hacer usted cuando salga de aquí?
(Proyecto de vida, objetivos, metas).

2. Capacidad cognitiva.

Explíqueme ¿qué entiende sobre su tratamiento y cómo es este proceso?

¿Me podría contar si ha logrado entender las explicaciones que le han dado sobre el tratamiento y el proceso de dejar de consumir, o le quedan dudas?

		¿Qué le ha sido más difícil entender o qué cosas no le quedan claras?
3. Proveedores de estructura:	3.a) Educación.	<p>¿Tuvo la oportunidad de recibir educación durante la niñez?</p> <p>¿Cuál fue el último grado que cursó?</p> <p>¿Sabe usted leer y escribir?</p> <p>¿Ha tenido la oportunidad de estudiar de alguna otra manera?</p>
	3.b) Apoyo social.	<p>¿Qué necesidades tiene para mantener la sobriedad? Si no aparece el apoyo social dentro de esas necesidades, preguntamos directo: ¿Piensa que el apoyo de otras personas le ayudaría?</p> <p>Y para usted ¿quién es una persona importante y por qué lo ve así?</p> <p>¿Siente usted apoyo por parte de alguien? ¿Qué hacen esas personas para que usted se sienta apoyada? ¿Esta (s) persona (s) que me cuenta, consume o consumía?</p> <p>¿Qué tipo de apoyo le dan? (emocional, instrumental, cognitivo (información, consejo, y reforzamiento de capacidades)).</p>

			<p>¿Considera que el apoyo con el que cuenta le ayudaría a no consumir?</p> <p>Cuando salga de aquí, ¿Cuenta con alguien que la ayude a cumplir las metas que me comentó anteriormente?</p>
			<p>3.c) ¿Ha logrado establecer alguna relación de confianza con el personal que la atiende?</p> <p>Autoridad creíble. ¿Cree usted en lo que ellos le dicen?</p> <p>¿Cómo se siente con los profesionales que la atienden aquí?</p>
2) Identificar el proceso de valoración de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas.	Proceso de valoración.	4. Inferencia.	<p>¿Ha intentado dejar de consumir en otro momento?</p> <p>¿Cuántas veces lo ha intentado?</p> <p>¿Cuánto tiempo fue lo más que ha durado sin consumir, fue disminuyendo poco a poco o lo dejó del todo?</p> <p>¿Alguna vez dejó de consumir una droga, pero comenzó con otra?</p> <p>Podría contarme, ¿qué recuerdos o experiencias la hacen pensar en el consumo o que la llevan a consumir?</p> <p>Me puede comentar, ¿Por qué usted consumía?</p> <p>¿Para qué lo hacía, le ayudaba en algo?</p> <p>¿La hacía sentir mejor o peor sobre algo?</p>

			¿Piensa que cuando consumía, esto le llenaba algún vacío?
		5. Ilusión.	¿Cuáles son sus expectativas sobre su futuro? ¿Qué está dispuesta a hacer para que sea realidad o para que mejore? (Según la respuesta que dé)
3) Identificar el afrontamiento de la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas.	Afrontamiento de la enfermedad.	6. Peligro.	¿Se ha sentido ansiosa o deprimida alguna vez durante su internamiento? ¿Qué la ha llevado a sentirse así? ¿Cómo es su relación con sus compañeras?
		7. Oportunidad.	¿Qué piensa usted que puede obtener a partir de esta experiencia? ¿Qué piensa recuperar después del internamiento? ¿Cuáles son las motivaciones que tiene en este momento?

Análisis de Datos

Los datos fueron analizados bajo un enfoque descriptivo, en el cual se busca realizar una descripción detallada y densa que contribuya en la comprensión del entorno estudiado, su posterior análisis y que demuestre la riqueza de lo que está sucediendo (Gibbs, 2014).

Por otra parte, el análisis de los datos cualitativos se llevó a cabo mediante seis pasos que serán descritos a continuación (Vázquez et al., 2011):

1. Grabar los datos: Es el registro o grabación de datos, este se llevó a cabo durante el trabajo de campo; en el caso de esta investigación, fue realizado por medio de la grabación en audio de las entrevistas y además algunas notas tomadas por parte de nosotras como investigadoras que fueron registradas de manera escrita y posteriormente transcritas a formato digital.
2. Escuchar y escribir la información: Este paso consiste en transformar los datos en material escrito, para lo cual se deben escuchar y transcribir las grabaciones. La transcripción se realizó de manera textual en formato digital. Las grabaciones fueron guardadas hasta el final de la investigación, fueron almacenadas en una computadora personal en una carpeta con contraseña a la que solo nosotras tuvimos acceso, también se encontraban en un dispositivo de almacenamiento externo que fue utilizado únicamente para este fin. Cada una de las grabaciones fue debidamente identificada con la fecha y un código que se le asignó a cada participante con el fin de resguardar los datos, mantener la confidencialidad y permitir que en todo momento se pudiera identificar la procedencia de los datos.
3. Leer y organizar los datos: Esta es la primera fase propiamente dicha del análisis en la cual se procedió a leer y organizar los datos de todas las entrevistas con el fin de

identificar los distintos contenidos. Se realizó por medio de la elaboración de tablas lo cual permitió clasificar la información según los temas relevantes y pertinentes para esta investigación, como lo son los elementos propuestos por Merle H. Mishel en su teoría. Esta etapa corresponde a un proceso básicamente descriptivo y clasificatorio.

4. **Analizar los contenidos:** Una vez identificadas las distintas temáticas que aparecen en los textos, fueron analizadas mediante la creación de categorías, las cuales cumplieron con ciertos criterios entre ellos, ser exhaustivas o comprensivas, ser reproducibles por un segundo analista, dar sentido a los objetivos de este estudio y dar una voz a las participantes. Una vez creadas las categorías se buscó la información de cada una de estas que aparecían en las entrevistas, para lo cual fue necesario una relectura y clasificación de la información. Cuando se separa la información de su contexto original se utiliza un código identificativo que nos permitió, de ser necesario, volver a su procedencia es decir la entrevista y el párrafo de donde se tomó. Más adelante en el proceso del análisis se procedió a la reducción de los datos, escribiendo resúmenes que describieron la información relativa a cada categoría. Cabe destacar que en este paso aún no se hace una interpretación de los datos.
5. **Describir los resultados:** Posterior a la identificación y clasificación de los datos, se realizó una descripción de estos, mediante la búsqueda de semejanzas, diferencias o contradicciones en las informaciones obtenidas de las entrevistas. Para esta descripción de resultados también se utilizó el procedimiento inferencial que permitió obtener inferencias interpretativas por persona por subcategoría e inferencias interpretativas por persona por categoría el cual se describirá a mayor profundidad más adelante.
6. **Interpretar los resultados:** Esta es la fase final en la cual se trató de establecer relaciones y desarrollar explicaciones que nos permitieron dar un sentido a los hallazgos.

Describiendo y dándole respuesta a nuestra pregunta de investigación. En esta fase se relacionaron nuestros resultados con la teorizante utilizada, así como también con diferentes autores, siempre guiándonos mediante la triangulación hermenéutica, la cual se describe más adelante.

Criterios de Rigurosidad

Para asegurar el rigor metodológico existen diversos mecanismos que ayudan a satisfacer los criterios de calidad en una investigación, entre ellos se encuentra la triangulación, la cual fue utilizada en este estudio y consiste en contrastar y verificar los resultados a partir de diferentes fuentes y perspectivas; esta se considera en varias etapas del proceso y busca la comparación de múltiples puntos de vista, informantes, fuentes de información, métodos, técnicas y perspectivas teóricas que ayudan a tener visiones diferentes de la misma realidad (Vázquez et al., 2011).

Se trabajó específicamente con la triangulación de fuentes de información e informantes, la cual según Vázquez et al. (2011), consiste en:

Tomar como fuente diferentes actores, diferentes documentos, o datos cuantitativos.

Los datos que se obtienen de esta forma se contrastan, ayuda a corroborar los datos y también, a encontrar diferencias que pueden señalar dimensiones alternativas no contempladas previamente, y que hay que tener en cuenta. (p 120)

Para conservar aún más el rigor metodológico también se recurrió a la propuesta dada por Cisterna (2005) la cual denomina triangulación hermenéutica, la cual se realizó luego de haber recopilado todos los datos y consistió en aplicar varios pasos que se describen a continuación:

1. Selección de la información: Se tomaron los datos del trabajo de campo que fueran pertinentes y relevantes al estudio.
2. Triangulación de la información por cada estamento: Se realizó la triangulación de la información por cada individuo, ya que la población elegida no permite una clasificación estamentaria. Este paso se llevó a cabo por medio del procedimiento inferencial que establece conclusiones ascendentes, las cuales se obtuvieron al agrupar las respuestas relevantes por tendencias y clasificándolas por coincidencias partiendo desde las subcategorías, pasando por las categorías, hasta llegar a las opiniones inferidas en relación directa con las preguntas de investigación.
3. Triangulación de la información entre estamentos: Este paso permite establecer relaciones de comparación entre los participantes de la investigación. Sin embargo, la población elegida no permite la comparación o agrupación en estamentos.
4. Triangulación entre las diversas fuentes de información: Se procedió a la triangulación de la información obtenida por cada participante a partir de una única fuente de información: la entrevista semiestructurada. Al hacer esto se cuenta con un *corpus* coherente que refleja los resultados de la investigación que se presentan más adelante.
5. Triangulación con el marco teórico: Se trianguló con el marco teórico, en la cual se retomó la literatura actualizada y especializada para producir una nueva discusión en relación con los resultados derivados de las categorías y subcategorías planteadas desde las preguntas de la investigación. Este proceso le confirió a la investigación un carácter integrado con gran significancia teórica.

Del mismo modo es necesario tomar en cuenta otros mecanismos que le otorguen mayor rigor a esta investigación, entre ellos Vázquez et al. (2011) menciona:

- **Revisión de la relación problema método-diseño:** Con este mecanismo se busca presentar la correspondencia lógica del problema de investigación con la metodología propuesta, el diseño y la teoría. Este mecanismo fue empleado desde la primera etapa de este estudio, asegurando la coherencia lógica del proyecto y su credibilidad.
- **Diseño adecuado de la muestra:** Consiste en seleccionar como parte de la muestra a personas que posean las características, experiencias o vivencias más relevantes al fenómeno social que se desea estudiar y dependen de los objetivos del estudio. Lo cual fue tomado en consideración al seleccionar nuestra muestra, ya que todas eran mujeres que al momento de la investigación residían en el Centro de Restauración Casa de Paz como parte de su tratamiento de rehabilitación a su enfermedad crónica. Además, todas poseían experiencias de consumo de SPA durante varios años lo que nos permitió tener una muestra con las características y experiencias necesarias para estudiar el fenómeno seleccionado.
- **Analista externo:** Ayuda a controlar la interpretación que los investigadores internos hacen de los datos. Se le pide a un investigador experimentado y conocedor de la problemática que realice una auditoría de los resultados a los que llegó la investigación, en este caso se le solicitó al director de tesis MSc. Denis Carrillo Díaz desempeñar el papel de analista externo, lo que aseguró confiabilidad y credibilidad a la investigación.

Criterios de Calidad

Además de los criterios de rigurosidad, existen criterios generales que según Vázquez et al. (2011) deben ser considerados para garantizar la calidad de la investigación cualitativa los cuales fueron tomados en cuenta en todo momento de este estudio.

En primer lugar, está la adecuación teórica-epistemológica la cual consiste en la correspondencia adecuada entre el problema a investigar y la teoría que se utiliza para comprender dicho problema, este criterio es importante de cumplir ya que la teoría aporta los elementos clave que permiten conceptualizar, analizar y comprender el fenómeno que se desea estudiar (Vázquez et al., 2011). Para cumplir con este criterio se requirió de mucho estudio en cuanto a la teorizante, ya que debíamos estar seguras de que esta se adaptaba al fenómeno que se pretendía investigar. Se puede asegurar que este criterio se cumplió en su totalidad desde un inicio, con una extensa revisión y análisis de la teorizante y sus diversas aplicaciones hechas en los últimos años. Esta revisión bibliográfica exhaustiva además de permitirnos cumplir con este criterio conformó la base de conocimiento para la realización del marco teórico y marco empírico del estudio.

En segundo lugar, los criterios de credibilidad y transferibilidad. Vázquez et al. (2011) indican que los criterios de credibilidad y transferibilidad en la investigación cualitativa son equivalentes a los criterios de validez interna y validez externa de la investigación cuantitativa, respectivamente.

La credibilidad se define como “el grado en que los resultados reflejan la situación o fenómeno social estudiado. Se refiere al valor “verdad” de los resultados desde el consenso de los actores involucrados en la investigación” (Vázquez et al, 2011, p. 114).

La transferibilidad, por otra parte, se refiere a “el grado de aplicación de los resultados obtenidos en una investigación dada, a otros contextos o escenarios” (Vázquez et al, 2011, p. 114). Asimismo, este criterio depende en gran medida del grado en que se seleccionó la muestra, por lo tanto, la transferibilidad no se da en función del número de los sujetos analizados sino de los tipos de sujetos analizados.

En esta investigación la credibilidad radicó en que los resultados que se obtuvieron lograron reflejar cómo son las experiencias de incertidumbre en las mujeres participantes del estudio. En cuanto a la transferibilidad, se espera que los datos obtenidos permitan desarrollar intervenciones dirigidas a la reducción de incertidumbre tanto en la población elegida como en poblaciones y contextos similares, además, crear bases de conocimiento y evidencia científica sobre las experiencias de esta población que muchas veces ha sido invisibilizada.

Por último, el criterio de relevancia, el cual busca una correspondencia entre el porqué de la investigación y los resultados de esta, evalúa el cumplimiento de los objetivos planteados y si se logró un mejor conocimiento del fenómeno estudiado; la relevancia también se refiere a los nuevos hallazgos y la contribución de nuevos marcos conceptuales (Vázquez et al., 2011). Los resultados obtenidos de este estudio conforman una base sustancial a las investigaciones relacionadas con consumo de SPA en mujeres. Como se mencionó en la justificación, existe un vacío en cuanto a estudios de este fenómeno en la población femenina, así como también, el creciente número de personas alrededor del mundo con trastornos relacionados al consumo de SPA, por lo cual, podemos asegurar que nuestros resultados cumplieron a cabalidad con los objetivos y justificación planteada, generando nuevo conocimiento y evidencia.

Consideraciones éticas

Se tomaron como base los requisitos éticos universales propuestos por Ezekiel Emanuel (2003). El cumplimiento de dichos requisitos proporcionó un marco sistemático y racional que aseguró la ética de esta investigación. Se contemplaron:

Valor

Para que una investigación clínica sea ética, esta debe poseer valor, lo que implica tener una conciencia sobre la importancia social, científica o clínica del estudio (Ezekiel, 2003).

Como se ha mencionado en el capítulo I, esta investigación aporta valor a la práctica de enfermería, a la investigación, a la educación, a la legislación y a la sociedad; ya que la realización del estudio significó una oportunidad de ampliar los conocimientos y plantear bases sólidas que nos permitieron comprender y analizar las experiencias de incertidumbre desde la subjetividad de las mujeres con antecedentes de consumo de SPA y desarrollar estrategias para la intervención, dirigidas a la reducción de incertidumbre tanto en la población elegida como en poblaciones similares, para guiarles hacia la adaptación del proceso de enfermedad desde una perspectiva positiva; de este modo, lograr su bienestar físico, emocional y social brindándoles el apoyo necesario para que logren cumplir con éxito su tratamiento o proceso de recuperación y reinserción.

Validez científica

La validez científica debe ser un requisito previo al valor, debido a que la misma “presupone validez”. La investigación puede ser ética sólo si es tan valiosa como válida, ya que, sin esta última el estudio no puede generar ningún conocimiento ni producir algún beneficio (Ezekiel, 2003).

Toda investigación debe ser debidamente diseñada para lograr producir hechos científicos, del mismo modo, esta validez científica es esencial al momento de realizar un

estudio que involucre seres humanos. Para lograr que una investigación clínica sea ética la metodología debe ser válida y prácticamente realizable (Ezekiel, 2003).

Como se ha mostrado a lo largo de todo el presente capítulo, se ha asegurado que esta investigación sea tan valiosa como válida, procurando una considerable atención a la metodología, brindándole criterios de rigurosidad como de calidad, para conseguir los objetivos propuestos de una manera ética.

Selección Equitativa del Sujeto

Para que la selección de los sujetos participantes sea equitativa, debe cumplir con cuatro requisitos que propone Ezekiel (2003, pp. 86-87), los cuales fueron contemplados en este estudio al realizar el reclutamiento de la muestra, y son los siguientes:

- Asegurar que se seleccionen grupos específicos de sujetos por razones relacionadas con la pregunta de investigación.
- Una selección equitativa de sujetos requiere que a todos los grupos se les ofrezca la oportunidad de participar en la investigación a menos que existan buenas razones científicas o de riesgo que restringiesen su elegibilidad.
- La selección de sujetos puede considerarse equitativa sólo cuando aquellos que se reclutan como sujetos estén en condiciones de beneficiarse si la investigación proporciona un resultado positivo.
- Hay una interacción dinámica entre la selección equitativa de los sujetos y la garantía de una razón de riesgo-beneficio apropiada. La selección de sujetos debe estar diseñada para reducir al mínimo los riesgos para los participantes a la vez que se maximizan los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación.

Proporción Favorable de Riesgo-Beneficio

Este requisito incorpora la necesidad de reducir al mínimo los riesgos de la investigación, y la necesidad de maximizar los beneficios de esta, tanto para el sujeto individual como para la sociedad. Asimismo, los beneficios potenciales deben ser proporcionales a los riesgos asumidos o exceder los mismos (Ezekiel, 2003). La participación en este estudio pudo significar cierto riesgo o molestia para la persona entrevistada debido a que al responder algunas de las preguntas de la entrevista pudo haber sentido incomodidad, ansiedad, inseguridad o una invasión a su privacidad.

Para asegurar el cumplimiento de este aspecto, y minimizar el riesgo de desborde emocional en las participantes al momento de aplicar la entrevista, se contactó previamente a un profesional de Enfermería en salud mental, quien examinó el contenido de la entrevista para prever si las preguntas pudieran generar algún efecto o respuesta emocional en las mujeres entrevistadas. Si a pesar de esto la participante hubiera sufrido algún daño como consecuencia de la entrevista realizada, se habría referido al profesional apropiado del Centro para que se le brindara el tratamiento y apoyo necesario.

Es importante volver a mencionar que una de las mujeres que residían en el Centro no logró concluir con la entrevista a causa de un cuadro de descompensación lo que dificultó mantener un hilo coherente de las preguntas planteadas, esto fue informado a la directora del lugar para que se diera el seguimiento pertinente con el psicólogo.

Por otro lado, como beneficio se realizó la devolución de los resultados obtenidos a los encargados de la institución y a las participantes que aún se encontraban institucionalizadas en el Centro de Restauración Casa de Paz, asimismo, la participación en

este estudio no generó ningún beneficio directo, sin embargo, representó una oportunidad para que aprendiéramos más acerca de las experiencias de las mujeres con antecedentes de consumo de SPA y la incertidumbre que les genera este el proceso. Así este conocimiento podría beneficiar a otras mujeres con la misma condición en un futuro.

Cabe destacar que esta investigación fue cuidadosamente revisada, evaluada y posteriormente aprobada por el comité asesor, el cual está conformado por MSc. Denis Carrillo Díaz como director, y en colaboración del Dr. Derby Muñoz Rojas y el Dr. Noé Ramírez Elizondo. Así mismo el anteproyecto de investigación fue revisado y aprobado por la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Enfermería en sesión No. 249-2018 (Ver anexo 2). De este modo se garantizó que los sujetos de investigación fueran tratados éticamente y no sólo como meros medios.

Evaluación Independiente

Muchas veces, el compromiso de los investigadores con el proyecto de investigación puede conducirlos a enfatizar demasiado los beneficios potenciales y desestimar el potencial de daño a los sujetos. Es por lo que la evaluación independiente representa un requisito ético importante, al hacer que la investigación sea revisada por peritos apropiados que no se encuentren afiliados al estudio y que tengan autoridad para aprobar, enmendar o cancelar la investigación (Ezekiel, 2003). Sin embargo, en ningún momento se valoró que fuese necesario realizar la evaluación independiente debido a que no se corrió el riesgo de potenciar beneficios o daños ya que únicamente se recolectaron datos.

Consentimiento Informado

El consentimiento informado se justifica por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas, por lo que las mujeres que participaron lo hicieron mientras ésta fuera compatible con sus valores, intereses y preferencias (Ezekiel, 2003). Se les indicó en un consentimiento informado (Ver anexo 3) en qué consistía el proceso investigativo, los objetivos y finalidad de este; así como la aclaración de que la información brindada es totalmente confidencial, que iba a ser grabada por audio y que en el momento que decidieran desistir de la investigación así lo podrían hacer, de este modo tomaron la decisión libre no forzada si deseaban participar o no.

Cabe destacar que dicho consentimiento informado fue aprobado por el Comité Ético Científico (CEC) de la Universidad de Costa Rica en su sesión No. 137 el día 27 de marzo del 2019 (Ver anexo 4).

Respeto a los Sujetos Inscritos

Después de haber firmado el consentimiento informado, las mujeres continuaron siendo tratadas con respeto mientras participaban en la investigación; dicho respeto a las participantes incluyó varios aspectos, entre ellos (Ezekiel, 2003, pp. 90-91):

- Permitirle cambiar de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o preferencias, y a retirarse sin sanción.
- Su privacidad fue respetada, administrando la información con total confidencialidad.

- En reconocimiento a la contribución de las mujeres a esta investigación, se buscó la manera de informarles sobre los resultados y lo que se aprendió del proceso investigativo.
- El bienestar de cada entrevistada fue vigilado cuidadosamente a lo largo de su participación, con el fin de proporcionarle un tratamiento apropiado y, si es necesario, retirarla de la investigación.

Para concluir este capítulo, como se mencionó anteriormente uno de los pasos a seguir es el de describir los resultados, por lo que a continuación se detalla el capítulo V, el cual contiene los resultados de la fase interactiva del proceso metodológico que se describió previamente, asegurando la práctica de todos los métodos, criterios y consideraciones aquí descritos.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

En este capítulo se presentarán los resultados obtenidos. Se comenzará con la presentación de las mujeres participantes, para posteriormente proceder con los datos obtenidos del procedimiento inferencial.

Características de las Mujeres Participantes

Las 9 mujeres participantes son adultas que presentan antecedentes de uso de SPA. Sus nombres fueron cambiados para mantener su anonimato. A continuación, se presenta un cuadro con sus características generales para luego hacer una breve descripción de cada una.

Cuadro 2.

Características de las mujeres entrevistadas.

Nombre	Edad	Hijos	Oficio	Estado Civil	Tiempo de internamiento
Rosa	54	4	Ama de casa, trabajaba en bares y restaurantes	Soltera	4 meses
Margarita	34	2	Trabajaba en bares	Divorciada	3 meses
Dalia	23	1	Trabajaba como cajera y se dedicaba a la prostitución ²	Soltera	3 meses
Fresia	25	2	Se dedicaba a la prostitución, también trabajó en bares y en un salón de belleza	Soltera	2 meses
Azucena	46	5	Trabajaba en la prostitución y como	Soltera	2 meses

² Las participantes en sus narraciones se definen a sí mismas como mujeres en prostitución, por lo cual este será el término por utilizar pese a que existen otras nominaciones sugeridas.

			dependiente en una verdulería		
Lirio	29	0	Se dedicaba a la prostitución y fue taxista	Soltera	3 meses
Jazmín	34	2	Administradora de un bar, cajera.	Soltera	3 meses
Violeta	50	2	Se dedicaba a la prostitución y al comercio	Soltera	2 meses
Clavel	43	3	Se dedicaba a la prostitución, trabajaba limpiando casas, cuidando niños y carros	Soltera	4 meses

Rosa

Adulta de 54 años, soltera, madre de 4 hijos. Antes de su internamiento se dedicaba a ser ama de casa, además, trabajó en bares y restaurantes. Ingresó a Casa de Paz hace 4 meses por medio del IAFA y “Chepe se Baña”. Sus hijos se fueron lejos de ella y se introdujo más en la enfermedad de la adicción. Consume alcohol desde los 14 años, sin embargo, durante sus embarazos y el tiempo que vivió con sus hijos y el padre de ellos no lo hizo. Su principal motivación es su recuperación.

Margarita

Adulta de 34 años, divorciada, madre de 2 hijas. Antes de su internamiento se dedicaba a trabajar en bares. Ingresó a Casa de Paz hace 3 meses a causa de un problema familiar. Consume alcohol desde los 15 años, también ha probado otras sustancias. Refiere

que desde que le quitaron a su hija ella se introdujo más en la adicción, debido a que ya nadie necesitaba de ella. Su principal motivación es la familia.

Dalia

Adulta de 23 años, soltera, madre de una niña. Antes de su internamiento se desempeñaba en la prostitución y también como cajera. Ingresó a Casa de Paz hace 3 meses a causa de una denuncia en el PANI. Consumió todo tipo de sustancias desde los 13 años, sin embargo, la principal fue la cocaína, refiere que también desarrolló adicción al sexo y al dinero. La principal motivación es su hija.

Fresia

Adulta de 25 años, soltera, madre de 2 hijos. Antes de su internamiento se desempeñaba en la prostitución y también trabajó en bares y en un salón de belleza. Ingresó a Casa de Paz hace 2 meses a causa de “probar una droga en donde perdió la conciencia”, por lo que le dijo a su mamá “que no podía más que le ayudará a buscar ayuda”. Consumía todo tipo de sustancias desde los 14 años. Su principal motivación es la felicidad y cumplir metas.

Azucena

Adulta de 46 años, soltera, madre de 5 hijos. Antes de su internamiento se desempeñaba en la prostitución y también como dependiente en una verdulería. Ingresó a Casa de Paz hace 2 meses debido a que “sentía que la droga ya la dominaba y tenía problemas con muchas personas”. Consumía alcohol, tabaco y cocaína desde los 19 años. Su principal motivación es la familia.

Lirio

Adulta de 29 años, soltera, no tiene hijos. Antes de su internamiento se desempeñaba en la prostitución y también como taxista. Ingresó a Casa de Paz hace 3 meses ya que indica haber “tocado fondo” con el crack. Inició desde los 13-14 años por querer experimentar, además refiere que “siempre llevó en mente un abuso que recibió de niña”. Consumía marihuana, cocaína, LSD, pastillas, éxtasis, pero principalmente fue la cocaína y el crack. Comenta también desarrollar dependencia emocional con sus parejas, cuando termina una relación se introduce más en la adicción. La principal motivación es ella misma.

Jazmín

Adulta de 34 años, soltera, madre de 2 hijos. Antes de su internamiento se dedicaba a la administración de un bar y también como cajera. Ingresó a Casa de Paz hace 3 meses a causa de una denuncia con el PANI en donde se llevan a su hijo pequeño y ella refiere que “se le derrumba la vida”. La depresión la llevó a consumir alcohol y crack, incitada principalmente por su pareja de ese momento. La principal motivación son sus hijos y su familia.

Violeta

Adulta de 50 años, soltera, madre de 2 hijos. Antes de su internamiento se desempeñó en la prostitución y como comerciante. Ingresó a Casa de Paz hace 2 meses ya que refiere querer pasar su adultez mayor sin consumir. Indica haber sido abusada sexualmente por su padrastro desde los 5 años, del mismo modo, su padre biológico también abusó de ella. Consumía desde los 12 años todo tipo de sustancias, sin embargo, la

principal fue el crack. La mayor motivación es poder verse a ella misma bien y poder llegar a abrazar a su familia.

Clavel

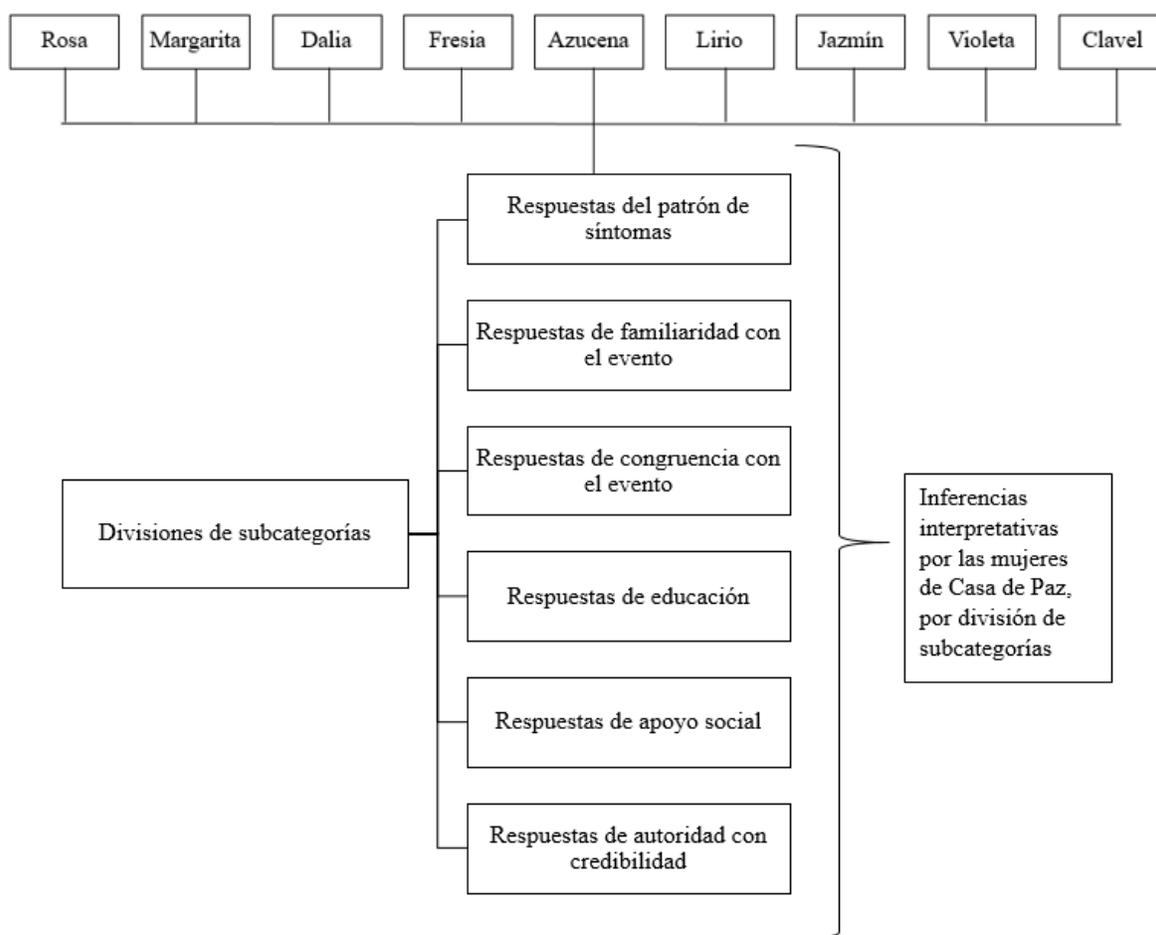
Adulta de 43 años, soltera, madre de 3 hijos. Antes de su internamiento se desempeñaba en la prostitución y también se dedicaba a limpiar casas, cuidar niños y carros. Se integró a Casa de Paz hace 4 meses como consecuencia de haber ingresado sustancias ilícitas a un centro penal, por lo que se llegó un acuerdo judicial en donde se le propuso ingresar a rehabilitación a cambio de ir presa. Su adicción inició a los 30 años a causa de la pérdida de su bebé. Refiere haber sufrido un abuso por parte de su padre. Consumía crack, cigarro y alcohol. La principal motivación es su propia vida.

Resultados de las Entrevistas

La aplicación del procedimiento inferencial permitió obtener inferencias interpretativas por persona por subcategoría e inferencias interpretativas por persona por categoría, las cuales posteriormente se triangularon para obtener las respuestas a la pregunta de investigación. Este es un proceso inductivo que lleva de lo general a lo específico por medio de la elaboración y comparación de inferencias por persona, ya que como se indicó previamente la población no permite una clasificación por estamentos. A continuación, se ejemplifica el proceso inferencial en las siguientes figuras.

Figura 4.

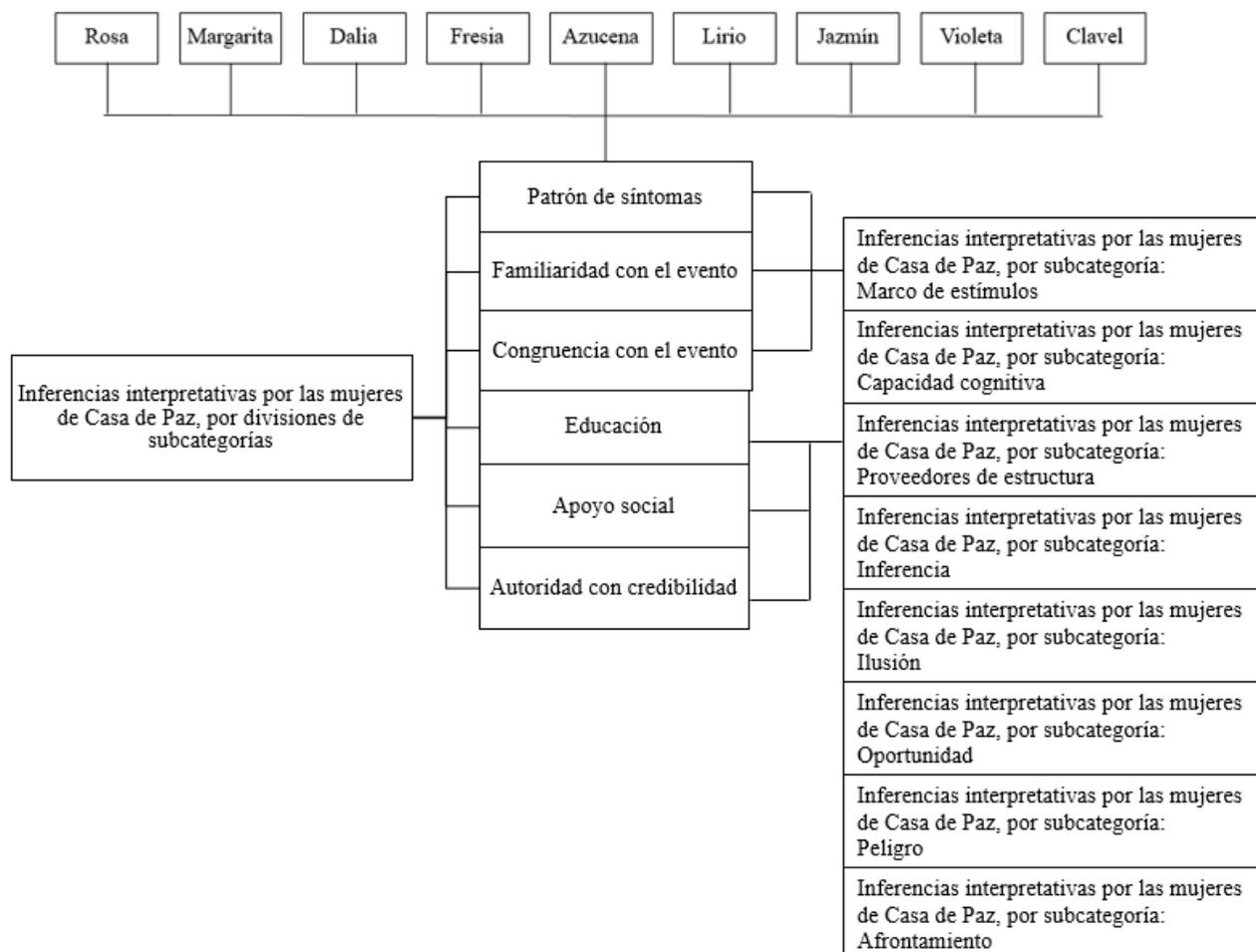
Inferencias interpretativas por persona por división de subcategoría.



Fuente: Elaboración propia a partir de Ramírez (2014).

Figura 5.

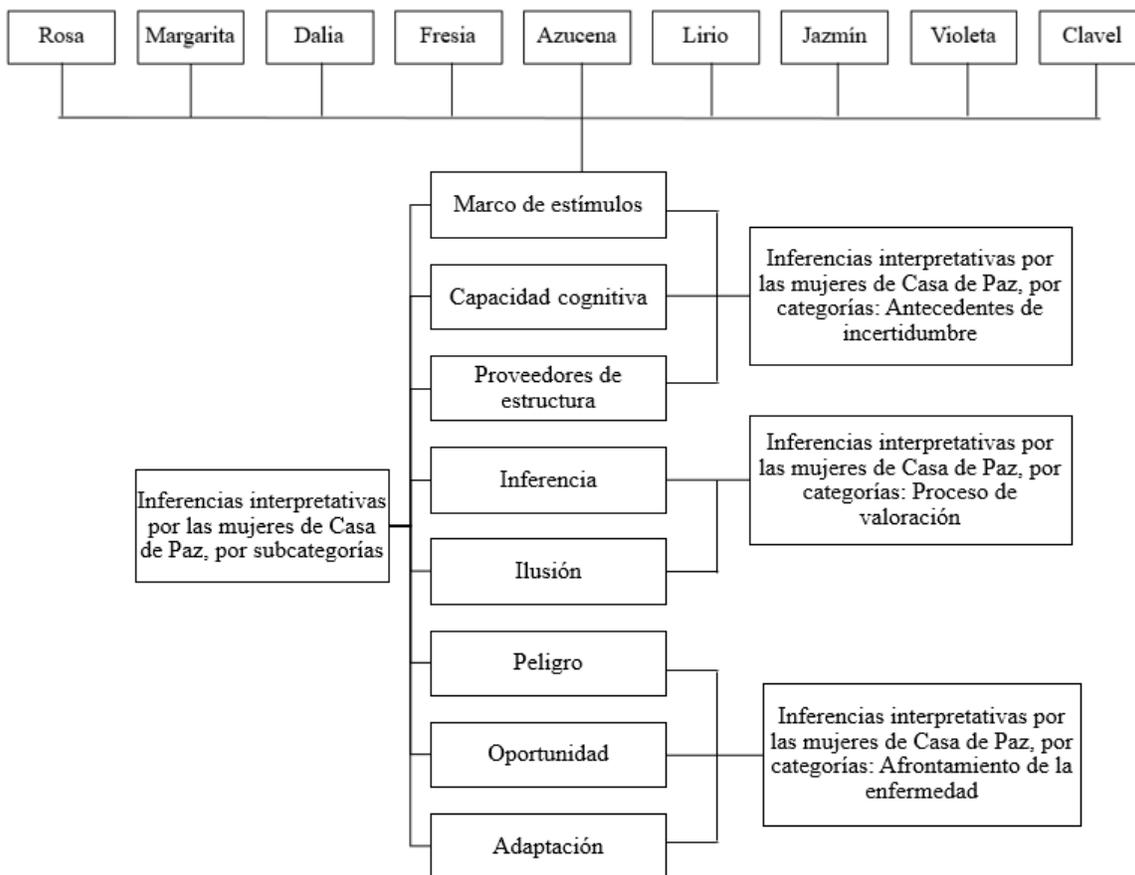
Inferencias interpretativas por persona por subcategoría.



Fuente: Elaboración propia a partir de Ramírez (2014).

Figura 6.

Inferencias interpretativas por persona por categoría.



Fuente: Elaboración propia a partir de Ramírez (2014).

La aplicación del proceso detallado en el marco metodológico se evidencia en los cuadros presentados a continuación, que posteriormente fueron triangulados con el marco teórico para dar pie al análisis de resultados.

Inferencias Interpretativas Según las Divisiones de Subcategorías

Cuadro 3.

Inferencias interpretativas de las respuestas obtenidas por las mujeres de Casa de Paz, según las divisiones de subcategorías.

División de subcategoría	Rosa	Margarita	Dalia	Fresia	Azucena	Lirio	Jazmín	Violeta	Clavel
Patrón de síntomas	Percibe síntomas al dejar de consumir, sin embargo, no de manera repetida.	Percibe síntomas al dejar de consumir, sin embargo, no de manera repetida.	Percibe síntomas al dejar de consumir, con cierta consistencia, especialmente cuando tiene pensamientos	Percibe síntomas muy fuertes al dejar de consumir, los cuales se presentan con suficiente consistencia	Percibe síntomas al dejar de consumir, sin embargo, no de manera repetida solamente cuando tiene	Percibe síntomas muy fuertes al dejar de consumir, los cuales se presentan con bastante	Refiere no percibir síntomas al dejar de consumir.	Percibe algunos síntomas al dejar de consumir, con poca consistencia.	Percibe síntomas muy fuertes al dejar de consumir, los cuales se presentan con suficiente

			relacionados al consumo.	a, especialmente al inicio.	pensamientos relacionados al consumo.	consistencia.		consistencia.	
Familiaridad con el evento	Es su primer internamiento, consume desde los 14 años y refiere tener familiares y amistades con problemas de consumo. Su consumo era diario.	Es su primer internamiento, refiere tener familiares y amistades con problemas de consumo. Su consumo era generalmente los fines de semana.	Es su primer internamiento, consume desde los 13 años y refiere tener familiares y amistades con problemas de consumo. Su consumo era diario.	Es su sexto internamiento, consume desde los 14 años, refiere tener familiares con problemas de consumo. Su consumo era diario.	Es su primer internamiento, consume desde hace 24 años, refiere tener familiares y amistades con problemas de consumo.	Es su segundo internamiento, refiere tener dos hermanos y parejas con problemas de consumo, con quienes desarrollaba dependencia emocional. Su consumo era diario.	Es su primer internamiento. Refiere que el papá y tías son alcohólicos, también primos y amistades consumen. Inició el consumo con su expareja cuando tenía 33 años. Su consumo era los	Múltiples internamientos. Consume desde los 12 años. Refiere tener un tío “drogadicto” con quien inició su consumo, su familia es tomadora social. Su consumo era diario, principalmente	Es su primer internamiento. Inició su consumo con su expareja a los 30 años. Refiere que su padrastro fue alcohólico y dos de sus hijos tienen problemas de consumo. Su

							fines de semana y en las noches.	durante el día.	consumo era 24/7, “consumía por un mes seguido y dormía por una semana”.
Congruencia con el evento	Indica similitudes entre lo que le han dicho y lo que ha experimentado durante este internamiento relacionado con los síntomas de abstinencia	Indica no presentar similitudes entre lo que le han dicho y lo que ha experimentado durante este internamiento relacionado con los síntomas de abstinencia	Indica algunas similitudes entre lo que le han dicho y lo que ha experimentado durante este internamiento relacionado con los síntomas de abstinencia	Indica similitudes entre lo que le han dicho y lo que ha experimentado durante este internamiento relacionado con los síntomas de abstinencia	Indica algunas similitudes entre lo que le han dicho y lo que ha experimentado durante este internamiento relacionado con los síntomas de abstinencia	Indica similitudes entre lo que le han dicho y lo que ha experimentado durante este internamiento relacionado con los síntomas de abstinencia	Indica no presentar similitudes entre lo que le han dicho y lo que ha experimentado durante este internamiento relacionado con los síntomas de abstinencia	Indica similitudes entre lo que le han dicho y lo que ha experimentado durante este internamiento relacionado con los síntomas de abstinencia	Indica similitudes entre lo que le han dicho y lo que ha experimentado durante este internamiento relacionado con los síntomas de abstinencia

Educación	Cursó hasta 7° grado y no ha tenido la oportunidad de recibir educación informal.	Cursó hasta 7° grado y sí ha tenido la oportunidad de recibir educación informal.	Cursó hasta 9° grado y no ha tenido la oportunidad de recibir educación informal.	Cursó hasta 7° grado y sí ha tenido la oportunidad de recibir educación informal.	Concluyó bachiller del colegio y sí ha tenido la oportunidad de recibir educación informal.	Bachillerato incompleto.	Cursó hasta 7° grado y sí ha tenido la oportunidad de recibir educación informal.	Cursó hasta 6° grado y sí ha tenido la oportunidad de recibir educación informal.	Cursó hasta 6° grado y no ha tenido la oportunidad de recibir educación informal.
Apoyo Social	Recibe apoyo de tipo económico y material principalmente, por parte algunos miembros de su familia, los cuales no consumen. Indica que el mantener la	Recibe apoyo emocional y económico, por parte de su familia, y apoyo emocional por parte de su pareja quien sí consume. Indica que el apoyo	Recibe apoyo económico y emocional por parte de su familia, los cuales no consumen. Indica que el apoyo percibido le ayuda a mantener la sobriedad.	Recibe apoyo económico y emocional por parte de su familia. Indica que el apoyo percibido le ayuda a mantener la sobriedad.	Recibe apoyo económico y emocional, por parte de su familia, los cuales no consumen. Indica que el apoyo percibido le ayuda a mantener la sobriedad.	Recibe apoyo cognitivo de los terapeutas, económico y emocional por parte de su familia, algunos de ellos consumen. Indica que el apoyo percibido	Recibe apoyo económico y emocional por parte de su familia, los cuales refiere que no consumen. Indica que el apoyo percibido le ayuda a mantener	Recibe apoyo económico y emocional por parte de su familia, los cuales refiere que no consumen. Indica que el apoyo percibido le ayuda a mantener	No cuenta con redes de apoyo. Tiene una amiga y sus abogados que le brindan apoyo emocional y ninguno de ellos consume.

Inferencias Interpretativas por Subcategorías

Cuadro 4.

Inferencias interpretativas de las respuestas obtenidas por las mujeres de Casa de Paz por subcategorías.

Subcategoría	Rosa	Margarita	Dalia	Fresia	Azucena	Lirio	Jazmín	Violeta	Clavel
Marco de estímulos	Percibe estímulos bien definidos que le permiten estructurar su esquema cognitivo mediante el cual interpreta su enfermedad.	Percibe ciertos estímulos que le permiten estructurar su esquema cognitivo mediante el cual interpreta su enfermedad.	Percibe estímulos definidos que le permiten estructurar su esquema cognitivo mediante el cual interpreta su enfermedad.	Percibe estímulos bastante definidos que le permiten estructurar su esquema cognitivo mediante el cual interpreta su enfermedad.	Percibe estímulos definidos que le permiten estructurar su esquema cognitivo mediante el cual interpreta su enfermedad.	Percibe estímulos bastante definidos que le permiten estructurar su esquema cognitivo mediante el cual interpreta su enfermedad.	Presenta pocos estímulos que le permitan estructurar su esquema cognitivo mediante el cual interpreta su enfermedad.	Percibe estímulos bien definidos que le permiten estructurar su esquema cognitivo mediante el cual interpreta su enfermedad.	Percibe estímulos bastante definidos que le permiten estructurar su esquema cognitivo mediante el cual interpreta su enfermedad.

<p>Capacidad cognitiva</p>	<p>Comprende bien su tratamiento o y su enfermedad. Refiere no tener dudas, sin embargo, hay dificultades en la interpretación de algunas preguntas de la entrevista.</p>	<p>Comprende bien su tratamiento o y su enfermedad. Refiere no tener dudas.</p>	<p>Comprende bien su tratamiento o y su enfermedad. Refiere no tener dudas.</p>	<p>Comprende bien su tratamiento o y su enfermedad. Refiere no tener dudas.</p>	<p>Comprende bien su tratamiento o y su enfermedad. Refiere no tener dudas, pero algunas cosas se le olvidan, indica que “la mente está dormida”.</p>	<p>Comprende bien su tratamiento o y su enfermedad. Refiere no tener dudas y “tener un deterioro cognitivo que afecta su memoria a corto plazo y su aprendizaje”.</p>	<p>Refleja un déficit cognitivo ya que no comprende bien las preguntas y sus respuestas son muy repetitivas.</p>	<p>Comprende bien su tratamiento o y su enfermedad. Refiere no tener dudas.</p>	<p>Comprende bien su tratamiento o y su enfermedad. Refiere no tener dudas.</p>
<p>Proveedores de estructura</p>	<p>Posee ciertos recursos que le permiten interpretar el marco de estímulos.</p>	<p>Posee ciertos recursos que le permiten interpretar el marco de estímulos.</p>	<p>Posee ciertos recursos que le permiten interpretar el marco de estímulos.</p>	<p>Posee ciertos recursos que le permiten interpretar el marco de estímulos.</p>	<p>Posee ciertos recursos que le permiten interpretar el marco de estímulos.</p>	<p>Posee ciertos recursos que le permiten interpretar el marco de estímulos.</p>	<p>Posee ciertos recursos que le permiten interpretar el marco de estímulos.</p>	<p>Posee ciertos recursos que le permiten interpretar el marco de estímulos.</p>	<p>Posee pocos recursos que le permiten interpretar el marco de estímulos.</p>

Inferencia	Ha intentado dejar de consumir 3 veces. La soledad y la ausencia de sus hijos la hacen pensar en el consumo, lo hacía para sentirse tranquila pero después se sentía peor. Refiere que le llenaba un vacío.	Ha intentado dejar de consumir 5 veces. La ausencia de su hija y problemas familiares la hacen pensar en consumir, lo hacía para para no sentirse vulnerable pero después se sentía peor. Refiere que consume le llenaba un vacío.	Ha intentado dejar de consumir 2 veces. Recordar cuando tenía sexo la hace pensar en consumir, lo hacía para sentir placer, pero después se sentía peor.	Ha intentado de consumir más 8 veces. Bailar y los bares la hace pensar en consumir, lo hacía para no sentir culpabilidad por el daño a sus hijos y familia. Consumir la hacía sentir mejor y le llenaba un vacío.	Ha intentado dejar de consumir 2 bares, ciertas personas y la hacen pensar en el consumo, lo hacía para desahogarse y distraerse de la ausencia de sus hijos. La hacía sentir mejor pero después se	Ha intentado dejar de consumir 3 veces. Recordar fiestas y consumo la hacen pensar en ello, lo hacía para sentir placer y evadir problemas familiares y de autoestima. La hacía sentir mejor pero después se sentía peor. Refiere que le llenaba un vacío.	Ha intentado dejar de consumir 2 veces. La soledad y la ausencia de sus hijos y pareja la hacen pensar en el consumo, lo hacía para sentirse tranquila pero después se sentía peor. Refiere que le bloqueaba la mente.	Ha intentado dejar de consumir en múltiples ocasiones. La soledad y ciertos lugares la hacen pensar en el consumo, lo hacía para mitigar el dolor por sus problemas familiares, pero después se sentía peor. Refiere que al consumir se hacía	Ha intentado dejar de consumir 3 veces. La pareja y ciertos lugares la hacen pensar en el consumo, lo hacía para mitigar el dolor por sus problemas familiares, pero después se sentía peor. Refiere que al consumir se hacía
-------------------	---	--	--	--	---	--	--	---	---

	momento se ha sentido deprimida.	momento se ha sentido deprimida y/o ansiosa.	momento se ha sentido deprimida.	momento se ha sentido triste.	momento se ha sentido deprimida y/o ansiosa.	momento se ha sentido ansiosa.	momento se ha sentido deprimida.	momento se ha sentido deprimida y/o ansiosa.	momento se ha sentido deprimida y/o ansiosa.
Incertidumbre, oportunidad y afrontamiento	Ve esta experiencia como una oportunidad positiva para aprender. Motivada por su recuperación.	Ve esta experiencia como una oportunidad positiva para madurar e independizarse, recuperar a su familia y su dignidad. La motiva su familia.	Ve esta experiencia como una oportunidad positiva para ayudar a otros con su ejemplo, recuperar a su hija y sus sueños. La motiva su hija.	Ve esta experiencia como una oportunidad positiva, quiere recuperar a sus hijos y la motiva su felicidad y metas.	Ve esta experiencia como una oportunidad positiva para obtener una vida nueva, recuperar a su hija y la motiva su familia.	Ve esta experiencia como una oportunidad positiva para reintegrarse a la sociedad, recuperar a su autoconfianza y su familia. Su motivación es ella misma.	Ve esta experiencia como una oportunidad positiva para obtener un hogar, una nueva familia y algún nuevo enamorado, recuperar a sus hijos quienes son su motivación.	Ve esta experiencia como una oportunidad positiva para la sobriedad y sabiduría, no quiere recuperar nada, quiere todo nuevo. La motiva verse bien y poder llegar a abrazar a su familia.	Ve esta experiencia como una oportunidad positiva para obtener su sobriedad y reconocer su autovalor, recuperar su tranquilidad. La motiva su propia vida.

Inferencias Interpretativas por Categorías

Cuadro 5.

Inferencias interpretativas de las respuestas obtenidas por las mujeres de Casa de Paz por categorías.

Categoría	Rosa	Margarita	Dalia	Fresia	Azucena	Lirio	Jazmín	Violeta	Clavel
Antecedentes de incertidumbre	Ciertos elementos se encuentran afectados. Específicamente la capacidad cognitiva ya que no comprende bien ciertas preguntas, y debido a su baja escolaridad podría percibir	Ciertos elementos se encuentran afectados. Específicamente la congruencia con el evento, ya que no percibe similitudes entre lo esperado y lo experimentado.	No presenta elementos afectados, por lo que se esperaría que presente menor incertidumbre con respecto a su enfermedad.	Se encuentra afectado el elemento de la educación. Debido a su baja escolaridad podría percibir con mayor complejidad su enfermedad, lo cual aumentaría su	No presenta elementos afectados, por lo que se esperaría que presente menor incertidumbre con respecto a su enfermedad. Sin embargo, ella refiere que su	Se encuentra afectado el elemento de la capacidad cognitiva, ella refiere tener un deterioro cognitivo que afecta su memoria a corto plazo y aprendizaje debido a su	La mayoría de elementos se encuentran afectados: el marco de estímulos, la capacidad cognitiva y el nivel educativo. Se evidencia en ella mayor incertidumbre	Ciertos elementos se encuentran afectados. Específicamente el patrón de los síntomas y la educación, por lo cual podría percibir con mayor complejidad su enfermedad	Ciertos elementos se encuentran afectados. Específicamente el apoyo social y la educación, por lo cual podría percibir con mayor complejidad su enfermedad, aumentand

	<p>con mayor complejidad su enfermedad, lo cual aumentaría su incertidumbre.</p>	<p>Y debido a su baja escolaridad podría percibir con mayor complejidad su enfermedad, lo cual aumentaría su incertidumbre.</p>		<p>incertidumbre.</p>	<p>memoria se pudo ver afectada por el consumo prolongado.</p>	<p>consumo prolongado. Por lo tanto, podría percibir con mayor complejidad su enfermedad, lo cual aumentaría su incertidumbre.</p>	<p>bre con respecto a su enfermedad y expectativas sobre su futuro.</p>	<p>d, aumentado su incertidumbre.</p>	<p>o su incertidumbre.</p>
<p>Proceso de valoración</p>	<p>A pesar de sus experiencias pasadas, sus expectativas sobre su futuro son positivas.</p>	<p>A pesar de sus experiencias pasadas, sus expectativas sobre su futuro son positivas.</p>	<p>A pesar de sus experiencias pasadas, sus expectativas sobre su futuro son positivas.</p>	<p>A pesar de sus experiencias pasadas, sus expectativas sobre su futuro son positivas.</p>	<p>A pesar de sus experiencias pasadas, sus expectativas sobre su futuro son positivas.</p>	<p>A pesar de sus experiencias pasadas, sus expectativas sobre su futuro son positivas.</p>	<p>A pesar de sus experiencias pasadas, sus expectativas sobre su futuro son inciertas.</p>	<p>A pesar de sus experiencias pasadas, sus expectativas sobre su futuro son positivas.</p>	<p>A pesar de sus experiencias pasadas, sus expectativas sobre su futuro son positivas.</p>

Afrontamiento de la enfermedad	Basado en el proceso de								
	valoración, la								
	incertidumbre es								
	interpretada como								
	una oportunidad.								

Resultados de la Investigación como Conclusiones de Tercer Nivel a partir de las Inferencias Interpretativas

Antecedentes de Incertidumbre.

Se evidencia que, en cuanto al elemento del marco de estímulos todas las mujeres entrevistadas perciben los síntomas al dejar de consumir, sin embargo, con diferente consistencia entre cada una de ellas, así mismo todas contaban con familiares y amistades con un consumo problemático de SPA.

Al analizar las respuestas de las entrevistas, se determinó que los elementos afectados con mayor persistencia fueron la educación y la capacidad cognitiva ya que refieren sufrir consecuencias a causa del consumo prolongado de SPA. Sin embargo, se identificó que es más determinante la capacidad cognitiva que el nivel educativo para lograr entender su tratamiento, debido a que el nivel educativo tendría que ser muy bajo para ser influyente en la comprensión de su proceso de enfermedad; no se encontraron diferencias importantes entre las escolaridades de 6°, 7° y 11° de las participantes.

Por otra parte, todas concuerdan con que el apoyo social es de gran importancia y que este les ayuda a no consumir. También, todas han logrado establecer confianza y credibilidad con el personal que las atiende.

Proceso de Valoración.

El proceso de valoración de la enfermedad en situaciones de incertidumbre comprende dos procesos principales, la inferencia la cual se basa en el recuerdo de las experiencias relacionadas; y la ilusión que surge a partir de las creencias sobre el futuro con un enfoque positivo.

En las mujeres entrevistadas emergió que, en la mayoría de ellas, a pesar de sus experiencias pasadas, sus expectativas sobre su futuro son positivas y generalmente giran en torno a la recuperación de su familia y su reinserción en la sociedad, manteniendo la sobriedad. Sin embargo, una de ellas manifiesta mayor incertidumbre en relación a las demás mujeres entrevistadas, relacionado con sus antecedentes de incertidumbre específicamente un déficit en su capacidad cognitiva.

Afrontamiento de la Enfermedad.

Basado en el proceso de valoración, la incertidumbre puede ser vista como un peligro o como una oportunidad, de lo cual dependerán las estrategias que se requieran para lograr una adaptación, en este caso al proceso de abstinencia de consumo de SPA.

En el caso de las mujeres entrevistadas, se encontró que todas interpretan la incertidumbre como una oportunidad ya que evidencian una mayor preocupación o interés por los aspectos positivos que puedan obtener a partir de su experiencia de internamiento, que por los aspectos negativos que puedan surgir.

Para finalizar este capítulo, una vez concluidos y descritos los resultados de la fase interactiva del proceso metodológico, se continua con la fase confirmatoria, la cual hace énfasis al análisis de datos. A continuación, en el capítulo VI se organizó y se aplicó un análisis que nos permitió mediante la discusión de los resultados llegar a nuestras conclusiones, con el fin de dar una descripción detallada y densa que contribuye en la comprensión del entorno estudiado dando respuesta a nuestra pregunta de investigación y obteniendo así nuevo conocimiento.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

En este apartado se discuten los hallazgos que surgieron tras analizar las experiencias de las mujeres en el Centro de Restauración Casa de Paz. Cabe destacar que, si bien el uso de la teorizante ha guiado la comprensión del fenómeno descrito, no determina la forma, ni las categorías temáticas de este apartado, debido a que la teoría y sus componentes permiten irlos disgregando y relacionando con cada una, brindando mayor fluidez al momento de construir este análisis, asimismo, la lectura atenta revela que entre cada categoría hay relaciones que superan los límites de la teorizante. Por lo cual, para efectos prácticos de esta sección, se decide plantear tres grandes categorías de análisis:

- **Los roles de género y sus reflujos en la incertidumbre**, donde se abordan las experiencias de las mujeres en relación con el rol de la maternidad, la prostitución, su cuerpo y los abusos recibidos.
- **Luces y sombras: las percepciones sobre el proceso de rehabilitación**, en el cual se exponen aspectos asociados con las relaciones familiares, la espiritualidad, la institucionalización, sus detonantes, el duelo y los reaprendizajes que implica su proceso de rehabilitación.
- **Cuerpo depredado: la materialización de la pérdida**, en donde se hará referencia a las manifestaciones particulares que experimentaron las participantes.

Por medio de ello se busca responder a la pregunta de investigación: ¿Cómo son las experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de SPA?

Los Roles de Género y sus Reflujos en la Incertidumbre

El enfoque de género es una perspectiva por integrar en las fundamentaciones epistemológicas de las distintas disciplinas, así como también en los modelos teóricos explicativos del consumo de SPA, en los programas de prevención, tratamiento y en la práctica clínica. Es por esta razón, que se decide incluir este componente en el análisis debido a que nos ayuda a visibilizar la incidencia de los condicionantes de género en el consumo de SPA, además de evidenciar las subjetividades de las mujeres que se encuentran actualmente enfrentando un proceso de rehabilitación, y así, darles un valor metodológico a sus experiencias de vida. Asimismo, estas narraciones logran enriquecer nuestra discusión generando nuevo conocimiento en este campo poco explorado de la investigación. De esta forma, pretendemos indagar de qué manera muchos elementos asociados al género repercuten en sus experiencias de vida, de consumo, y principalmente en su valoración de la enfermedad y de la incertidumbre (Blanco et al., 2000).

En primera instancia, el término género se utiliza para referirse a los significados que cada sociedad le atribuye al sexo biológico de las personas, o sea, hace referencia al conjunto de normas, valores, prácticas, símbolos y representaciones que la sociedad elabora a partir de la diferenciación sexual anatómica (Blanco et al., 2000).

En este sentido, Lagarde (2005) discute cómo el simple hecho de ser mujer en esta sociedad, en su cultura y en un mundo patriarcal constituye un cautiverio en el que las mujeres sobreviven creativamente de la opresión, lo que para muchas significa sufrimiento, conflictos, dolor y contrariedades; expresado en una falta de libertad. En nuestra sociedad la libertad es, según la autora, clasista y patriarcal, de clase alta, machista, heterosexual, heteroerótica y misógina, es por esto que solo los individuos dentro de estas categorías

sociales son libres, solo los pertenecientes a grupos genéricos de edad dominante y de religiones e ideologías dominantes, en otras palabras, los hombres, adultos, productivos o con mucho dinero y heterosexuales son concebidos libres bajo esta sociedad y cultura (Lagarde, 2005).

A pesar de que en los últimos años se han producido importantes cambios sociales y culturales, no podemos quitar el hecho de que existen desigualdades entre hombres y mujeres. Del mismo modo, ser mujer en nuestra sociedad no significa lo mismo para todas, debido a que la realidad es diversa e influyen aspectos como la edad, el entorno, tipo de familia, entre otras cosas. No obstante, si nos podemos referir a experiencias y situaciones que compartimos como colectivo (Blanco et al., 2000).

Hace algunos años resultaba tan obvio que la asistencia en el campo de las adicciones era “cosa de hombres” que nadie se percataba de la situación y era común usar el masculino para referirse a la generalidad de la población consumidora. Se hablaba de las personas con trastornos relacionados con SPA, sin percatarse de que el modelo epistemológico y terapéutico sufría graves sesgos. Por lo tanto, no es de asombrarse que las mujeres con estos trastornos fueran tratadas como casos atípicos, no sólo por su escasa asistencia, sino porque ellas mismas evitaban acudir a servicios de atención (Blanco et al., 2000).

Lo que repercutió también en el campo investigativo, donde existe un evidente androcentrismo en la investigación con respecto al consumo de SPA, que se refleja en todo el proceso científico, lo que provoca que con frecuencia las pautas a seguir en los trastornos relacionados con SPA de la población femenina son derivaciones de estudios realizados

exclusivamente con hombres (Gignac, 1999; Rekalde y Vilches, 2003; citados por Pérez y Correa, 2011).

Gracias a la incorporación de las mujeres en los distintos escenarios de la vida y, en especial, en el campo de las adicciones se ha logrado que dejaran de ser vistas como circunstancias excepcionales y se hayan convertido en un foco de atención y preocupación especialmente para los profesionales que intervienen en esta área (Blanco et al., 2000).

Sin embargo, no podemos dejar de lado que esta visión socio-cultural de lo que significa ser mujer, afecta directamente en la salud de las mismas, no necesariamente por los factores biológicos, sino más bien por las construcciones sociales mencionadas por Lagarde (2005), sometiéndolas a inequidades, en donde la incorporación de estrategias políticas también presenta obstáculos al querer considerar una perspectiva de género, convirtiendo al mismo en un DSS (Navarro, 2017).

En este tema, los DSS relacionados al género se refieren a las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan la exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos (OMS, 2018). Asociado al consumo en mujeres, es evidente que esta normativa social sobre lo que significa ser mujer determina los comportamientos de búsqueda de atención sanitaria, así como las respuestas del sistema de salud en función del género.

Esto se refleja en el sentido de que, como se ha mencionado, las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de acceder a los programas de tratamiento, ya que, en primer lugar, asociado al rol social de la maternidad, se les impone que solo ellas deben cuidar de sus hijos e interiorizan el temor de perder la custodia de los mismos; y en

segundo lugar, cuando finalmente deciden buscar ayuda sanitaria, se encuentran con la estigmatización de ser una mujer y madre consumidora y además con la barrera de que existen muy pocos centros de rehabilitación especializados en el tratamiento exclusivo para mujeres. De ahí que la OMS (2018) hace hincapié en que las diferencias asociadas al género son uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias.

Ahora bien, independientemente del género, la adicción también constituye un factor importante que empeora las inequidades resultantes en salud, pues puede que exista una relación bidireccional en cuanto al hecho de que las personas recurren al consumo para minimizar el dolor que provocan las condiciones adversas (Wilkinson y Marmot, 2003), lo cual logramos reafirmar mediante los historias de las entrevistadas, en donde muchas de ellas referían que problemas como la soledad por el abandono de sus hijos, su pareja, sus familiares, entre otros, influían en su consumo recurrente, empeorando así su enfermedad.

Agregado a esto, recalcamos como el proceso de reinserción social en las mujeres con antecedentes de consumo es más complejo en comparación al hombre, debido a que, al momento de considerar variables como el temor a la recaída, síntomas de ansiedad y depresión, preocupación por el estigma que puede generar y la pérdida de habilidades sociales y cognitivas, la literatura confirma que estas barreras son mayores en la población femenina posterior a su proceso de rehabilitación (Rodríguez et al., 2015). Es por esto, que reafirmamos la necesidad de desarrollar programas de reinserción social y tratamiento con perspectiva de género, en donde, se les dé un adecuado seguimiento a las mujeres después de concluir con su programa. Estas mujeres necesitan un acercamiento diferente, debido a que ellas mismas así lo solicitan, de manera implícita o explícita, sin embargo, por las

mismas cuestiones de género previamente mencionadas, muchas veces se invalida con mayor facilidad sus opiniones acerca de los tratamientos (Blanco et al., 2000).

Cuando tomamos en consideración muchas de las vertientes que desembocan en el tema del género asociado al consumo de SPA, logramos identificar la vinculación que existe entre este fenómeno social y la teoría de Mishel (1988) sobre la Incertidumbre ante la enfermedad. A partir de lo señalado en las líneas anteriores, conseguimos deducir que todo el constructo social alrededor de la mujer consumidora y sus dificultades en una cultura patriarcal ejercen influencia sobre la forma en que cada una percibe la enfermedad y cómo valora la incertidumbre, la cual, en un principio por lo general es vista como un peligro por el temor que les causa perder la custodia de sus hijos, sus relaciones familiares y ser víctimas de estigmatización. Sin embargo, una vez adentradas en el proceso de rehabilitación, se da una re-valoración del significado que le otorgan a su enfermedad y a la incertidumbre que trae consigo, la cual generalmente cambia hacia un enfoque positivo percibido como una oportunidad para reconstruir una nueva vida.

A continuación, se describen ciertos temas que fueron sobresalientes al momento de realizar las entrevistas y forman parte de esta gran categoría llamada “los roles del género y sus reflujos en la incertidumbre”, del mismo modo, como su nombre lo dice, estos serán vistos y analizados bajo el lente de la teorizante.

La Dualidad de la Maternidad

Así como el género, la maternidad es un punto importante de abarcar debido a que fue un elemento de recurrencia en las narraciones de las mujeres participantes puesto que la mayoría de ellas eran madres.

Es necesario comenzar refiriéndonos a la palabra maternidad, la cual hace referencia a la relación que se establece entre la madre y su hijo/a, comenzando desde la concepción y extendiéndose hasta los subsiguientes procesos fisiológicos de nacimiento, alimentación y asistencia. Si bien tradicionalmente se han recalcado las reacciones afectivas que acompañan a la maternidad, diversas disciplinas han subrayado los aspectos culturales y sociales en juego, los cuales dan soporte a la diada madre-hijo. Es por esto que la maternidad aparenta ser un fenómeno natural o de aparición espontánea, pero es más bien un hecho construido histórica y culturalmente (Rojas, 2016).

Es decir, la maternidad es una construcción social, no un “hecho natural”. Es multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. La maternidad es entendida en ocasiones como algo que está separado del contexto histórico y cultural, y cuyo significado es único y siempre el mismo (Palomar, 2005).

Por lo tanto, podemos decir que el significado que se le ha dado a la maternidad como una función y capacidad innata de las mujeres, es producto del patriarcado y la división sexual del trabajo, fortalecida por distintos actores como el estado y los medios de comunicación. Por lo que durante mucho tiempo se asoció a la maternidad como un rol “natural” de la mujer. Aquellas que no cumplieren con ese “deber”, eran consideradas como rebeldes, desviadas o enfermas (Rojas, 2016).

La razón es que históricamente se ha ido conformando una serie de mitos sobre la mujer, dentro de los cuales se encuentran las cualidades de tener una entidad tierna y violada, protectora y lujuriosa, dulce y maternal, esta imagen de la mujer tiene como

fuentes a la cultura judeocristiana y a la sociedad capitalista (Bartra, 1986, citado por Lagarde, 2005).

Este diálogo que impone la sociedad en torno a lo que significa ser madre, ha sido interiorizado por las mujeres participantes. Ocho de las nueve entrevistadas tienen hijos, los cuales estaban bajo el cuidado de otras personas al momento que escuchamos sus relatos y una de ellas entregó a uno de sus hijos en adopción. Para otras, el distanciamiento con sus hijos/as resultaba en sentimientos de culpa por no haber sido “buenas madres”, ya que al alcanzar la mayoría de edad o incluso antes, sus hijos/as decidían alejarse de ellas, o algún familiar cercano se hacía cargo de su cuidado y crianza desde pequeños.

Algunas de estas mujeres refieren que sus hijos no las ven realmente como madres ya que no fueron ellas quienes los criaron o estuvieron durante toda su etapa de niñez. No obstante, el recuperar la relación con sus hijos se convierte muchas veces en la principal motivación de las mujeres para su rehabilitación, lo cual presenta relación con el elemento de ilusión de la teorizante, que hace referencia a las creencias que generalmente tienen un enfoque positivo. Esto debido a que la maternidad en muchas ocasiones se convierte en una manera de permanecer conectado y sobrevivir a la vulnerabilidad y adversidad cotidiana. En particular las madres jóvenes de contextos socioeconómicos bajos, quienes se encuentran en la búsqueda de normas que sean culturalmente deseables sobre la maternidad, sobre todo cuando se carga con el estigma de ser consumidora (Rojas, 2016).

El imaginario social que rodea la maternidad tiene actualmente, como piezas centrales, dos elementos que lo sostienen y a los que se les atribuye un valor de esencia: el instinto materno y el amor maternal, cualquier fenómeno que parezca contradecir la existencia de estos elementos, es calificado como “anormal”, “desviado” o “enfermo”

(Palomar, 2005), características que, entre otras similares, generalmente se le atribuyen a la mujer que es madre y consumidora de SPA.

Sin embargo, Badinter (1980) citado por Palomar (2005) afirma que el amor maternal no es innato, sino que se va adquiriendo en el transcurso de los días pasados junto a la criatura y a partir de los cuidados que se le brindan. Este autor contradice la creencia de que la maternidad y el amor que la acompaña están arraigadas desde siempre en la naturaleza femenina, así como que las mujeres estén hechas para ser madres e, incluso, “buenas” madres. Aunque el amor maternal pueda existir desde el origen de los tiempos, no es posible afirmar que exista en todas las madres necesariamente.

En el caso de este estudio, se pudo evidenciar lo sugerido por Badinter, en donde dos de las usuarias narraban cómo sus madres se habían hecho cargo de uno de sus hijos desde muy pequeños, y que, a pesar de no haber desarrollado un vínculo amoroso con la criatura, referían que deseaban recuperar en la medida de lo posible el contacto con esos niños y mantener una relación cercana, más no aspiraban a recuperar el rol de madre que habían cedido hace tiempo. De ahí inferimos que este deseo por recuperar el contacto con un hijo del cual nunca se hicieron cargo, puede deberse al sentido de responsabilidad que la sociedad le impone por el simple hecho de ser su madre o por apaciguar el sentido de culpa por ser señalada “mala madre”; más que por responder a un vínculo amoroso o un instinto maternal que quizá nunca existió. Además, estos datos se pueden reforzar con la literatura en donde se menciona que un 60% de las mujeres con antecedentes de consumo de SPA perciben la maternidad como una obligación, un compromiso y responsabilidad, lo que hace que la maternidad pase a ser aún más problemática y conflictiva en estas mujeres y madres en exclusión (Rojas, 2016).

Es evidente como el consumo y los trastornos relacionados con SPA en las madres puede influir y afectar su desempeño o interferir en los cuidados hacia sus hijos/as en comparación a una madre no consumidora. Los trastornos adictivos en las madres pueden influir y afectar la capacidad de respuesta a las necesidades físicas y emocionales de sus hijos/as, esto debido a los efectos de las distintas sustancias y a los ciclos de intoxicación-abstinencia, generando consecuencias negativas en la interacción de la diada, al producir en la madre alteraciones perceptivas, afectivas y conductuales. Sin embargo, hasta que no existan investigaciones que estudien los aspectos más específicos de las interacciones entre madre-hijo/a en contextos de adicción seguirán existiendo vacíos de este fenómeno (Rojas, 2016).

La maternidad asociada al género es un componente importante para traer a discusión debido a que muchas de ellas recalcan sentir culpabilidad por haber dejado a sus hijos para salir a consumir, sin embargo, esto es algo que no sucede tan a menudo cuando se habla de la adicción en hombres. La culpabilidad en las mujeres existe, por no haber sido “buenas” madres, hermanas o hasta esposas, por no haber cumplido con los roles que fueron asignados por la sociedad.

En algún momento con la “profesionalización” de la maternidad, alrededor de 1930, los expertos comenzaron a centrar su atención en el papel que jugaba la madre en el desarrollo del niño, comenzó a exigírsele mayor responsabilidad en el bienestar emocional de los niños, siendo prioridad el niño sobre la madre (Palomar, 2005).

A partir de aquí la maternidad se ve teñida de un nuevo tono para las mujeres: no son solamente esos seres que dan la vida y el amor por sus hijos, sino que tienen la responsabilidad sobre su estabilidad, su desarrollo y su calidad humana. La presión social

sobre las mujeres se vio incrementada considerablemente al convertir al hijo en el parámetro de su desempeño como “buena madre” (Palomar, 2005). En el caso de la mujer consumidora de SPA, este desempeño se ve claramente criticado, no solo por la sociedad sino hasta por ellas mismas que han interiorizado el discurso social de la maternidad y cómo deberían ejercerla.

Las personas con trastornos relacionados con SPA en contextos vulnerables, precarios o marginales sufren de una “doble exclusión” a causa de ser sujetos que, además de su adicción, son pobres. Ahora bien, en el caso de las mujeres pobres, adictas y madres que abandonan a sus hijos existiría una “triple exclusión” (Rojas, 2016).

Añadido a esto, está documentado como la dificultad de los problemas de adicción es superior en las mujeres y que el impacto que tiene a nivel familiar y social es aún mayor, además, las mujeres tienen otros problemas adicionales para incorporarse al tratamiento y abandonar el consumo, debido a que la estigmatización de las mujeres con problemas de adicción refuerza su aislamiento social y favorece la ocultación del problema, del mismo modo, temen que hacer pública su adicción suponga la retirada de la custodia de sus hijos/as, demorando así la búsqueda de ayuda y tratamiento (Sánchez, 2012). Esto concuerda con los resultados obtenidos en las entrevistas, ya que muchas de ellas refieren que dejaron a sus hijos con otras personas por salir a consumir, que perdieron etapas de su crecimiento, que no les importaba sus hijos mientras estaban en el consumo, pero que al momento de dejarlo o cuando existiera una denuncia del del Patronato Nacional de la Infancia (PANI) de por medio, es cuando entraban en “razón” y llegaba el sentimiento de culpabilidad. La mayoría de las participantes buscaron ayuda y se institucionalizaron hasta

haber sido retirada la custodia de sus hijos (as) por parte del PANI o de alguno de sus familiares.

Tengo una demanda de negligencia en el PANI porque no fue porque la haya dejado, pero digámosle yo me iba de viernes a lunes de fiesta entonces todos los fines de semana era así, entonces mi mamá ya estaba como loca de mí y llegó mi hija y comentó la situación en la escuela (...) entonces los de la escuela fueron los que me pusieron la demanda al PANI, entonces eso era como... todo pasa porque o sea por una razón verdad, si ellos no me hubieran puesto esa demanda en el PANI probablemente yo seguiría consumiendo. (Participante Dalia)

De esto podemos deducir que, como dice Palomar (2005) el instinto materno y amor maternal no es un hecho natural, puesto que estas mujeres durante su consumo nunca percibieron estos sentimientos, sino hasta que dejaban de consumir, sentían culpabilidad y querían volver a fortalecer los lazos afectivos con sus hijos.

Entonces a mí eso me pesa montones, y eso es algo que cada vez que yo pienso en mi hija... mi hija tiene 10 años y está en cuarto de la escuela y yo nunca la he visto vestida de escuela, y son cosas que yo digo... juepucha Margarita como usted hizo estas cosas ¿por qué?, Y son cosas que a mí todavía me duelen y el saber que cumplía años y yo no la llamaba, porque ok, yo la perdí, pero de ahí a que yo la abandonara aún más. (Participante Margarita)

En adición quedé embarazada de la hija que di en adopción desde antes que naciera, con todo el dolor de uno y con bastante vergüenza, pues no diría con exactitud, uno a veces no sabe ni de quien son los niños. (Participante Violeta)

Sin embargo, históricamente también han existido otras concepciones muy distantes a lo que popularmente se impone en cuanto a la maternidad. Algunas autoras feministas alrededor de 1970, llamaron al hogar “una prisión” y a la crianza de los hijos como “un instrumento de opresión”, incluso se acuñaron términos como la “matrofobia” para hablar del deseo de eliminar de sí los lazos de madre, para llegar a la individuación y a la libertad; en esta concepción feminista, la figura de madre representa “la víctima”, la “mujer no libre”, “la mártir” presentes en cada mujer, de la cual hay que librarse. En general se percibía la maternidad como la fuente de la devaluación de la mujer y un obstáculo para su trascendencia (Bassin, et al., 1994; Ortner, 1974; citados por Palomar 2005).

En relación con las mujeres entrevistadas, no se percibieron deseos de desvinculación del rol materno, quizá para conocer a profundidad el significado que ellas realmente le daban a su maternidad se hubiera requerido más interacciones y profundizar en este tema, sin embargo, no era el objetivo de esta investigación. Lo que sí logramos percibir con reiteración fue que casi para todas las usuarias, su principal motivación para recuperarse y entre las cosas que deseaban recuperar al finalizar su internamiento todas mencionaban a sus hijos/as, ya fuera recuperar su custodia, o al menos mantener una buena relación con ellos.

Lo que se sustenta con la literatura ya que la maternidad en mujeres con trastornos adictivos instaura la necesidad de recuperar el vínculo perdido o suspendido con sus hijos/as y, de cierta manera, reparar la ausencia maternal. De esta manera, las mujeres imitan ideales de lo que consideran ser “buenas madres”. El convertirse en madres genera en ellas sentimientos positivos, orgullo y deseos de rehabilitación, de modo que las hace

considerar que el estar libres del consumo de las SPA las hará “buenas madres”, esperando ser un ejemplo para sus hijos/as (Rojas, 2016).

En términos de Merle Mishel (1988), esto se enlaza con el proceso de valoración de la enfermedad en donde perciben la incertidumbre por medio de la ilusión, lo que significa que, para estas mujeres, si bien su futuro después del internamiento es algo incierto, ellas al pensar en los posibles escenarios siempre lo hacían mediante expectativas positivas, y un marcado deseo hacia la ilusión de redimirse con sus hijos/as. Para muchas de ellas la maternidad, es vista como un motivo de superación más que como una imposición social.

Ahora, a nivel general, al asociar esta gran categoría de los roles de género y sus reflujos en la incertidumbre en su totalidad con la teorizante se puede encontrar que dentro de la categoría del proceso de valoración uno de sus elementos es la inferencia, que como se ha mencionado, hace referencia a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas.

Este elemento tiene una estrecha relación con las experiencias de las mujeres en cuanto a su maternidad, los abusos recibidos en algún momento de sus vidas y el tiempo en el que se desempeñaron en la prostitución. En el caso de que las mujeres presenten incertidumbre, Mishel plantea que pueden valorar su proceso de enfermedad por medio de la ilusión o la inferencia. De ser utilizados sus recuerdos o vivencias para el proceso de valoración, el desarrollo de su enfermedad será evaluado como un peligro, no obstante, si las mujeres lo procesan por medio de la ilusión, que generalmente tiene un enfoque positivo, la incertidumbre puede ser percibida como una oportunidad.

En el caso de estas mujeres, la maternidad la perciben desde un enfoque positivo o como lo define Mishel (1988), una ilusión, ya que como se mencionó anteriormente, su motivación durante el proceso de rehabilitación la mayoría de las veces es recuperar el vínculo perdido o suspendido con sus hijos/as.

Por último, como se mencionó previamente los abusos recibidos y el tiempo en el que se desempeñaron en la prostitución tiene una estrecha relación con la inferencia desde la teorizante, por lo que le abrimos paso a este apartado que surgió al momento de entrevistar a las mujeres participantes.

Dos Inferencias Perniciosas

Al hablar de las experiencias de las mujeres entrevistadas no podemos pasar por alto dos aspectos que fueron reiterativos al analizar los hallazgos obtenidos en los relatos, los cuales se dividen en:

- La prostitución como recurso de intercambio
- El abuso: donde la historia cobra vida

En primera instancia, en cuanto al tema de la prostitución es necesario comprender que este se considera un fenómeno complejo en el que influyen diferentes factores que favorecen a que la mujer opte por desempeñar este trabajo. Dentro de estos factores destacan las condiciones de desigualdad entre géneros, problemas sociales tales como la pobreza y situaciones personales relacionadas con violencia y abandono (Rodríguez et al., 2003).

Yo traía muchas cosas, el maltrato de mi mamá, me quemó las manos cuando yo era una niña, y montones de cosas y circunstancias que me pasaron y le tenía mucho

resentimiento, la odiaba con toda el alma, y mi mamá murió y yo... no lloré.

(Participante Clavel)

A los ojos de la sociología la prostitución es una manera de organizar el comercio sexual extraconyugal siendo menospreciada por la sociedad, pero al mismo tiempo tolerada. El consumo de SPA en las trabajadoras sexuales es un tema que pocas veces se ha explorado y se da por hecho que existe una relación entre éste y la prostitución. Este ha sido un problema generalmente subvalorado y que ha permanecido oculto a lo largo del tiempo, es por esta razón que la mujer en prostitución es parte de un grupo oculto y estigmatizado (Rodríguez et al., 2003).

El uso y abuso de SPA generalmente está vinculado a los contextos de prostitución de diferentes maneras, de un lado tenemos el escenario donde el abuso de SPA conduce a algunas personas a la prostitución, en otras palabras, el consumo ha iniciado antes de que comience la prostitución. Y, por otro lado, tenemos que el desarrollo de la prostitución ha llevado a la persona a consumir SPA y podrían utilizar el consumo como un instrumento facilitador de la realización de los servicios sexuales. El motivo, circunstancia y consecuencias del consumo, así como también el tipo de SPA y su frecuencia van a variar entre estos dos escenarios (Meneses, 2010). En el caso de las mujeres participantes, en su mayoría ya consumían antes de ejercer la prostitución, por ende, utilizaban el sexo como intercambio por dinero para consumir o en su defecto por la SPA.

Conseguía dinero fácil, la prostitución verdad y tal vez entraba a un bar y ahí había algún hombre y me decía cuánto cobra usted, qué hace y yo le decía deme tanto y ya me iba y ya conseguía mi consumo. (Participante Jazmín)

La prostitución, según las entrevistadas era el último recurso al que acudían cuando no podían conseguir dinero para las SPA, sobre esto una de ellas refiere que, aunque su preferencia sexual son las mujeres, algunas veces “tocaba abrir las piernas” para poder conseguir dinero y así costear el consumo. Seis de las nueve participantes se habían desempeñado en algún momento de sus vidas en la prostitución, algunas refieren que no les gustaba y que lo realizaban por necesidad y como última opción, sin embargo, una de ellas indicó lo contrario:

Así no hubiera plata de por medio, si me gustaba un hombre yo no le cobraba simplemente estaba con ellos porque me gustaban y para mí era placentero.

(Participante Dalia)

De lo anterior podemos interpretar que, si bien existe una necesidad en cuanto al consumo y esta es la razón principal por la cual las mujeres se desempeñaban en la prostitución, en una de ellas se evidenció también una necesidad afectiva, un vacío que buscaban llenar por medio de las relaciones sexuales lo cual fue reafirmado por ella misma en su relato, donde comentaba que buscaba figuras masculinas mayores para mantener relaciones sexuales, debido a que estos le transmitían sentimientos de amor y seguridad de los cuales careció en su niñez al no haber tenido presente la figura de su padre.

La literatura confirma que muchas mujeres reconocen que a la larga no se obtiene nada positivo del consumo, pero que de forma momentánea sí les ayuda a dar placer y a olvidar los problemas (Pérez y Correa, 2011).

La prostitución lo ejercí ya como último recurso ya cuando era de noche, cuando ya era de madrugada tal vez que no tenía droga y ya me salía alguien entonces sí pero

durante el día mi conseguir dinero era en los supermercados cuidando carros o así en casas donde me llamaran a limpiar, casi siempre le limpiaba las casas a los maes que vendían drogas entonces ahí la obtenía y así pero, la prostitución era la que menos me gustaba. (Participante Clavel)

Porque yo voy al semáforo, hago plata rapidísimo, me voy y me la consumo, se me acaba, me voy me devuelvo al semáforo, entonces mi vida se convierte en semáforo, comprarla y semáforo, comprarla... ese se vuelve el rol de vida, en la noche es otra la historia porque no hay semáforos, no hay carros, ya el consumo es más duro, diay tal vez ya hay que abrirse de piernas para ganarse algo. (Participante Violeta)

De igual manera, es mucho más complejo el fenómeno de la prostitución en mujeres que han sufrido abusos sexuales en algún momento de su niñez o adolescencia, que las que no lo han experimentado. Esto podría deberse a que desde la infancia han interiorizado que se pueden beneficiar de sus cuerpos o estas podrían sentir que han perdido su valor, intimidad y entren en una espiral de desvalorización (Pérez et al., 2010). Es aquí en donde podemos relacionar la prostitución con los abusos recibidos, por lo cual abrimos paso a el segundo punto de este subtítulo que es la correlación que existe entre el consumo y los abusos sexuales vividos por las mujeres entrevistadas.

El abuso sexual ha sido poco estudiado, sin embargo, se ha comenzado a reconocer la magnitud de su incidencia, desmintiendo mitos y aceptando que la mayoría de estos ocurre en el seno familiar, con un miembro de la propia familia y de modo progresivo. Estos delitos sexuales afectan a niños de todas las edades, siendo las más críticas los 6, 9 y 14 años, con un leve predominio en las mujeres (Ysern y Becerra, 2006).

Además, existen estudios que demuestran la fuerte relación que existe entre los trastornos relacionados con SPA y haber sufrido abusos sexuales por un adulto durante la infancia o adolescencia. Las mujeres que sufrieron abusos en su niñez presentan mayores tasas de abuso y dependencia a SPA, intentos de suicidio, entre otros. Muchas de ellas comienzan a consumir posterior a sufrir un trauma vital como lo es una violación o abuso sexual (Pérez et al., 2010).

Agregado a esto, la literatura reconoce que los eventos estresantes de la vida son un conjunto de experiencias que resultan en un cambio significativo en la vida de las personas, llegando a afectar la salud de estas. Estos eventos estresantes están asociados con una gran cantidad de consecuencias negativas y se han relacionado significativamente con el abuso de alcohol y otras sustancias. En este sentido, el consumo de SPA puede llegar a convertirse en un mecanismo para aliviar síntomas relacionados con traumas y mitigar recuerdos asociados con el pasado y el abuso sufrido (Rivas et al., 2020).

Es así como el consumo puede llegar a tener la función de evitar sentimientos y pensamientos no placenteros en las mujeres, ya que en muchas ocasiones estas consumen como una manera de responder al intenso dolor emocional que padecen, como una herramienta para afrontar y defenderse de los problemas y bloquear los recuerdos y sentimientos del pasado que les producen impotencia. No cabe duda de que el acontecimiento traumático del abuso sexual sufrido en la niñez o adolescencia puede ser un factor importante en el inicio del consumo de SPA, utilizado como método para no pensar ni sentir (Pérez et al., 2010).

Las participantes al momento de la entrevista mencionan cómo el consumir les ayudaba a disminuir pensamientos o recuerdos con respecto a sus abusos en el pasado.

Además, coinciden con que estos abusos de cierta forma las llevó a consumir SPA, por lo cual podemos afirmar según sus narraciones y la literatura que los abusos sexuales durante la infancia repercuten en el inicio del consumo, y cómo estas mujeres encontraron en las SPA un medio para olvidar, aunque fuera por un momento, estas experiencias estresantes del pasado. Como se evidencia a continuación, las participantes en varias ocasiones fueron abusadas sexualmente durante años por personas dentro de su seno familiar, como lo son sus padres, padrastros, tíos, entre otros.

Diay antes no lo cuidaban a uno los padres, a mí me mandaron a trabajar ahí a un bar, el dueño tenía un bar yo me fui a trabajar y ahí el dueño abusó de mí, como decir por medio de una violación fue todo eso, más que todo ahí era como un bar una cantina y por medio de eso el dueño diay, conoció a mi mamá y le dijo deberías de llevarla para que me ayude ahí, pero diay el hombre abusó de mí y yo me hice así. (Participante Rosa)

Yo sufrí un abuso demasiado chiquitita, pero era que un hombre de la familia me ponía a hacerle sexo oral, digamos el a mí nunca me penetró, pero eso es algo que... no sé, como que con el paso del tiempo lo olvidé. (Participante Dalia).

Siempre traía en mi mente un abuso que recibí de niña también, que diay yo no sé, me han visto como psicólogos también, pero es algo que estoy trabajando, fue una sola vez, no fue violación fue abuso, pero eso me marcó porque cuando yo le conté a mi mamá, fue un hermano de ella, entonces cuando yo le conté a mi mamá, ella me evadió el tema y eso fue algo que a mí me marcó, porque yo decía cómo es posible verdad que la mamá no le ayude a uno y fue como una bola de nieve que fue

creciendo y fue creciendo y cuando me di cuenta ya estaba consumiendo crack.

(Participante Lirio)

Fui abusada sexualmente desde los 5 años de edad por mi padrastro, a los 12 años me voy para la casa de mi padre porque en mi casa había un desmadre, mi mamá se llegó a dar cuenta hasta en ese entonces, y mi padre también comenzó a abusar de mí. (Participante Violeta)

Violación bueno violación no, sino un abuso por parte de mi papá, del que tengo los apellidos, por cierto, él era mi papá y a los 15 años cuando ya yo tenía a mi hijo el abusó de mi verdad, fue una sola vez y eso nunca, nunca lo saqué, nunca le dije a nadie, no nada, porque fue solo una vez y no fue como a la fuerza (...) pero me lo callé, no lo dije, entonces aquí con el sociólogo aprendí que eso viene mucho a raíz del porqué de mi consumo. (Participante Clavel)

De todo lo aquí descrito y al analizar este apartado bajo la lupa de la teorizante podemos pensar que tanto las experiencias al momento de ejercer la prostitución como también los recuerdos dolorosos de los abusos sufridos pueden llegar a ser interpretados por las mujeres como inferencias, que podrían llevarlas a interpretar la incertidumbre de su enfermedad como un peligro, en vez de una oportunidad. Desde nuestro análisis podemos deducir que el trabajar en estos recuerdos y experiencias debe ser un pilar en el proceso de rehabilitación, donde las mujeres en estrecha compañía de los terapeutas deben abordar el trasfondo emocional de su consumo hasta que estas experiencias del pasado lleguen a ser vistas como una oportunidad para mejorar y no como un peligro que pueda perjudicar su proceso de rehabilitación y lograr así, su adaptación al cambio.

Finalmente, se debe reflexionar en cuanto a la individualización y diferenciación de género en los tratamientos y terapias, además, recalcar la importancia del abordaje de estos temas aquí discutidos de una manera continua y convertirlos en ejes transversales de los programas de rehabilitación (Pérez et al., 2010).

Hacia una Transformación de la Imagen Corporal

Por último, para finalizar esta gran categoría a la que hemos llamado los roles de género y sus reflujos en la incertidumbre queremos hacer énfasis en el elemento del cuerpo debido a que al momento de la entrevista este siempre salía a colación.

Desde el siglo XIX se comienza a concebir la idea de que la feminidad esta ligada a la belleza, fragilidad y delicadeza del cuerpo de las mujeres. Con esta mirada, los historiadores y demás estudiosos recuperaron el pasado de una manera eurocentrista y androcéntrica, buscando los valores estéticos predominantes en sus culturas. Este fue un momento en el desarrollo de la humanidad en el que la cultura occidental impuso, inevitablemente, los patrones y modelos estéticos y de belleza a las mujeres de este tiempo y de otros tiempos, de esta cultura y de otras culturas (Martínez y Téllez, 2010).

La perfección y la belleza van de la mano en el siglo XIX. En las normas es en donde mujeres y hombres encuentran la “verdad corporal” y especialmente en las mujeres la belleza es la norma. Con el inicio de la higiene y la medicina como ciencia, la salud se convirtió en el tercer vértice de la triada salud-belleza-perfección (Martínez y Téllez, 2010).

De ahí que las culturas modernas se han caracterizado por una exigencia cada vez mayor en cuanto a los cuerpo perfectos, hermosos y saludables, se han adquirido una gama de modelos de belleza tanto para hombres como para mujeres, que se traducen en el

desconocimiento y exclusión de la diversidad sexual, que termina promoviendo la discriminación de quienes no cumplan con estos modelos. Es por esta razón que alcanzar dichos estándares de belleza y transformar los cuerpos a “cuerpos de perfección” se ha convertido en el principal objetivo en la existencia de las personas (Martínez y Téllez, 2010).

En la concepción actual de las personas, el cuerpo es una creación más de la empresa personal. La sociedad y su cultura preparan y animan a las personas a tener un cuerpo que manifieste juventud, sensualidad y delgadez, por lo tanto, se debe desestimar cualquier cuerpo envejecido o discapacitado (Martínez y Téllez, 2010).

Por esta razón, cualquier cuerpo que no cumpla con estos estándares o normas concebidas a lo largo de la historia será portador de estigma. Recordemos que para Goffman (1963) se comprende el estigma como “un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular” y que este atributo disminuye el valor social de la persona que lo posee. Entonces, se puede decir que el estigma se desarrolla en el contexto de las interacciones sociales cuando la identidad social de un individuo, o sea, sus atributos, no satisfacen las expectativas de la sociedad. De los tres tipos de estigma que Goffman (1963) menciona, el que nos interesa aquí es el de las abominaciones del cuerpo que se refiere a esos atributos físicos que sienten rechazo a la mirada de los demás. Son numerosos los testimonios de personas cuyo problema no es en sí ese atributo que le hace diferente, sino más bien, el hecho de que esta diferencia se convierta en una dificultad o imposibilidad de integración a tener una vida como la de los demás (Barón, Cascone y Martínez, 2013; Moreno, 2018).

Como se ha mencionado, al cuerpo se le ha dado un significado distinto desde la perspectiva de la sociedad, en donde el cuerpo femenino es el que se ve más afectado. En nuestra sociedad, el cuerpo de la mujer es un objeto sexuado resultado de la publicidad, que hace que las mujeres sean proclives a someterse a cualquier tipo de dieta o técnica quirúrgica, con tal de conseguir la aceptación del otro. Se podría decir que el cuerpo de la mujer adquiere valor en cuanto logra ser reconocido, no por ella misma, sino por los demás, llámese sociedad (Alemany & Velasco, 2008).

En la actualidad el cuerpo se considera como una mercancía, alejándose cada vez más de sus parámetros naturales y de sus funciones fisiológicas. Del mismo modo, el cuerpo femenino se somete a mayor violencia simbólica en comparación con el cuerpo masculino (Alemany & Velasco, 2008).

En relación con la imagen social del cuerpo femenino, un motivo que puede estar asociado al consumo de SPA en mujeres es adelgazar, esto a causa de la mayor presión social a la que está expuesta la mujer desde muy niña y por la obligación de tener la imagen deseable que es socialmente construida (Calafat, 2000, citado por Pérez y Correa, 2011).

En los relatos de las mujeres se evidencia como el estar delgadas es un elemento que las liga a la adicción, debido a que el mismo consumo de SPA no les provoca hambre, lo que genera un déficit calórico que hace que sus cuerpos estén más delgados. Algunas de ellas refieren que siempre han estado avergonzadas de su cuerpo por ser de contextura gruesa y que han sufrido de rechazos por parte de sus allegados a causa de su imagen, por lo que en el consumo de SPA encontraron un aliado para disminuir el rechazo ante su cuerpo.

Mi hijo el que tiene 26, esas son raíces también de parte de mi consumo porque cuando él estaba en la escuela como yo era muy obesa no le gustaba que yo fuera a la escuela, porque los chiquitos se burlaban de él (...) es más él se graduó de sexto y yo no pude ir a su graduación porque él me dijo mamá no vaya porque los carajillos me van a molestar, entonces llevó a una muchacha amiga mía muy bonita ella y ella lo llevó a la gradación. Me dolió en el alma y más que él es el príncipe adorado.

(Participante Clavel)

También porque yo siempre he sido gruesita y todas mis amigas eran flaquitas entonces yo quería ser igual que ellas, entonces al darme cuenta de que la cocaína me enflaquecía pues lo tomé como una alternativa verdad, entonces me hundí más es ese sentido. (Participante Fresia)

La belleza siempre se ha considerado como una característica de la feminidad, es una obligación para las mujeres el ser bellas. Es por esta razón que muchas buscan por medio de las cirugías conseguir esta imagen deseada de sus cuerpos. El porcentaje de mujeres que se han practicado alguna cirugía en busca de un cuerpo ideal, podríamos llamarlo de “ficción”, es casi que desconocido, sin embargo, hay algunos datos que refieren que el 90% de quienes recurren a cirugías estéticas son mujeres (Martínez y Téllez, 2010). Lirio nos comenta su caso, en donde por querer realizarse una cirugía estética deja de consumir SPA, sin embargo, al encontrarse dificultades económicas en el camino, vuelve a recaer en la adicción, debido a que su única motivación para dejar el consumo era poder realizarse las cirugías estéticas.

La primera vez cuando uno de los intentos fallidos cuando me iba a hacer la cirugía que me iba a hacer una lipo y ponerme las boobies, pare casi un mes, pero

en eso se dio una cuestión con el dinero que todavía no estaba que había que esperar otro mes más, entonces recaí otra vez, me fui a tomar, me fui a la disco y todo entonces seguí, cuando ya podía ya tenía la plata al fin ya el cirujano me dijo que no porque yo estaba consumiendo y que ya no podía. (Participante Lirio)

Podemos observar cómo estas narraciones por parte de las entrevistadas concuerdan con lo descrito previamente y como su cuerpo en algunas ocasiones es un atributo desacreditador para ellas. Ahora bien, desde el punto de vista de la teorizante la perspectiva que tienen estas mujeres de su cuerpo podría ser interpretada como un peligro que podría interrumpir su proceso de adaptación a la enfermedad. Por lo tanto, tratar únicamente la enfermedad de la adicción no es suficiente, sino que también aspectos como la valoración que tienen ellas con respecto a su cuerpo es importante fortalecer. Así, una vez finalizado el proceso de rehabilitación, puedan tener bases sólidas de autoestima, aceptación y amor propio y que sus cuerpos no sean un elemento que las lleve a la recaída que según Prochaska (1997) está siempre presente durante todo el proceso de cambio de la conducta.

Luces y Sombras: Las Percepciones Sobre el Proceso de Rehabilitación

Las Polaridades de los Vínculos Cercanos

Como es sabido, la familia constituye el primer agente de socialización y formación de los seres humanos, donde se aprenden roles, se generan dinámicas y se dan vínculos significativos para el desarrollo integral de cada miembro, ya sea para fortalecer o debilitar conductas que pueden resultar perjudiciales o adictivas en los jóvenes, esto debido a que en la interacción familiar es donde se construyen acuerdos sobre lo que es aceptable y lo que

no en relación a las conductas de consumo de SPA (Alpizar, 2015; Grigoravicius et al., 2013).

Además, el papel de la familia como primer agente socializador, carga con una responsabilidad importante en la educación de sus miembros, lo que convierte al hogar en un lugar privilegiado para enseñar a los jóvenes en la discriminación de lo que vale y no vale del exterior (Grigoravicius et al., 2013).

Para la mayoría de las participantes, las relaciones familiares tienen un impacto tanto positivo como negativo en su proceso de rehabilitación y el mantenimiento de la abstinencia, además, según la naturaleza de dichas relaciones, éstas pueden convertirse en un elemento que determina sus niveles de incertidumbre. En este sentido, logramos identificar cómo las relaciones familiares podían fungir como un dispositivo que proveía familiaridad con el evento y a su vez como un elemento de apoyo social, ambos términos propuestos por Mishel como componentes de su teorizante.

Si bien muchas refieren que el apoyo familiar es crucial para el éxito de su proceso de rehabilitación y que constituye una parte sustancial de sus motivaciones para la recuperación, no se puede omitir el hecho de que la totalidad de las mujeres entrevistadas presentaban familiares con antecedentes de consumo de SPA, desde patrones que van del uso social hasta un uso problemático, además de que 7 de ellas iniciaron el consumo de SPA desde edades tempranas (en promedio fue entre los 12, y 14 años). Al respecto, Espada et al. (2008), citados por Ruiz et al. (2014) señalan que existe una relación positiva entre la presencia de trastornos adictivos en los familiares y el consumo de SPA por los adolescentes. Así mismo, otra evidencia es clara en que factores genéticos y ambientales como el uso de SPA en la familia y las personas del hogar aumentan en gran medida la

vulnerabilidad de los adolescentes a iniciar y mantener un consumo de SPA (National Institute of Drug Abuse, 2008).

Esta relación descrita anteriormente resulta importante de destacar en tanto que coincide con lo que Mishel define como “Familiaridad con el evento” debido a que viene a formar parte de las experiencias vividas por las mujeres. Mishel afirma que se refiere al grado en que una situación es habitual, repetitiva, o que contiene claves reconocibles, por lo que el consumo fue internalizado como un evento a todas luces “familiar” y “reconocible” para ellas. Según la autora, la familiaridad con el evento conlleva a una reducción indirecta de la incertidumbre, pues la persona “ya sabe” qué es lo que podría suceder consigo misma porque ya lo ha experimentado personalmente o lo ha visto en otras personas de su entorno.

En este orden Ruiz et al. (2014) mencionan que los factores familiares influyen en el futuro adictivo de los jóvenes; señalando elementos como: la ausencia de normas familiares sobre el uso de sustancias, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre, así como la ausencia del mismo. Por lo que el entorno familiar ejerce influencia sobre la incertidumbre, en este caso disminuyéndola al ser una situación reconocible que provee de “certeza” las expectativas que ellas tienen sobre su futuro, que fue lo observado en este grupo de mujeres. Algunos relatos que refuerzan lo anterior se mencionan:

Ahora ya que estoy en mi sano juicio me doy cuenta de que son muchos factores los que tienen que ver (...), no es una excusa, pero es un factor que influyó, que fue que yo nunca tuve a mi papá en mi casa, entonces yo crecí como con un vacío interior (...) y di todo me refugiaba yo en la droga, entonces di no puedo decir que es digámosle como una justificación, pero sí sé que tuvo que ver. (Participante Dalia)

Aparte de la ausencia de mi papá también, que él estuvo en prisión cinco años y después salió y se fue con otra muchacha entonces siempre esa ausencia de padre también la sentí mucho verdad, porque él es mi todo para mí entonces esa ausencia me marcó mucho, entonces ahí fue donde yo empecé a consumir mucho.

(Participante Fresia)

Mi papá consumió en su juventud consumió igual marihuana, alcohol, cocaína, que yo sepa eso fue lo que él consumió en su adolescencia, y como él me tiene tanta confianza a mí pues él me contó que él en su juventud hizo todo lo que yo hice.

(Participante Fresia)

Al crecer y desarrollarse en este tipo de ambiente, se percibe la conducta de consumo como algo familiar y reconocido, lo cual se convierte en un elemento que predispone a las personas a repetir esos patrones que presencian en su entorno familiar.

Tengo un tío que es drogadicto, con él fue que yo pobre la piedra, casi no tengo relación con él y mi familia es tomadora social. (Participante Violeta)

Pero en mi casa también hay otras personas que son adictas y vivíamos todos juntos, yo tengo 3 hermanos más que son adictos, 2 a la piedra y otro a el alcohol.

(Participante Margarita)

El tema que es con mi familia aquí me ayudan mucho, porque es difícil para mí el saber el consumo que hay en mi casa, porque cuando yo salga diay, tengo que irme a vivir ahí porque no cuento con los recursos para irme para otro lugar. (Participante Margarita)

A pesar de que no hallamos ninguna evidencia que asocie las experiencias de familiares y la familiaridad con el evento en poblaciones como la nuestra, Charaja et al. (2018) plantean algo cercano, aunque con una población distinta. Indican que la familiaridad con el evento se expresa si la hospitalización de algún familiar o de uno mismo ya se ha vivido antes, y contiene claves reconocidas. Cuando los sucesos actuales se reconocen por una experiencia anterior, ya sea propia o de algún familiar, estos se asocian con los recuerdos y su significado puede ser definido y predecible, como hemos evidenciado previamente mediante los relatos, donde afirman que el consumo de SPA ha estado presente en su entorno familiar.

Agregado a esto, así como las relaciones familiares constituyen un elemento de familiaridad con el evento, estas también pueden tener un impacto positivo al percibirse como uno de los elementos proveedores de estructura en forma de apoyo social.

En la visión de Hernández et al. (2019), el apoyo social es percibido como la disponibilidad de una red social conformada por familiares, amigos, vecinos, personal de salud e instituciones, que llevan a la persona a percibir su efecto como una ayuda continua y comprometida, capaz de generar cambios positivos en las esferas conductual y emocional.

Así mismo, según Rodríguez, Cohen y Seeman, citados por Hernández et al. (2019), existen diferentes tipos de apoyo social, donde los principales son: apoyo emocional (como expresiones de cariño, cuidados y preocupación), apoyo instrumental (ayudas prácticas que pueden ser dadas a otras personas) y apoyo informacional (que permitirá al individuo guiar y orientar sus acciones en el momento de resolver problemas o tomar decisiones).

Ahora bien, Mishel también acuña una definición de apoyo social relacionado con su teoría, afirmando que disminuye el nivel de incertidumbre cuando dicho apoyo ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos relacionados con su enfermedad.

Con esto nos referimos a que las participantes del estudio al interactuar con los familiares que le brindan ese apoyo, tienen la oportunidad de discutir sobre la situación que están atravesando, escuchar la opinión de las personas que le quieren y comentar sus dudas e inseguridades en torno al proceso de rehabilitación, les permite dar un significado positivo al proceso que atraviesan, de forma que perciben el internamiento como una oportunidad para superar las dificultades vividas por el consumo de SPA. Esto se evidencia en algunas de sus narraciones:

A veces cuando yo me siento triste le digo a mi papá o lloro con mi mamá o hasta un tío, o sea el apoyo familiar mío siempre ha sido muy grande entonces yo por eso le doy muchas gracias a Dios porque a pesar de las cosas que yo les he hecho y todo ellos siempre han estado ahí verdad, entonces ellos siempre me dicen cuando usted esté mal o esté triste llámenos no lo piense a la hora que sea, entonces yo sé que ellos también siempre van a estar ahí y eso es alivio para mi verdad porque puedo contar con ellos. (Participante Fresia)

Sí, mi hermana, mis padres, todos mis hermanos me apoyan inclusive el que es adicto. Vieras que yo no me quería venir ese día y él me agarro y me dijo hágalo tiene que hacerlo y casi que a la fuerza me subió al carro y me dijo vamos usted tiene que hacerlo y es un apoyo incondicional. (Participante Lirio)

Cuando él vino (su hijo) se leyó todas las cartillas de NA y me dice ves mamá yo te decía que vos estabas enferma, lo que tenías era una enfermedad, (...) y Diosito me dice que yo no me tengo que enojar con usted porque usted está enferma. Y él nunca me ha tenido resentimientos ni nada y me decía mamá yo sé que usted no me dejó solo con abuelita porque usted quiso sino porque está enferma me decía, y yo me quedé, bueno verdad. (Participante Clavel)

Mi hermana mayor, si porque ella de hecho que es mi red de apoyo y es la que siempre me aconsejó, (...) y para mi ella es sumamente importante, es un apoyo incondicional aparte de que fue mi patrona y siempre ha visto mis cualidades, siempre ha visto mis virtudes y siempre me ha hecho saber mis defectos entonces para mí es muy importante esta persona. (Participante Lirio)

Durante el proceso de abandono de las SPA, según Trulsson y Heddin (2004), las principales fuentes de apoyo que perciben las mujeres son sus familiares directos, especialmente madres, hermanas y abuelas las cuales brindan un apoyo emocional importante. Asimismo, los hijos en muchos casos son fuente de motivación ya que alientan a sus madres a dejar el consumo, lo cual coincide con lo hallado en nuestra investigación. Además, afirman que las mujeres consumidoras presentan una especial necesidad de apoyo social para poder enfrentar con éxito su proceso de abandono de las SPA, ya que la estigmatización que sufren por el consumo tiene mayores repercusiones psicológicas en ellas que en los hombres (Triviño et al., 2016; Trulsson y Heddin, 2004).

Como lo plantea Mishel (1988), el tener la oportunidad de aclarar una situación a través de la discusión y las interacciones de apoyo con otros aclara las contingencias y

ayuda al paciente a formar su esquema cognitivo con el cual interpretan su enfermedad, en este caso la adicción.

El apoyo social muestra relación con la adaptación ante el evento; por lo que Ruydiaz y Fernández, (2015) estiman que el apoyo social disminuye el estado de incertidumbre y ayuda a estructurar el significado del evento ante una situación de crisis, similar a lo que viven las mujeres durante su proceso de rehabilitación.

Conocer el apoyo social que tienen, nos permite identificar los aspectos positivos que surgen de la interacción con sus redes de apoyo; aspectos que, según Ruydiaz y Fernández, (2015) llegan a influir en la forma en que la usuaria realiza los ajustes en sus hábitos de vida, se incorpora y se adhiere al tratamiento y busca la ayuda tangible y emocional para disminuir los niveles de estrés generados por los cambios emocionales, físicos y sociales que presenta a causa de su internamiento y su condición de mujer consumidora.

Por lo tanto, podemos afirmar que las relaciones familiares como una expresión de apoyo social, impactan positivamente tanto en el proceso de rehabilitación de las mujeres como en la reducción de su incertidumbre.

El Discurso Religioso: La Ilusión Emergente

La religión es una institución con gran influencia cultural, cuyo objetivo final es contribuir a fomentar y consolidar los principios, los valores y las normas que favorecen la convivencia entre las personas buscando mantener el orden social, así mismo el discurso religioso actúa interiorizando en la vida de las personas el cumplimiento de mandatos que

deben ser obedecidos como muestra de la fe y la devoción que se tiene a un ser creador que nos ha dado la vida y la forma en que debemos vivirla (Cárdenas, 2012).

El origen de la palabra religión viene del latín re-ligare que significa unir a Dios, pero también temer a Dios. De ahí que Cárdenas (2012) explica la fuerza que adquiere el discurso religioso en la resignificación de la adicción y el hecho de que las comunidades religiosas constituyan espacios terapéuticos importantes para hacerle frente.

El enfoque de rehabilitación en Casa de Paz se encuentra dirigido por el cristocentrismo, un enfoque comúnmente utilizado en muchos centros de internamiento. Sobre esto, Sardinha (2010), explica que el origen de esta disciplina se encuentra en la práctica cristiana de la ascesis, una serie de prácticas que buscan la elevación espiritual del creyente hacia Dios, por medio de oraciones, penitencias, trabajos, reglas de conducta y organización del espacio; un conjunto de mecanismos que lleva al practicante a estar bajo constante vigilancia sobre su cuerpo para no pecar. Según el autor, este ideal fue universalmente adoptado por el cristianismo, no en todo su conjunto de prácticas, sino en sus principios fundamentales, de control del cuerpo con fines de “alejamiento del pecado”.

En los modelos de tratamiento enfocados al cristocentrismo, generalmente se manejan ciertas conceptualizaciones que llegan a ser interiorizadas por las personas tratadas bajo esta metodología de rehabilitación. Se percibe a la persona institucionalizada como una persona dependiente quien es incapaz de superar por sí misma dicha dependencia, y que sólo bajo la guía de un ser superior logrará su conversión (Curbelo, 2017).

En este caso encontramos que, para las mujeres entrevistadas, la creencia en un ser espiritual les facilita el proceso de rehabilitación. Al estar internadas en un centro cristoc-

céntrico su tratamiento gira en torno al discurso religioso donde Dios es quien les da la fuerza y/o guía espiritual para rehabilitarse, lo cual se empieza a interiorizar desde que inician el estudio y práctica de los 12 pasos, un sistema basado en la aplicación de valores espirituales en la vida cotidiana, del cual se desprenden las terapias de rehabilitación desarrolladas en Casa de Paz.

De esta forma, muchas de las terapias consisten en momentos de oración, adoración y reflexión bíblica, siguiendo con detalle la guía de los 12 pasos, entre los cuales se indica que deberán creer en un poder superior que les devolverá el sano juicio, estarán dispuestos a dejar que Dios les libere de todos sus defectos de carácter, y reconocerán que, a través de la oración y la meditación, van a mejorar su contacto con Dios, pidiéndole que les permita conocer su voluntad para con ellas y les dé la fortaleza para cumplirla (Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1939).

Muchas refieren haber mejorado su “relación con Dios” la cual antes no poseían y les dificultaba más encontrar un motivo para desprenderse totalmente del consumo de SPA, al mismo tiempo que reconocen haber encontrado una conexión consigo mismas que anteriormente no habían experimentado, por lo que esta espiritualidad si bien hace mayor énfasis en un ser superior, también se dirige hacia un autoconocimiento que les permite reconocer el trasfondo de las causas de su consumo y afrontar con responsabilidad su proceso de rehabilitación.

O sea, quiero ser feliz ya no quiero sufrir, quiero ser una mujer de Dios o sea quiero ir a la iglesia y poder hablarle a mi hija de Dios, o sea ser alguien totalmente diferente. (Participante Dalia)

Una buena relación con Dios, porque ahora soy una persona muy espiritual, me acerqué mucho a Dios, eso es algo muy importante es algo que siempre quise hacer, pero si yo seguía consumiendo no iba a poder hacerlo. (Participante Dalia)

Me gustó mucho porque este centro es Cristo-céntrico entonces me hizo meterme mucho en las cosas de Dios, aparte que desde niña mi mamá siempre me llevó a la iglesia, entonces yo dije, o sea, aquí es agarrándome de Dios porque yo sola no puedo, si... en realidad, Dios ha hecho un cambio en mi vida muy muy fuerte. (Participante Fresia)

Yo me he centrado mucho en Dios, me levanto, leo la biblia y oro, aquí pasamos bastante leemos devocionales, los sábados vamos a la iglesia entonces nos mantenemos ocupadas con terapias y con Dios. (Participante Azucena)

Tuve 3 crisis de ansiedad y 1 crisis espiritual, si yo sentía que era espiritual, no eran ganas de consumir yo sentía que estaba débil espiritualmente y en este proceso me he metido más porque yo soy conocedora de la palabra, si yo soy creyente entonces yo sabía que me hacía falta alimentarme espiritualmente. (Participante Lirio)

Curbelo (2017), hace referencia a este componente espiritual, el cual lleva a las personas con trastornos adictivos a una conversión y cambio de personalidad bajo la guía de un “poder superior”, y que dicha conversión sólo se puede producir al compartir experiencias con sus pares, reuniéndose frecuentemente y manteniendo esta constancia regularmente durante largos periodos de tiempo, tal y como se realiza en Casa de Paz, donde las usuarias refieren que las terapias donde comparten sus relatos con las demás

mujeres y con los terapeutas del centro son de gran ayuda para comprender su proceso, esclarecer dudas y poner en perspectiva sus expectativas sobre lo que sigue.

Tras interactuar reiteradamente con las usuarias y con el personal de Casa de Paz, percibimos cómo el discurso religioso influye en la reconfiguración de la subjetividad de las personas en rehabilitación por consumo de SPA, ya que las mismas usuarias referían que antes de su acercamiento con Dios no eran conscientes del cambio que podían hacer en sus vidas con ayuda de Él. Se da una re-evaluación del significado que le daban al consumo de SPA antes de su internamiento, así como la percepción que tenían en torno a sus creencias religiosas o espirituales.

Referente a lo anterior, Sardinha (2010) plantea que, para obtener la rehabilitación de la persona consumidora, las distintas corrientes cristianas convergen hacia la redención, donde la persona debe reconocerse como culpable “delante Dios y los hombres” y someterse a la “acción divina” para purificarse. En este caso el arrepentimiento se convierte en una eficaz herramienta de la disciplina donde la mujer consumidora debe someterse al poder religioso para alcanzar la salvación; y aquí recalamos que este arrepentimiento es una experiencia que se vive diferente desde la subjetividad de cada mujer.

Según Cárdenas (2012), la aceptación de Dios y el refugio en Él, permite a las personas desarrollar una experiencia diaria y una conexión con Dios, su presencia es el resultado de estar rehabilitado y de no volver a fracasar, de esta manera logran la permanencia en la religión, interiorizando el discurso religioso.

Entonces lo que queda es agarrarse mucho de Dios aquí nos enseñan mucho eso, acercarnos a Dios porque sin Él nunca vamos a poder salir de esto jamás.

(Participante Dalia)

Quiero primero que nada buscar cada vez más una relación, comunicación con Dios, no estoy hablando de religión sino una comunicación y relación con Él porque sé que es un amigo que nunca me va a fallar, porque sé que es una persona que siempre va a estar a mi lado, una persona en quien yo puedo confiar que me da fortaleza para las cosas que yo no puedo, sola yo no puedo, siempre me ha gustado hacer las cosas solas y siempre he metido las patas y entre más me creo más duras han sido las medidas de patas, entonces creo que ya es hora de rendirle mi voluntad a alguien que me guíe por buen camino. (Participante Violeta)

El temor a la muerte experimentado por las personas, de alguna manera ejerce presión al cambio, a reformar sus vidas, retomar los valores y principios, y lo que los mantiene en su decisión, es su crecimiento espiritualidad y conexión con Dios, puesto que, al suplicar su ayuda, Él la ofrece (Cárdenas, 2012).

Pero sí son cosas y experiencias que uno ha ido aprendiendo porque antes uno creía en Dios pero, pero porque sabe que Él fue el creador del mundo y eso, pero no porque uno tenga un contacto con Él pero, tampoco es que soy así jue la pandereta pero si yo sé que Dios ha tenido mucha misericordia conmigo por haberme salvado de muchas cosas en la calle que estuve en peligro de muerte y en peligro de muchas cosas y nunca, yo estuve 13 años en consumo y nunca supe lo que era una puñalada o una cortada no, estuve metida en situaciones feas y aun así Dios me sacó bien librada. (Participante Clavel)

Yo siempre le he pedido a Dios que me ayude, de hecho, las veces más duras, las veces más fuertes yo le he pedido al señor siempre que me sacara, que me sacara, que eso no era lo que yo quería y que entendí que yo no nací para esa vida.

(Participante Lirio)

Encontramos que, para muchas de las participantes, el discurso religioso en el proceso de rehabilitación llega a funcionar como medio de inclusión social por medio de tres mecanismos a saber: mediante el fortalecimiento de los valores, logrando que la persona tenga un reconocimiento de sí misma y encontrando a una solución factible a su problemática adictiva a las SPA. Visto así, resulta de manera paralela el sentimiento de ilusión que parece ser un requisito básico en el proceso de su recuperación ya que, el discurso religioso que han interiorizado durante su internamiento se convierte en la guía que las lleva a percibir en su futuro la posibilidad de un cambio positivo en sus vidas.

Ahora, en cuanto a la perspectiva de Mishel (1988), la espiritualidad compete al elemento de la ilusión, la cual se refiere a las creencias que nacen a partir de la incertidumbre, creencias que generalmente tienen un enfoque positivo, que surgen tras el proceso de valoración de la incertidumbre y que permiten percibirla como una oportunidad. Cuando una situación carece de estímulos específicos, familiares, consistentes y completos, no se logra conformar el esquema cognitivo por lo que predomina un estado de incertidumbre, la cual atraviesa un proceso de valoración que puede resultar en expectativas positivas o negativas.

En el caso de esta investigación, la totalidad de las participantes valoran su proceso desde la ilusión, tal y como lo han expresado en sus narraciones al exponer que, con la ayuda de Dios, confían en lograr concluir con éxito su proceso de internamiento y

rehabilitación con expectativas positivas sobre su futuro. Al respecto, otros autores (Velandia et al., 2019), también han confirmado la relación que existe entre la espiritualidad y la incertidumbre valorada desde la ilusión. Estos investigadores percibieron la incertidumbre como un factor o sensación que moldea y modifica la experiencia de quien la presenta, y que cuando es tomada como una oportunidad, se crean estrategias de afrontamiento, en este caso amortiguadoras, como lo es la espiritualidad, donde lo que se busca es la intervención y protección de un ser divino que cambie su situación, lo cual también se vio manifestado por nuestras entrevistadas, como se muestra:

[¿Qué necesidades tiene para mantener la sobriedad?] Buena actitud, buena voluntad, seguir la voluntad de Dios, positivismo. (Participante Dalia)

[¿Qué necesidades tiene para mantener la sobriedad?] Mi relación con Dios y amor propio. Pero más que nada mi relación con Dios porque la verdad es que sin Él no puedo, he aprendido y me han enseñado aquí a que Él me ama y me acepta como yo soy, la palabra dice que Él nos escogió desde antes de que estuviéramos en el vientre de nuestra madre, me he puesto a ver que Dios ha estado en muchas situaciones a la par mía que solo Él me pudo haber salvado de las que me ha salvado. (Participante Violeta)

Entonces yo dije no, la verdad ya es poniendo de mi parte y haciendo ya un cambio ya real en mi vida porque ya estaba cansada de la vida que llevaba, era una vida muy dura verdad, entonces pues tomé la decisión, me metí mucho en las cosas de Dios y le dije a Dios ayúdame porque yo sola no puedo y en realidad este... he cambiado mucho. (Participante Fresia)

Ya fuera de aquí tengo que tomar las herramientas y es lo difícil verdad, pero yo le pido mucho a Dios que me dé el último esfuerzo. (Participante Jazmín)

Por lo tanto, reforzado por las palabras de las usuarias, llegamos a reconocer que, si bien el discurso religioso se internaliza de manera subjetiva en cada persona, este constituye uno de los pilares para la rehabilitación especialmente en Casa de Paz, y que brinda a su vez sentimientos de ilusión en las participantes, favoreciendo así su proceso de recuperación con miras a la oportunidad de modificar efectivamente sus hábitos de vida.

La Burbuja de Cristal: Las Paradojas del Cautiverio

Las mujeres participantes se encuentran residiendo en un centro para la rehabilitación de personas con trastornos relacionados a SPA, en donde se conforma una Comunidad Terapéutica, la cual Roldán (1992) define como un medio ambiente sin SPA donde las personas con trastornos adictivos viven juntas de una manera organizada y estructurada, proporcionando el cambio para vivir una vida sin SPA en la sociedad, y que actualmente son vistos como dispositivos asistenciales muy competentes, que se gestionan con una base de conocimientos especializada y que consiguen un buen nivel de eficiencia (Comas, 2011).

En el Centro de Restauración Casa de Paz, las mujeres se encuentran en un proceso de desintoxicación y rehabilitación aisladas parcialmente de la “realidad” del mundo externo, ellas refieren sentirse en un lugar seguro y protegidas de las tentaciones del exterior en donde tenían las SPA a su alcance. Este internamiento es visto de manera positiva por las participantes ya que lo visualizan como una “burbuja de cristal” en donde perciben las reglas, sanciones y limitaciones más como una protección que como un

castigo, y no lo perciben como un tipo de cautiverio negativo. Esta percepción que ellas tienen sobre su institucionalización concuerda con lo que Molina (2015) refiere sobre las comunidades terapéuticas, vistas como un ambiente estructurado con límites morales y éticos, que hace uso de sanciones y castigos al mismo tiempo que una mejora merecida de estatus y privilegios, como parte del proceso de recuperación y maduración. Según el autor, ser parte de algo superior a uno mismo se convierte en un factor importante para facilitar un crecimiento positivo. En este sentido, en las comunidades terapéuticas las personas son vistas como miembros, como sucede en cualquier familia, y de ningún modo son pacientes como en una institución.

A pesar de este sentido de protección que perciben las mujeres al estar en Casa de Paz, también refieren sentir un temor latente de que al salir del centro se encuentren con tentaciones o “detonantes” que no sean capaces de evitar o rechazar por voluntad propia.

Como investigadoras encontramos que sus percepciones con respecto al temor a recaer coinciden con lo planteado por el IAFA (2019), en donde se dice que las decisiones que la persona toma, pueden conducir hacia la recaída, y se encuentra ligado a la autoeficacia de cada una ya que muchas veces buscan probar que son capaces de controlar la voluntad del consumo y someterse a prueba en contextos o lugares donde se acostumbraba consumir, lo cual se convierte en una situación donde existe una alta probabilidad de recaída. Y esto depende en gran medida de las estrategias de afrontamiento que posea la persona y qué tan avanzado esté su proceso de recuperación. Lo anterior se evidencia a continuación:

Aquí le dan herramientas a uno para ya salir, porque lo que viene fuerte es lo de afuera verdad porque aquí estamos como en un caparazón como en una burbuja y ya

cuando salgamos afuera es cuando ya tenemos que enfrentar la realidad.

(Participante Dalia)

Lo duro es cuando ya tenga que encontrarme ahí porque aquí adentro estoy como en una bolita de cristal como dijo La Pastora, ya fuera de aquí tengo que tomar las herramientas y eso es lo difícil verdad. (Participante Jazmín)

Aquí nos enseñan a poder luchar con eso como me dice la Pas (Pastora) ustedes aquí están en una burbuja, están en un área de confort porque saben que no tienen acceso digamos porque aquí les da la ansiedad y patalean, gritan, berrinchean, y saben que no pueden salir a consumir, pero ¿cuándo estén en la calle y les dé el ataque?

(Participante Clavel)

Durante su periodo de institucionalización, las mujeres en Casa de Paz no solo aprenden a desarrollar las estrategias de afrontamiento sino que también reciben terapias o talleres donde aprenden a retomar las habilidades sociales básicas que en algunas de ellas se pudieron ver afectadas, principalmente en las usuarias que estuvieron en estado de callejización por algún tiempo, esta preparación es facilitada por parte del equipo interdisciplinar que labora en el centro y que velan por brindar a las mujeres la mayor cantidad de herramientas para que su reinserción a la sociedad sea exitosa.

A mí me están trabajando las habilidades sociales porque yo viví en un potrero, yo no socializaba con nadie, o sea yo solamente salía que se yo de aquí a la esquina donde quedaba el supermercado de unos chinos que hay ahí en Liberia donde yo vivía, eh me sentaba ahí a raspar, conseguía dinero y jalaba, conseguía la droga y

me iba a meter allá, entonces solamente salía en esos momentitos, digamos no socializaba. (Participante Clavel)

Yo comía con las manos y aquí ya como con cubiertos (...). También van a venir a darnos una clase de etiqueta y protocolo, otra de manipulación de alimentos, y ya con eso uno consigue trabajo en un restaurante o así. (Participante Clavel)

Además, este acompañamiento brindado por el equipo terapéutico en Casa de Paz representa, según Mishel (1988), uno de los principales medios para prevenir o reducir la incertidumbre, esto porque los profesionales de salud son vistos como la autoridad con credibilidad, con lo que hace referencia al grado de confianza que el usuario tiene en el personal que le atiende. Ellos fortalecen el marco de estímulos de las participantes al proveer información sobre las causas y consecuencias de su enfermedad, ya que, como lo menciona Mishel (1988), los pacientes usualmente dudan de su propia apreciación de la sintomatología por lo que buscan confirmación con el personal sanitario.

Así como Mishel (1988), Molina (2015) también reconoce el papel del equipo profesional en una comunidad terapéutica, los cuales funcionan como elementos de ayuda, recalcando la responsabilidad personal que cada miembro ha de asumir por su automejora. Los miembros son apoyados por el equipo y servidos por él, y existe una coparticipación en el trabajo, de tal modo que haya una verdadera entrega dentro de la comunidad.

En este caso particular notamos que el personal terapéutico en Casa de Paz es visto con aún más credibilidad por parte de las entrevistadas ya que son vistos incluso como sus pares por el motivo de que muchas de las terapeutas e incluso la Pastora que dirige el Centro poseen antecedentes de uso de SPA al igual que ellas.

[¿Cree usted en lo que ellos le dicen?]

Si claro, y es que aquí muchos de ellos han sido adictos entonces entienden mucho, ellos entienden mucho de lo que están diciendo porque no lo dicen por decirlo, ellos lo han vivido, porque son personas que llevan un montón de años limpios, pero también o sea fueron muchos años de adicción entonces ellos saben lo que están diciéndole a uno. (Participante Dalia)

La pastora bueno, la pastora ella estuvo en adicción montones de años, ella estuvo presa y todo entonces ella es un ejemplo a seguir, entonces yo siempre cuando la oigo hablar yo pongo atención a lo que ella dice y todo, Mauren también ellas son muy sabias ellas saben explicarle a uno porque lo han vivido. Es diferente que alguien que nunca ha consumido llegue y le hable a uno de adicciones en vez de alguien que ha consumido y que sabe lo que es vivir eso. (Participante Dalia)

En estos espacios la comunidad terapéutica representa una sociedad en miniatura, en donde las mujeres institucionalizadas y el equipo profesional representan distintos roles y se establecen claras normas a seguir, con lo cual se contribuye a realizar el proceso transitorio de la residente hacia la sociedad exterior. Al mismo tiempo, los pilares para dicha transición consisten en la autoayuda y ayuda mutua, donde cada mujer es la principal responsable de su crecimiento personal para obtener un mayor sentido y responsabilidad de la vida.

Según Rodríguez et al. (2017), la reinserción o reintegración social del individuo con dependencia a SPA constituye la última fase y posiblemente la más compleja de un proceso de rehabilitación, y enfatiza que para las mujeres este proceso supone una mayor

dificultad debido a la mayor estigmatización que recae sobre ellas, por haber quebrantado una serie de normas sociales establecidas acerca de su comportamiento sexual, del ejercicio de la maternidad y de su relación con el alcohol y las SPA.

Rodríguez y Nute (2013), también reconocen que el proceso de reinserción social es complicado, donde el abandono o reducción del consumo de SPA es sólo el primer paso. La persona consumidora suele estar asociada a una representación social en la que se le percibe como “diferente” con respecto la norma, motivo por el cual es excluido y marginado, y a su vez le conduce a una reducción de la calidad de vida en un sentido amplio, perdiendo gradualmente un lugar y un espacio dentro del entorno social.

En este sentido, al pensar en la reintegración social de la persona con trastornos asociados a sustancias, Rodríguez y Nute (2013) recalcan que es importante considerar la falta de estructura que caracterizaba su vida cotidiana o el estilo de vida organizado casi por completo en torno a la adquisición y administración de las SPA, lo cual pone en evidencia la necesidad de generar mecanismos que le permitan reintegrarse, que le ayuden a reconstruir las redes sociales y familiares afectadas de modo que pueda volver a ocupar un lugar en su entorno social y sea nuevamente reconocido como parte de este.

Esta complejidad en el proceso de reinserción, coincide con otras investigaciones enfocadas en las diferencias de género, en las cuales se afirma que, en comparación a los hombres, las mujeres se perciben con menos recursos y mayores dificultades para incorporarse satisfactoriamente al mundo exterior una vez que han salido de un centro de internamiento, y que entre las principales dificultades que perciben están las expectativas negativas sobre el proceso de reinserción, el temor de experimentar una recaída, la pérdida

de habilidades sociales y cognitivas, síntomas de ansiedad y depresión, preocupación por ser objeto de estigma, aislamiento y exclusión (Rodríguez et al. 2015).

Así mismo, hay estudios que destacan otros factores que inciden negativamente en el proceso de reinserción, entre ellos la necesidad de mantener un periodo prolongado de abstinencia, un estado de salud muy deteriorado, y la desvinculación familiar (Rodríguez y Nute, 2013), además la pobreza constituye otro factor que trabaja en contra de la reinserción exitosa en la medida en que representa menores recursos para la recuperación (Catalán, 2001 citado por Rodríguez y Nute, 2013); otros estudios hacen énfasis en las dificultades para las usuarias que son madres, ya que algunas experimentan temor de asumir nuevamente su rol materno, pues si bien desean volver con sus hijos, no se sienten preparadas para hacerse cargo de su educación y consideran que podrían causarles un daño mayor (Van Olphen, 2009).

En este caso, encontramos algunas similitudes con respecto a lo planteado por los autores mencionados, especialmente en cuanto al temor a la recaída y a la pérdida de habilidades sociales y cognitivas, fueron las barreras que referían algunas participantes, por el contrario, no fue muy recurrente la expresión de expectativas negativas o el temor a la estigmatización.

Otra situación que puede dificultarles el abandono de las SPA es la relación de consumo que crean con su pareja. Es común que las mujeres que consumen SPA convivan con una persona cercana que también lo hace, lo cual complica seriamente sus esfuerzos por mantenerse en abstinencia, por lo que uno de los reaprendizajes que obtienen durante su internamiento es el de aceptar que deben desvincularse de las personas perjudiciales que puedan interferir con su recuperación.

[¿Y su pareja no consume?] Ehhh sí, él sí consume, pero ya yo también hablé con el psicólogo y estamos hablando también esa parte (...) Él (su pareja) sabe, como yo se lo dije, así como yo estoy tomando esta decisión usted tiene que tomar la decisión de que si quiere estar conmigo sabe lo que tiene que hacer, si no quiere estar conmigo pues siga igual pero la decisión la voy a tomar yo y diay lamentablemente tengo que alejarlo de mi vida. (Participante Margarita)

Pero él es un detonante muy grande para mí porque vea mientras ese hombre esté limpio (...) yo puedo estar bien sin consumo, pero todo está en que yo sepa que él está consumiendo y yo me caigo ya. (...). Él es un gran detonante para mí, es una reserva que yo tengo que sacarme porque él es la persona que más influye en mi consumo o sea él es algo que yo tengo que sanar y tengo que sacar. (Participante Clavel)

Igualmente, en el objetivo de lograr una mayor autonomía económica, se encuentran con numerosas barreras, particularmente por la dificultad que supone insertarse en el mercado laboral para las mujeres con una historia de adicción a sustancias, así como por la poca preparación académica recibida, y en algunos casos por la incapacidad de manejar responsablemente el dinero por sí mismas, pues muchas veces este se convierte en un detonante para ellas al tener en sus manos el recurso económico para costear nuevamente el consumo de SPA.

Para mí el dinero es lo peor porque yo con plata me vuelvo loca o sea yo no puedo con la plata, es una de las cosas que... saliendo de aquí yo no creo poder tener plata en mi mano porque después quiero consumir, entonces la plata para mí es como decir, una debilidad, (...) y si tengo un trabajo y si veo plata así sea un trabajo

normal si veo la plata no sé cómo lo voy a poder manejar entonces ya son muchas cosas las que uno tiene que pensar verdad porque cualquier mínima cosita puede ser la recaída de uno y yo ya no quiero más de eso. (Participante Dalia)

En términos de Mishel (1988), la percepción de estas dificultades para lograr su rehabilitación coincide con la valoración de la incertidumbre por medio de la inferencia, que las lleva a percibir la situación incierta como un peligro. Al no saber con certeza lo que ocurrirá al finalizar su internamiento, las mujeres le pueden dar un significado positivo o negativo a sus expectativas. Sin embargo, en el caso de nuestra población casi la totalidad de las entrevistadas expresaban una valoración de la incertidumbre por medio de la ilusión, con expectativas positivas sobre su futuro después del internamiento.

A partir de las experiencias de las entrevistadas, se entiende cómo ellas perciben su proceso de rehabilitación como una oportunidad para crecer, en donde durante su institucionalización obtienen numerosas herramientas y aprendizajes que les será de apoyo para mantenerse en la abstinencia una vez finalizado su tratamiento. Al visualizar las posibilidades sobre su futuro de manera positiva, la percepción de la incertidumbre se transforma en una percepción de oportunidad, tal y como se plantea en la teorizante, cuando la incertidumbre es considerada de esta forma, la posibilidad de resultados positivos ocurre en respuesta a la valoración; esta posibilidad puede resultar de la inferencia o de la ilusión, pero surge en mayor medida del proceso de la ilusión. Ver la incertidumbre como una oportunidad requiere preocuparse más por lo positivo que por lo negativo, lo cual fue evidenciado en la información obtenida tras conversar con las mujeres en Casa de Paz.

Eros y Thanatos: La Dicotomía Entre la Abstinencia y la Recaída

Cuando una persona finaliza un programa de tratamiento por problemas de abuso de SPA, es común que recaiga en viejos patrones de consumo, por lo que es importante reconocer las señales de alerta de una reincidencia (Marlatt & Gordon, 1985 citado por Blanco y Jiménez, 2015). Estas señales de alerta se pueden ver como factores detonantes que conducen a la persona hacia una recaída, la cual según Blanco y Jiménez (2015) es experimentada al exponerse ante una situación de riesgo sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia.

En Casa de Paz, así como en otras instituciones del país, como parte de las terapias que se trabajan con las mujeres institucionalizadas, se habla de los factores detonantes del consumo, con lo cual hacen referencia a aquellos elementos que representan un factor de riesgo para que la usuaria recaiga o reinicie el consumo de SPA.

Esta posible regresión hacia el consumo se puede comprender por medio del Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud de Prochaska & Velicer (1997), en el cual se interpreta el cambio como un proceso progresivo a través de una serie de etapas. Según lo interpretado de este modelo, encontramos que las mujeres en Casa de Paz se encuentran entre las etapas de preparación y acción en donde primero han adquirido la decisión y compromiso para cambiar, y luego realizan cambios objetivos y exteriorizados de su comportamiento (Prochaska & Velicer, 1997). Al finalizar su tratamiento se espera que logren mantener el cambio comportamental alcanzado hasta ese momento, y es la etapa en donde se debe trabajar activamente en la prevención de la recaída. En cuanto a esto, si bien la recaída no se considera en este modelo como una etapa propiamente, sí se plantea como un riesgo latente en cualquiera de las etapas del proceso, y es vista principalmente

como una regresión desde la etapa de acción o la de mantenimiento hacia etapas previas a estas. En este sentido, la evitación de tentaciones, una reconstrucción de su entorno y contar con grupos de ayuda son estrategias claves y generadoras de estímulos que favorecen la conducta de cambio y reducen los riesgos de recaída (Prochaska & Velicer, 1997), las cuales al mismo tiempo coinciden con el plan terapéutico bajo el cual se trabaja en Casa de Paz, donde el reconocimiento de los detonantes para cada mujer resulta fundamental para prevenir una situación de recaída.

Según las entrevistadas los principales factores detonantes eran los lugares y compañeros de consumo. El hecho de volver al lugar donde obtenían la SPA y relacionarse nuevamente con las personas que les facilitaban las sustancias o que también las consumían se convierte en un gran temor y una inseguridad para ellas. Así mismo, el recordar estos eventos, pensar en los momentos que vivían cuando estaban bajo los efectos de la sustancia, son fuertes detonantes que las llevan a estados de ansiedad y descontrol emocional. Ciertos olores, lugares de consumo social como bares y salones de baile o discotecas también fueron algunos de los detonantes mencionados durante las entrevistas. Estos efectos se pueden explicar neurobiológicamente por medio del estímulo de recompensa, el cual en términos de farmacodependencias se refiere a los efectos placenteros o agradables de una SPA que proporcionan una motivación positiva para la conducta. El efecto de recompensa transfiere sus propiedades motivacionales a estímulos que predicen su ocurrencia y refuerzan la conducta del individuo (OPS, 2005), por lo tanto, se puede entender que los detonantes mencionados por las mujeres son estímulos predictores del efecto de recompensa, ya que mentalmente asocian esos eventos con la obtención de la SPA y

consecuentemente con los efectos placenteros de la misma, por lo que indirectamente refuerzan o inducen su conducta de consumo.

Los recuerdos de los detonantes también participan en el proceso de valoración de la enfermedad, correspondiente a la tercera categoría en la teoría de Mishel (1988). Cuando existe incertidumbre, es porque la persona no ha logrado establecer un esquema cognitivo. En el caso de nuestra investigación, el esquema cognitivo se refiere a la forma en que las mujeres comprenden su enfermedad y el significado que le dan a todo lo que se relaciona con ésta, como el internamiento, el tratamiento, y las expectativas sobre su reinserción social; y este significado puede tener una visión positiva (al valorarse desde la ilusión) o negativa (al valorarse desde la inferencia). Las mujeres que fundamentan la valoración de la enfermedad con sus recuerdos de consumo y el recuerdo de los detonantes lo están haciendo por medio de la inferencia, por lo que darán un significado negativo a sus expectativas en torno al proceso de rehabilitación.

Acordarme de zona roja, acordarme de mis abusos, de mi soledad, he aprendido a manejar eso aquí, a que no somos adictos solo a sustancias sino a lugares y a personas. (Participante Violeta)

Digamos a mí me gusta mucho bailar y los bares porque digamos eso me atrae mucho, los night club y los bares en sí que son para bailar, eso me detona mucho. (Participante Fresia)

Diay si comienzo a pensar en tal vez en las personas que me vendían, o si me pongo a pensar en que yo me metía a los bares o en las personas con que conseguía la plata para comprar, o si me pongo a pensar en que qué rico ponerme a fumar, a oler un

poco de cocaína o qué rico una cerveza cuando veo el sol y así, me van a dar ganas de consumir, o pensar en que uno está solo y así. Participante (Azucena)

Ahora, otro elemento que resaltó como detonante fue el de las parejas. Al analizar las narraciones de las participantes, encontramos que las relaciones de pareja en las mujeres ejercen influencia sobre su consumo, ya que muchas veces su pareja es quien las introduce y se vuelve su compañero en esta experiencia, o bien al finalizar una relación ellas buscan refugio en las sustancias. Así mismo, algunas mujeres refieren haber desarrollado dependencia emocional y sexual de sus parejas, ya que el sexo les hace pensar en consumir, debido a que muchas veces al iniciar o terminar una relación coital recurrían a las SPA.

Me hace pensar mucho cuando yo tenía sexo y me drogaba porque a veces me hace falta tener sexo porque lo tenía a cada rato con quien yo quisiera, tuviera plata o no, tenía muchos amigos que yo los podía llamar y simplemente me acostaba con ellos. (Participante Dalia)

Siempre tuve también parejas con las cuales también desarrollaba dependencia emocional entonces cuando rompía me hundía más en las drogas. (Participante Lirio)

Él es un detonante muy grande para mí porque vea mientras ese hombre esté limpio (...), el ahorita está limpio porque está preso, pero todo es que el salga y vuelva a recaer, yo puedo estar bien sin consumo, pero todo está en que yo sepa que él está consumiendo y yo me caigo ya. (Participante Clavel)

En este caso, podemos vincular el recuerdo del consumo que ellas vivían con sus parejas, con el elemento de la inferencia planteado por Mishel (1988), el cual como ya se ha

mencionado, se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias pasadas, y que las lleva a valorar su actual proceso como un peligro o con una percepción negativa del resultado que pueda tener su proceso de rehabilitación.

Por otra parte, contrario a las preocupaciones de las mujeres por su temor a la recaída, también encontramos que, en ocasiones sucede lo opuesto ya que, las personas que finalizan un proceso de internamiento, muchas veces se ven a sí mismas como si tuvieran una sensación o percepción de control o autoeficacia, pero cuando se enfrentan a situaciones de alto riesgo, se ve amenazada esta sensación (Mavrou, 2012), lo cual fue vivenciado por algunas de las participantes en experiencias anteriores.

Tengo la confianza en mí misma de que sí, yo espero salir adelante, porque yo antes decía yo pude estar limpia y tener plata y carro y no consumía, por qué no voy a poder esta vez, claro yo puedo volver a hacerlo, pero sin un verdadero programa salgo y voy a volver a consumir otra vez como ya lo he hecho. (Participante Violeta)

Un ego grandísimo, un orgullo grandísimo de que yo puedo, lo que pasa es que eso es una falsa percepción. (...) yo antes creía que eso era bueno, si ahora con el psicólogo estoy trabajando mucho eso porque me doy cuenta que no es bueno, porque autosuficiencia, yo lo puedo todo, yo no necesito de nadie y no, no es así. (Participante Violeta)

Bandura (1981) citado por Mavrou (2012) destaca que “la autoeficacia está constituida por los juicios sobre el grado en que uno mismo puede ejecutar y organizar patrones de acción requerido para tratar con situaciones futuras que contienen elementos

ambiguos, impredecibles y a menudo estresantes” (p.96) Así mismo, la autora agrupa las situaciones de alto riesgo en tres grupos principales: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social, lo cual se vio reflejado en las experiencias relatadas por las mujeres entrevistadas en Casa de Paz.

Diay a mí me hacen consumir, diay las veces de haberme separado de mis hijos, (...) digamos cuando yo me acordaba de mis hijos que me sentía sola, entonces diay la soledad me llevaba a eso. (Participante Rosa)

Antes yo no solté todo, o sea los problemas con mi mamá, toda la culpabilidad que le echaba, problemas con otras personas, con mis hijos. Entonces ya ahora si porque uno lo habla y trabaja con el psicólogo en eso. (Participante Azucena)

Estuve cinco años sin tomar y por una amistad de consumo fue que comencé a tomar otra vez porque andaba en una boda y de ahí me fui para la casa de esa amiga y nos fuimos a un bar entonces ahí fue donde empecé a consumir otra vez hasta el día que llegué aquí, esa fue mi recaída. (Participante Azucena)

Del mismo modo, en situaciones precipitantes de recaídas, estudios confirman que las mujeres perciben los estados emocionales negativos y el experimentar emociones positivas como mayores situaciones de riesgo para recaer en comparación a los hombres (Blanco y Jiménez, 2015). Así mismo, Johnson (1990) explica un patrón universal de la adicción por medio de la transición emocional que experimenta la persona al consumir, donde los sentimientos más dolorosos se funden con los menos dolorosos, que se tornan en sentimientos normales y finalmente se transforman en sentimientos de éxtasis o euforia. Así es como la persona se inicia en el consumo de SPA al descubrir una nueva sensación, es un

cambio anímico positivo que genera sensaciones nuevas y cuando los efectos se desvanecen todo retorna a la normalidad, inicialmente es una conducta benigna y placentera pero conforme progresa la adicción se comienza a pagar un precio físico y emocional. Cada vez, su reacción emocional al consumir en exceso será de mayor tendencia hacia el lado del dolor emocional, experimentando gradualmente sentimientos de remordimiento y autocastigo.

Diay aquí nosotras sentimos síntomas de la enfermedad, tenemos ansiedad, depresión, nos ponemos melancólicas, a veces con mucha alegría o euforia entonces también es malo porque la misma adrenalina nos puede dar una crisis fuerte del proceso de la abstinencia. (Participante Azucena)

Para permanecer en la abstinencia es necesario que la persona sea capaz de comprender su conducta de consumo y aprenda a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden inducir el consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas (Mavrou, 2012), ya que los sentimientos de remordimiento y autocastigo las pueden llevar a recordar las experiencias de consumo que les permitían conectarse y desconectarse de sus emociones, haciéndoles dudar sobre mantener su abstinencia. En otras palabras, se requiere que la persona conozca cuáles son los factores relacionados con sus dificultades para lograr un estado de abstinencia, y obtenga las herramientas que le ayudarán a afrontar los problemas que se encontrará en una vida sin SPA.

Diay conocer bien mi enfermedad y saber identificar mis detonantes, saber identificar mis disparadores, saber identificar los riesgos para mí, porque si yo sé que aunque yo tenga, más ahora que yo tengo poquito de sobriedad yo sé que no

estoy preparada como por ejemplo para ir a mis lugares de riesgo, yo no me siento preparada ahorita para pasar por esos lugares, para ver a esas personas, entonces si para mi seria saber identificar los detonantes para poder mantener mi sobriedad.

(Participante Lirio)

Según Blanco y Jiménez (2015), las habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo mayormente empleadas son a nivel cognitivo: los pensamientos positivos sobre las ventajas de mantenerse en abstinencia y los pensamientos negativos referentes a las consecuencias del consumo, lo cual muestra la importancia del aprendizaje obtenido al finalizar un programa de intervención.

Según el modelo cognitivo de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) citados por Blanco y Jiménez (2015), la persona anticipa los efectos positivos inmediatos de consumir la sustancia, una anticipación fundamentada en experiencias anteriores, mientras ignora o no presta atención a las consecuencias negativas involucradas a más largo plazo. Estas expectativas de las consecuencias positivas son el principal determinante del abuso de sustancias, como lo menciona una de las participantes: “Eso me afecta porque yo digo uy que rico volver a aquel día, volver a aquel tiempo, pero una de las técnicas también es recordar el peor día” (Participante Lirio).

De igual modo, a medida que aumente la duración de la abstinencia y la persona afronte con éxito las situaciones de riesgo, la percepción de control aumenta de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuye (Mavrou, 2012) así como también la incertidumbre.

Entre el Duelo y la Esperanza

El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo, que incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Meza et al., 2008).

Las personas con antecedentes de uso de SPA se enfrentan a diferentes duelos, en primera instancia deben renunciar a la sustancia de consumo, y seguidamente deben reconocer otras pérdidas que en su mayoría han sido provocadas por el uso prolongado de las mismas sustancias (Lapunov, 2008; Acevedo, 2010).

Para la persona que enfrenta un proceso de rehabilitación, el proceso de duelo tiene que ver con los recuerdos, y el manejo de los mismos es sumamente complicado. Un recuerdo que no desaparece se adueña del individuo, confunde la realidad presente con la pasada y la persona se siente incapaz de hacer sentido de sí misma y de su vida, complicando el proceso de recuperación (Acevedo, 2010).

Cuando me acuerdo de mi hija eso es algo que a mí me pone súper mal, recordar a mi hija, porque es que yo tras de que me la quitaron me hice el cargo como de abandonarla el doble, porque tras de que me la quitaron no seguí viéndola los fines de semana y cosas así. (...) Entonces eso es algo que a mí me ha llevado a consumir, yo cada vez que me acordaba de ella. (Participante Margarita)

La conducta adictiva resulta muchas veces en pérdidas que se manifiestan en el funcionamiento físico, relacional y psicológico de las personas, que abarcan tanto lo tangible como lo intangible. Aunque al principio, insensibilizadas emocionalmente por el

uso de la sustancia adictiva, el sentido de pérdida es mínimo (Haberstroh, 2005 citado por Acevedo, 2010).

Haberstroh (2005) citado por Acevedo (2010), identifica tres tipos de pérdidas:

- Las que anteceden a la adicción y pueden haber contribuido a la misma.
- Las pérdidas asociadas a la adicción.
- Las pérdidas asociadas al tratamiento.

Entre las pérdidas que anteceden el trastorno adictivo se hace referencia a las condiciones en el hogar, las relaciones de cercanía o intimidad, la posibilidad de haber sido objeto de cualquier tipo de abuso y no haber manejado adecuadamente el mismo, así como factores asociados con la falta de oportunidades para el éxito en la vida. Lo cual vimos reflejado en las entrevistas de la siguiente manera: “Yo traía muchas cosas, el maltrato de mi mamá, me quemó las manos cuando yo era una niña, y montones de cosas y circunstancias que me pasaron” (Participante Clavel).

Mi historia de consumo empezó a raíz de la pérdida de mi bebé el que le digo que se murió, eh según lo que me han enseñado en Casa de Paz ese fue como mi detonante, ya tenía muchas reservas de antes verdad, violación bueno violación no sino un abuso por parte de mi papá (...), después muchas experiencias que tuve este... experiencias de violencia con una pareja y cosas. (Participante Clavel)

Mi consumo empezó cuando yo me separé del papá de mi hijo el mayor, él se fue, nos separamos, por medio de mi depresión y todo eso, yo sola no sabía qué hacer, entonces me puse a consumir alcohol, andaba en bares tomando y todo eso.

(Participante Jazmín)

Seguidamente, las pérdidas asociadas a la adicción incluyen las relacionadas con la salud, la familia, el trabajo, los bienes materiales, la imagen de sí mismo y las relaciones con personas significativas. Como se muestra en las narraciones:

Yo sinceramente consumía para matar el dolor, el sufrimiento el dolor que sentía en mi alma al haber perdido mi casa, mis hijos, mi familia, a mi mamá, sentir que mi mamá nunca me quiso, (...) me pegaba se me hacían cicatrices, y ese dolor lo fui acumulando (...) y hasta que estallé. Entonces yo consumía para eso para liberarme. (Participante Clavel)

Yo conforme aumenté el consumo fui perdiendo mi vida social y me aislaba, me aislaba y fumé crack un año, pero en ese año vendí mi carro, vendí mis cosas, todos los muebles, vendí todo lo de mi casa, hasta que el día que diay toqué fondo, toqué fondo muchas veces con la cocaína, pero con el crack tuve una experiencia que marcó mi vida. (Participante Lirio)

Finalmente, las pérdidas relacionadas con el tratamiento guardan relación con la aceptación de la responsabilidad personal por las consecuencias de la conducta adictiva y la construcción de un futuro radicalmente distinto a lo vivido hasta el presente.

Ya yo sé que yo de por vida ya no puedo tomarme una cerveza, ir a un bar o tener algo social normal, ya yo sé que no, y yo era una mujer muy fiestera, a mí me encantaba ir a la disco, salir con hombres y son cosas a las que he tenido que hacerles luto, sí, pero he experimentado lo positivo que es creer en mí y encontrarme conmigo misma, porque había perdido mi identidad, mi personalidad y todo. (Participante Lirio)

Lo más difícil para mí ha sido que tengo que hacerles el luto a todas las drogas, que ya “Fresia” ya nunca más va a volver a consumir desde un cigarrillo hasta una birra o sea nunca más en toda su vida, entonces esa ha sido como la parte como un poco más difícil. Que ya “Fresia” no puede probar ni un Bailey’s, ni un rompope, ni un tres leches que tenga rompope o sea nada. (Participante Fresia)

Conforme la persona adicta va saliendo del letargo emocional, cognitivo y afectivo en el que ha estado inmersa, se va dando cuenta de los múltiples daños provocados, tanto a sí misma como a otros y ve la oportunidad de asumir responsabilidad por conductas pasadas. Experimentar de manera vivencial un proceso de duelo puede ser el elemento clave que decida el éxito o el fracaso del proceso de recuperación de la adicción.

Aquí me han enseñado a quererme porque yo nunca me he querido, jamás de los jamases me he querido porque siempre me he hecho daño, entonces saliendo de aquí uno sale como otra persona nueva. (Participante Dalia)

Tenemos que amoldarnos aquí como sea, si queremos cambiar y borrar todo, bueno no se puede borrar, pero sí por lo menos sabemos que podemos cambiar y recuperarnos totalmente y seguir adelante, no podemos cambiar el pasado, pero sí podemos resolver algunos problemas que hicimos, algunos daños que causamos, hay unos que no se podrán reparar, pero hay otros que sí. (Participante Azucena)

Agregado a los tipos de pérdidas, Lapunov (2008) refiere que la persona que intenta dejar una adicción se enfrenta a otros tres duelos, que son: por la sustancia de elección, por el “personaje” de consumo y por los compañeros de consumo, y cualquiera de estos tres elementos pueden ser motivadores de una recaída, especialmente en cuanto a los

compañeros de consumo, ya que, según Rodríguez et al. (2017), con frecuencia algunas mujeres con trastornos adictivos se asocian con hombres también consumidores. En este caso, la posibilidad de abandonar el consumo sólo parece ser viable cuando se produce un rompimiento de la relación de pareja, lo que supone una pérdida importante para la mujer y se agrega al duelo que ya de por sí representaba el abandono del consumo de SPA.

Sin embargo, en las entrevistas logramos percibir que la mayoría de ellas ya han aceptado que deben desprenderse de esos elementos, para lograr mantenerse en la abstinencia.

Él es un gran detonante para mí, es una reserva que yo tengo que sacarme porque él es la persona que más influye en mi consumo o sea él es algo que yo tengo que sanar y tengo que sacar. (Participante Clavel)

Lo más difícil para mí ha sido que tengo que hacerles el luto a todas las drogas, que ya Fresia ya nunca más va a volver a consumir desde un cigarrillo hasta una birra o sea nunca más en toda su vida. (Participante Fresia)

Me haría mucha falta, pero yo creo que, yo tengo mucha amistad porque yo, o sea no es que vivía en la calle, pero conozco toda la chusma de Siquirres entonces no es bueno para mí (regresar allí). (Participante Azucena)

Yo recaí por una amistad entonces por eso me interné porque como ya yo sabía que había recaído entonces ya ahora con las experiencias y el estudio y todo lo que a uno se le proyecta aquí entonces ya uno cambia, uno suelta todo lo que tiene por dentro. (Participante Azucena)

El domingo cumpla 4 meses y en mi barrio no me daban ni 15 días aquí, allá me dijeron no no, no vas a aguantar y me daba un colerón porque esa era la “Clavel” de la calle le digo yo a las güilas, ya yo no quiero volver a serlo. (Participante Clavel)

Cuando la persona en duelo reconoce que debe desprenderse de esos elementos, se hace consciente de que se enfrenta a una oportunidad para recuperar lo perdido y dejar atrás aquellas personas, situaciones y lugares que la llevaban al consumo. Este escenario concuerda con la tercera categoría de la teoría de Mishel, “Afrontamiento de la enfermedad”, en donde, como ya se ha mencionado, tras el proceso de valoración el individuo puede percibir su enfermedad como un peligro o una oportunidad, siendo esta última el elemento que se identificó a partir de las experiencias de las mujeres relacionadas con la incertidumbre y el duelo.

Cuerpo Depredado: La Materialización de la Pérdida

Por último, en esta sección del análisis se pretende desarrollar cómo son las experiencias de las mujeres entrevistadas en cuanto a las manifestaciones físicas y psicológicas que experimentaron al dejar el consumo de SPA durante su internamiento en Casa de Paz, con lo cual nos referimos al síndrome de abstinencia.

La Organización Mundial de la Salud describe el síndrome de abstinencia en función de las consecuencias derivadas del consumo de SPA, planteando que, tras la administración reiterada de ciertas SPA que causan dependencia, como opiáceos, barbitúricos, benzodiacepinas, cocaína y alcohol, la abstinencia puede intensificar la conducta de deseo o apetencia de la sustancia, por la necesidad de evitar o de aliviar las molestias ocasionadas por la privación de la misma o producir alteraciones fisiológicas lo

suficientemente graves como para requerir tratamiento médico (IAFA, s.f.). Por su parte, según el DSM-IV (1995) la abstinencia consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con elementos e implicaciones fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias.

Por lo general, las manifestaciones de la abstinencia están relacionadas con el mecanismo de acción que la sustancia consumida ejerce a nivel del SNC. Muchas se presentan de forma opuesta a las manifestaciones observadas en la intoxicación de la misma sustancia, por ejemplo, si es un estimulante, las manifestaciones tienden a ser depresoras y viceversa. Además, la forma en que se manifiestan las características del síndrome de abstinencia varía de persona a persona, y existen otros elementos que lo determinan, tales como: patrones de uso, cronicidad del consumo, el estado de salud y personalidad del usuario, su estado emocional reciente y en el caso de los opiáceos, los componentes ambientales como los estímulos auditivos, visuales, o de otro tipo (IAFA, s.f.). Por lo tanto, al haber gran variabilidad en sus características, para fines prácticos hemos desarrollado dos componentes en esta sección, evidenciando por un lado las manifestaciones físicas que presentaron las mujeres y por el otro, las psicológicas, haciendo énfasis en las características del síndrome que fueron más recurrentes en ellas.

Los Disturbios Atroces

Al momento en que las mujeres suspendan el consumo de SPA comienza el proceso del síndrome de abstinencia, el cual como ya se ha mencionado, se caracteriza por un conjunto de síntomas físicos y psicológicos en el cuerpo de la persona consumidora, síntomas que se pueden presentar de forma distinta en cada individuo. El síndrome de abstinencia se expresa como un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes

niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, posterior a un consumo reiterado, que generalmente es prolongado o con dosis muy altas. El comienzo y la evolución de este estado está limitado en el tiempo y se relacionan con el tipo de sustancia y la dosis empleada inmediatamente antes de suspenderse el consumo (OMS, 1992, citado por Hernández et al., 2008).

Del mismo modo, es necesario definir la abstinencia como tal, la cual se entiende como un cambio conductual de adaptación, relacionado con procesos fisiológicos y cognitivos, que ocurre cuando las concentraciones de una SPA en la sangre o tejidos disminuye en una persona que ha mantenido un uso intenso y prolongado (OPS, 2005).

El síndrome de abstinencia se manifiesta de una manera muy aguda y traumática, además, puede presentarse en cualquier momento, por esta razón, se manifestará de una manera diferente siempre y se verá determinado por distintas variables, tales como el tiempo de consumo, el tipo de SPA, el intervalo de tiempo tomado entre cada dosis, entre otras cosas (Hernández et al., 2008). A pesar de la variabilidad en las manifestaciones de la abstinencia, la literatura destaca algunos efectos del consumo intenso de SPA, de los cuales en su mayoría fueron experimentados por nuestras participantes, entre ellos, Castilla y Lorenzo (2012) citados por Rojas (2016) destacan: la compulsividad por el consumo, la delgadez extrema, quemaduras en los labios y en los dedos de la mano, cambios en el color de la piel, el desaliño y la falta de aseo personales.

Lo descrito por los autores se pudo evidenciar en las narraciones de las mujeres, ya que al momento de conversar con ellas y preguntarles sobre cómo experimentaron la abstinencia, todas coincidían en que sus síntomas eran muy diferentes entre ellas mismas, por lo que desde nuestros hallazgos se puede fortalecer este aporte teórico.

En las siguientes narraciones se pueden evidenciar los síntomas fisiológicos experimentados por las mujeres siendo estos muy variados y específicos en cada una de ellas.

Siente uno que se va a morir, no ve que uno viene con los efectos del... tenía una semana de internarme y sentí que me iba a morir y todo, pero diay ahí le dan medicinas a uno y de todo, pero se siente feo. [Pero, ¿qué sentía?] diay yo sentía los efectos del licor todavía que lo tenía ahí todavía que tenía viva la adicción. (...) solo al principio solo me dio una vez y ya después ya no, una vez si me dio el deseo de consumir. Me dan nervios, no puedo dormir, eso me da a mí, nervios, no podía dormir, como insomnio que le da a uno. (Participante Margarita)

Bueno la abstinencia, fue muy duro los primeros dos meses, si ahora ya estoy entrando a la etapa llamada el muro, que es como que uno se devuelve al principio los sentimientos y todo, de hecho hoy amanecí un poco indispuesta pero nada las cosas que me han enseñado aquí es a usar herramientas, a bloquear pensamientos, a usar técnicas de respiración, porque si yo le doy pelota (...) me da una crisis nerviosa, me pongo a llorar como si fuera al principio que yo lloraba tenía que agarrar una almohada, pataleaba y de todo pero es muy fuerte las crisis si, tuve 3 crisis de ansiedad y 1 crisis espiritual. (Participante Lirio)

Ansiedad de comer, (...) eso como que uno no se puede quedar quedito, más que todo fue por la comida, (...), tal vez que de vez en cuando le suden las manos a uno, que uno este como que ahuevado si me voy de aquí, que esto y lo otro, que pereza estar aquí, yo siento que todo eso es por la abstinencia. (Participante Margarita)

Mucha ansiedad, me daba por comer mucho entonces para matar la ansiedad hacia ejercicio ahí, ya a los quince días me dio una abstinencia muy fuerte que estuve cuatro días en cama este... temblaba, sudoraciones frías, el cuerpo me pesaba no podía levantarme del peso que sentía, yo soy asmática entonces los pulmones bueno... como se estaban desintoxicando estaba fatal verdad, si fue muy duro porque diay nunca pensé que me iba a dar tan fuerte verdad, el caer en cama y todo, si fue muy muy fuerte en realidad, más el carácter que... bueno la malacrianza mía es muy fuerte y más la abstinencia fue peor verdad que solo Dios sabe por qué yo no le pegué a nadie, pero si fue.... o sea, si fue muy fuerte. (Participante Fresia,)

Al dejar de consumir chicha, sudoración, exceso de sueño para evadirla, para no sentir esas chichas, ese mal genio, que me estorba hasta el roce del calzón, no quiero ni que me vuelvan a ver. (Participante Violeta)

Lo que me daba más así físicamente más que nada, eran ganas de comer para sustituir mi ansiedad por la droga, para ponerse gordita para poder ir a hacer lo que ella quiere ir a hacer realmente, sentarse a fumar jugando de rica. (Participante Violeta)

Ay mita, yo sudaba helado, sudaba frío, me daba dolor de muela, me daba dolor de cabeza, me dolía el oído, me dolía el pie, me dolía una teta, me dolía todo, porque casi siempre que uno... lo más duro de dejar la sustancia es la desintoxicación del cuerpo, cuando uno se desintoxica es algo horrible, o sea fatal, o sea yo sabía lo que era amanecer temblando, yo sentía el olor a crack lo sentía de la misma cosa que uno desea consumir y fue terrible los primeros días, pero terribles, terribles, horribles algo que no quiero volver a pasar en mi vida. (Participante Clavel)

Solo Dios sabe las luchas de ansiedad verdad porque me daba contra las paredes, no me bañaba, lo oía llorar y yo quería salir huyendo verdad y aquella cosa y aquella ansiedad, y mucha gente no entiende, bueno a mi mucha gente me dice vos sos una gran sin vergüenza, pero mucha gente no entiende que es una enfermedad.

(Participante Clavel)

Para finalizar, se pretende enlazar el componente físico a la luz de la teorizante. En la categoría de antecedentes de incertidumbre, uno de sus elementos es el marco de estímulos, dentro del cual se encuentra, entre otros componentes, el patrón de síntomas, este hace referencia al grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para ser percibidos en un patrón o configuración. Basados en este patrón, el significado de los síntomas puede ser determinado. En este caso y según los resultados obtenidos por las entrevistadas, la mayoría de ellas experimentaron sus síntomas con suficiente consistencia para así llegar a ser percibidos como un patrón. El hecho de que estos síntomas sean percibidos con suficiente consistencia ayuda a que la persona estructure su esquema cognitivo sobre su enfermedad y proceso, consiguiendo de este modo disminuir la incertidumbre.

Entre la Confusión y la Lucidez

Ahora bien, cuando la persona consumidora cesa el consumo de SPA, las manifestaciones que se presentan generalmente son fisiológicas, existiendo en el cuerpo una necesidad por recibir otra dosis de la SPA a la cual ya se había adaptado, sin embargo, también existen manifestaciones a nivel psicológico que se relacionan con la ansiedad, depresión y deseos muy fuertes para conseguir otra dosis de la sustancia. Es importante destacar que cada ser humano puede vivenciar una situación distintamente de otro e

interpreta su vida en términos de la significación de su experiencia (Hernández et al., 2008).

En este caso, evidenciamos a partir de las historias de las participantes que los síntomas fisiológicos en algunas de ellas eran muy intensos, mientras que en otras predominaban los síntomas psicológicos, siendo estos muy específicos en cada mujer, sin embargo, la mayoría de las entrevistadas coincidían en manifestar sensaciones de ansiedad y depresión, desencadenados por sentimientos de soledad, culpabilidad y el duelo que atravesaban tanto por la asimilación de la pérdida de la SPA, como por la ruptura de relaciones con personas significativas de sus vidas, así como lo fueron sus compañeros y compañeras de consumo.

A nivel general, dentro de las manifestaciones psicológicas más comunes se encuentra la depresión. La mayoría de las personas con trastornos relacionados a SPA pueden presentar episodios depresivos ya sea como consecuencia de la intoxicación de la sustancia o del síndrome de abstinencia. Además, se señala que los años de consumo pueden llegar a predecir la presencia de depresión, por lo tanto, personas que han iniciado tempranamente su consumo, sobre todo en la adolescencia, padecerán más sintomatología depresiva que consumidores de inicio tardío (García et al., 2017).

De igual manera, las mujeres presentan mayores tasas de trastornos de ansiedad, síntomas depresivos severos, síntomas de ideación y/o intentos de suicidio en comparación a los hombres con trastornos relacionados con SPA (Fernández et al., 2014). Incluso, es válido recalcar que 8 de nuestras participantes son madres, y que en algunos casos el trasfondo de su depresión tenía relación con el distanciamiento de sus hijos; relacionado a esto, Castilla y Lorenzo (2012) citados por Rojas (2016) destacaron de su estudio que las

madres consumidoras de SPA experimentaron malestares emocionales como soledad, angustia, inseguridad, culpa y vergüenza, igualmente sentimientos de amenaza y miedo, y fuertes deseos de recuperar las redes afectivas y las prácticas de cuidado y atención de sus hijos.

Agregándole valor a la literatura encontrada con respecto a las manifestaciones psicológicas, se añaden nuestros hallazgos en donde las mujeres consumidoras narran sus experiencias en cuanto a estos síntomas psicológicos, siendo el de mayor incidencia la depresión: “Sí, deprimida muchas veces, incluso hoy ando, así como...” (Participante Jazmín).

Diay aquí nosotras sentimos síntomas de la enfermedad, tenemos ansiedad, depresión, nos ponemos melancólicas, a veces con mucha alegría euforia entonces también es malo porque la misma adrenalina nos puede dar una crisis fuerte del proceso de la abstinencia. (Participante Azucena)

Del mismo modo, el consumo de SPA trae consecuencias como lo es el deterioro cognitivo y un menor nivel de satisfacción vital. En el deterioro neuropsicológico o cognitivo se ven afectadas funciones como la memoria, el aprendizaje, la atención, la concentración y/o el razonamiento. En la mayoría de los casos, según estudios realizados, las personas con trastornos relacionados con SPA presentan un deterioro cognitivo leve, en donde también influye la edad de inicio y el tipo de sustancia consumida (García et al., 2017).

En este sentido, se pudo observar cómo en algunas de las mujeres participantes si existía un notable deterioro cognitivo, ya que al momento de la entrevista no comprendían

en su totalidad la pregunta, además, perdían fácilmente la atención, concentración y sus respuestas eran muy reiterativas.

Así mismo, en el caso de una participante no se pudo concluir la entrevista, debido a la redundancia en aspectos que no eran parte de esta y su fácil pérdida de la concentración. Estas mujeres referían como el consumo tan prolongado de SPA había afectado tanto su aspecto físico, como también su componente intelectual.

Pero favorito fue la cocaína, aja esa fue mi droga favorita y el crack ya que fume un año al final, pero eso me deterioro cualquier cantidad, si claro de hecho actualmente tengo un conflicto con mi tío por el uso del crack si, se me desarrolló una psicosis ahí, rarísima, por la cual estoy trabajando con el psicólogo sí, porque tengo memoria a corto plazo, muchas cosas que no recuerdo. (Participante Lirio)

Ver que a veces no me acuerdo de terapias, pero es algo que el psicólogo me puso a trabajar ejercicios mentales, estuvimos estudiando la neuro... neuro...¿plastia?

[Neuro plasticidad] Ajá, para empezar a ejercer el otro hemisferio mío y esas partes (...) [¿Y usted siente que este deterioro cognitivo que me comenta le ha afectado entender cosas?] Correcto, el aprendizaje. (Participante Lirio)

Por último, al igual que el componente físico, dentro de la categoría de antecedentes de incertidumbre, uno de sus elementos es la capacidad cognitiva, la cual se refiere a las habilidades de procesamiento de información que posee la persona, en donde solo una cantidad limitada de información puede ser procesada en un determinado momento. La sobrecarga de información ocurre cuando esta capacidad de procesamiento es excedida. Una capacidad cognitiva limitada reducirá la habilidad para percibir el patrón de síntomas,

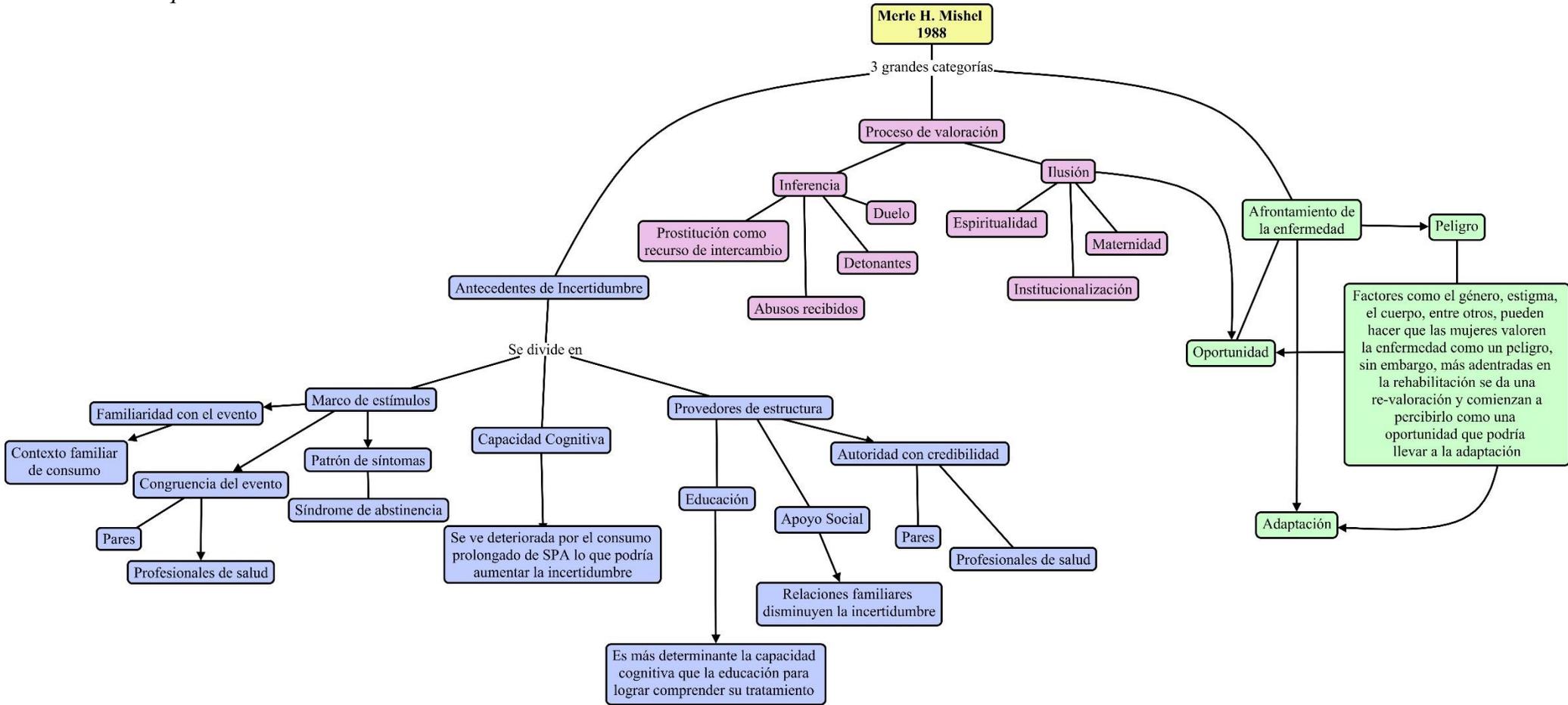
la familiaridad con el evento y la congruencia del evento; y por lo tanto, aumentará la incertidumbre; como se evidencia anteriormente, algunas de las mujeres entrevistadas refieren haber sufrido un deterioro cognitivo debido al consumo de SPA por un tiempo prolongado, haciendo más difícil su proceso de tratamiento y recuperación por lo que se puede deducir que la incertidumbre en ellas puede ser mayor en comparación a las mujeres que no sufrieron de ninguna afectación en el área cognitiva.

Finalmente, para concluir este apartado adjuntamos un mapa conceptual (figura 5) en donde se sintetiza de manera muy general el análisis de resultados.

Como se ha mencionado anteriormente, en este capítulo VI se aplicó un análisis que nos permitió mediante la discusión de los resultados llegar a nuestras conclusiones. Por lo que abrimos paso al capítulo VII, en el cual se describen las principales conclusiones, recomendaciones y limitaciones que surgieron a partir de este estudio. Este capítulo hace referencia a la fase evaluativa en la que se pretende hacer un cierre y evaluar el proceso investigativo.

Figura 7.

Esquema análisis de resultados



Fuente: Elaboración propia a partir de Mishel (1988).

CAPÍTULO VII

CONSIDERACIONES FINALES

Para finalizar, a continuación, se describen las principales conclusiones, recomendaciones y limitaciones que surgieron a partir de esta investigación.

7.1. Conclusiones

- En las mujeres, las experiencias de consumo de SPA tienen sus particularidades. Por lo que su abordaje, tratamiento y seguimiento debe llevar un enfoque de género, tomando en consideración las necesidades específicas de esta población.
- La mayoría de las mujeres iniciaron el consumo de SPA a edades tempranas y por diversas razones. Dentro de las causas más recurrentes fueron: el relacionarse con un círculo social donde se consume SPA, así como el contexto familiar donde también presenciaban estas conductas, una “niñez dañada” por familias disfuncionales y abusos sexuales sufridos, la separación de la pareja sentimental y la pérdida de una persona significativa, fueron las principales situaciones que las llevaron a iniciar el consumo de SPA.
- Las razones por las cuales las mujeres persisten en el consumo de SPA son muy variadas, pero dentro de ellas se encuentran principalmente, el querer anestesiarse los recuerdos de los abusos recibidos en su infancia, la presión social percibida por ser delgadas y tener un cuerpo admirado por los demás, el placer que les generaba la sustancia, y por último un deseo de evadir sus sentimientos de soledad y culpa.
- Todas las participantes de este estudio coincidían con que no existía nada bueno en el consumo, sin embargo, encontraban en la SPA un aliado que les ayudaba a olvidar, a no sentir y no pensar.
- El estudio de la Teoría de Incertidumbre ante la Enfermedad por parte de los profesionales de enfermería permite el desarrollo de estrategias e intervenciones

para valorar la incertidumbre de los usuarios y su familia; además brindar la educación y guía necesaria para que, en su proceso de valoración de la enfermedad, ésta sea vista como una oportunidad y se logre la adaptación, mejorando así la calidad de vida.

- Los resultados producidos por esta investigación reflejaron la importancia de estudiar teorías de mediano rango como la utilizada, ya que en el proceso de formación de enfermería uno de los pilares radica en que el profesional entienda que las personas con quienes interactúa poseen una gama de dimensiones que deben ser abordadas mediante el cuidado holístico, siendo la incertidumbre ante la enfermedad un elemento necesario de considerar en las intervenciones con los usuarios.
- Existe una ausencia de intervenciones de enfermería para la población consumidora de SPA, siendo aún mayor en la población femenina, en donde a lo largo del tiempo los pocos resultados que se desprenden de investigaciones en la población masculina se han generalizado para el tratamiento y rehabilitación de las mujeres.
- Durante el desarrollo de esta investigación se observó la importancia de trabajar en las inferencias de abuso y prostitución de las mujeres participantes, para que estas experiencias no sean percibidas por ellas como un peligro en su proceso de rehabilitación, y puedan alcanzar con menos obstáculos una adaptación a la enfermedad.
- Se logró identificar como las mujeres con trastornos relacionados con SPA están ligadas al consumo debido a muchos factores, dentro de los cuales podemos encontrar la presión social a la cual la mujer es sometida por tener un cuerpo

perfecto para los demás. Por lo tanto, tratar únicamente la enfermedad de la adicción no es suficiente, sino que también aspectos como la valoración que tienen ellas con respecto a su cuerpo es importante de fortalecer. Así, una vez finalizado el proceso de rehabilitación, puedan tener bases sólidas de autoestima, aceptación y amor propio, para que sus cuerpos no se conviertan en un elemento que las pueda llevar a la recaída.

- Desde la disciplina podemos concluir que se da inicio a un largo camino investigativo, en donde es necesario indagar más sobre las experiencias de consumo desde la subjetividad de la persona, siendo esta necesidad aún mayor en la población consumidora femenina que ha sido invisibilizada durante tantos años.
- Queda en evidencia que no hay suficientes datos o investigaciones que brinden o definan las pautas a seguir específicamente en un proceso de rehabilitación exclusivo para mujeres con antecedentes de uso de SPA. Como ya se ha mencionado, al no haber información clara al respecto, los centros de rehabilitación se sustentan en modelos de tratamiento creados por hombres y para hombres, como lo es la guía de 12 pasos de Alcohólicos y Anónimos que, si bien ha sido adaptada a diferentes poblaciones, no fue diseñado para tratar las subjetividades y particularidades que rodean a la mujer consumidora. Por lo tanto, es una necesidad imperante para el personal sanitario el trabajar estrechamente la dimensión emocional de las usuarias, y ahondar en las necesidades de tratamiento específicas del género femenino.
- Debemos como profesión empoderarnos del campo investigativo abriendo camino en espacios poco explorados, generar nuevos aportes desde enfermería y

posteriormente llevarlo a la práctica a través de planes de atención basados en evidencia científica.

- La teoría de incertidumbre ante la enfermedad propuesta por Mishel en 1988 fue de gran utilidad para lograr comprender como son las experiencias de consumo de estas mujeres desde la incertidumbre, también como valoran ellas su proceso de rehabilitación desde una perspectiva de género en donde influyen muchas variables para alcanzar con éxito su adaptación a la enfermedad.
- El analizar las experiencias de las mujeres bajo el enfoque de la teoría nos permitió identificar cómo las vivencias de cada una influyen en la percepción que tienen de su enfermedad y su proceso de rehabilitación. De modo que los antecedentes de incertidumbre presentados con mayor persistencia como elementos reductores de incertidumbre fueron: el patrón de síntomas que en muchas ocasiones coincidía con lo esperado por el síndrome de abstinencia, la familiaridad con el evento principalmente por las experiencias de desarrollarse en una familia donde sus miembros también consumieron SPA, el apoyo social percibido de los familiares y del equipo terapéutico del centro, el cual también correspondió con el elemento de autoridad con credibilidad en donde las usuarias percibían confianza y certeza en sus interacciones con los profesionales.
- El equipo terapéutico cumple un papel fundamental en la reducción de la incertidumbre, no solo por la buena relación que desarrollan con las usuarias sino porque también son vistos como sus pares por el motivo de que muchos de los terapeutas también son personas con antecedentes de uso de SPA, lo cual les otorga mayor credibilidad en sus interacciones con las usuarias.

- El enfoque de rehabilitación basado en el cristo-centrismo brinda a las usuarias un acercamiento no solo con Dios sino con su propia espiritualidad, llevándolas a un autoconocimiento que les permite reconocer el trasfondo de las causas de su consumo y afrontar con seguridad su proceso de rehabilitación.
- A pesar de las valoraciones de inferencia por las experiencias de internamientos pasados, y la expectativa de toparse en el futuro con factores de riesgo de recaída (detonantes); predominó la percepción de la ilusión, principalmente por medio de la maternidad y la espiritualidad.
- Se determinó como la maternidad en las mujeres participantes es un factor protector, que a luz de la teorizante se percibe desde la ilusión, ya que, el recuperar la relación con sus hijos suelen ser la principal motivación, otorgándole un enfoque positivo a su rehabilitación.
- El deterioro cognitivo causado por el uso prolongado de SPA afecta como las mujeres interpretan su enfermedad, con la posibilidad de aumentar su incertidumbre.
- Si bien, la mayoría de las mujeres entrevistadas no tenían niveles altos de escolaridad, esto no interfirió en que comprendieran lo que se les explicaba logrando así darle un significado a su enfermedad.
- A pesar de las experiencias del pasado y de las inferencias presentadas, todas veían su internamiento como una oportunidad, lo cual nos permite concluir que existió una valoración de la incertidumbre sobre el internamiento y su enfermedad como una experiencia positiva que les permitiría realizar cambios importantes en su vida.

7.2. Recomendaciones

- Es necesario tomar en consideración la realización de intervenciones de enfermería específicas para la población femenina con trastornos relacionados a SPA tanto para su rehabilitación como para su seguimiento posterior al tratamiento.
- Se reflejó la importancia de considerar la incorporación de la teorizante utilizada en la presente investigación en los planes de estudios de la carrera de enfermería, especialmente en el caso del plan de estudios de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.
- Como se ha descrito reiteradamente, esta población ha sido poco estudiada a lo largo de la historia, se encuentra escasa literatura al respecto, siendo la mayoría estudios realizados específicamente en hombres, por lo cual, resulta necesario ampliar el abordaje de las mujeres con trastornos relacionados con SPA desde la disciplina, para así poder generar conocimiento, antecedentes y evidencia científica por medio de la investigación.
- Se le sugiere a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica incluir en su plan de estudios, un curso específico, una pasantía, rotación, incluso una clase completa, sobre el abordaje de mujeres con historias de consumo y trastornos relacionados con SPA. Desde la profesión debemos sensibilizarnos con esta población, romper con los estigmas impuestos por una sociedad patriarcal y abrir nuevos espacios laborales en donde se brinde atención directa a estas mujeres.
- Es necesario ampliar el cuerpo de conocimientos sobre el papel de enfermería en la atención de poblaciones vulnerables como lo son las mujeres con antecedentes de uso de SPA, por lo que se insta a profesionales y estudiantes a investigar y publicar

sobre estrategias de abordaje que se pueden aplicar a esta población, generando así evidencia científica que permita sustentar otros estudios similares y demostrar la necesidad de un cuidado de enfermería especializado en esta área.

- Desde la formación académica, se debe propiciar que los estudiantes de enfermería participen en la construcción de intervenciones de enfermería dirigidas a esta población y llevarlas a la aplicación en la práctica, por medio de rotaciones en centros de rehabilitación dirigidos a la población femenina.
- Por último, este estudio pone en evidencia la necesidad de un replanteamiento político para el abordaje de las mujeres en un contexto de uso de SPA, creando lineamientos específicos para un tratamiento especializado con enfoque de género, así como la creación de más centros y programas dirigidos a ellas.

7.3. Limitaciones

- Algunas de las mujeres que residían en el Centro de Restauración Casa de Paz desertaban su proceso de rehabilitación, lo que impedía la realización de la entrevista.
- El espacio físico fue una limitación al momento de la recolección de datos, debido al poco espacio para la cantidad de mujeres que residen en el lugar. No existe una zona específica en donde se pueda entrevistar a las participantes y que permita un acercamiento más cercano con ellas sin que hubiese interrupciones. En algunas ocasiones, el mismo ruido de las demás compañeras conversando no permitía a cabalidad un idóneo proceso de comunicación.

- El deterioro cognitivo por el consumo prolongado de SPA se convierte en una limitación, ya que, no permite concluir a totalidad y con éxito las entrevistas, esto debido a la falta de concentración y poca comprensión de lo que se pregunta.
- Los resultados de esta investigación deben ser considerados con cautela ya que existieron ciertas limitaciones como la pequeña cantidad de la población y que, además, todas las mujeres ingresaron por distintas razones, algunas por voluntad propia, por decisión de un juez o por demandas relacionadas con el PANI, por lo cual los resultados previamente descritos no pueden ser generalizados a todas las mujeres consumidoras o con antecedentes de consumo de SPA.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS Y ANEXOS

Referencias

- Acevedo, M. (2010). El manejo de la pérdida, el trauma y el proceso de duelo en la consejería a personas con abuso de sustancias. *Análisis*, *11*(1), 19-30.
- Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (1939). *The big book of alcoholics anonymous*. Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- Alemaný, M. & Velasco, J. (2008). Género, imagen y representación del cuerpo. *Índex de Enfermería*, *17*(1), 39-43. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100009&lng=es&tlng=es
- Alpízar, L. (2015). Entorno familiar: factor de riesgo o protección para el desarrollo de conductas adictivas en los hijos. *Drugs and Addictive Behavior*, *1*(1), 101-112.
- Alvarez, D. & Perez, C. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. *Avances En Enfermería*, *35*(1), 77-87. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.52586>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- Bailey, D., & Stewart, J. (2015). Merle H. Mishel: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería*. (pp. 540-551). Elsevier.
- Barón, S., Cascone, M., & Martínez, C. (2013). Estigma del sistema de género: aprendizaje de los modelos normativos, bullying y estrategias de resiliencia. *Política y Sociedad*, *50*(3), 837-864.

- Bartholomew, N. y Simpson, D. (2000). *Guiando sus Pasos: Mapas Guías de los Doce Pasos*. Institute of Behavioral Research at Texas Christian University. <http://ibr.tcu.edu/wp-content/uploads/2013/09/12stepmanualall-span.pdf>
- Blanco, P., Palacios, L. & Sirvent, C. (2000). *I Simposio Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Debate.
- Blanco, T. y Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2),147-157. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v34n2/1659-2913-rcp-34-02-00147.pdf>
- Burbano, C., & Sánchez, L. E. (2017). Traumatismo de la médula espinal e incertidumbre desde la teoría de Merle Mishel. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.004>
- Burns, N., Grove, S. (2012). *Investigación en Enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2),129-138. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12018210>
- Cárdenas, L. (2012). *El discurso religioso en la reconfiguración de la subjetividad en personas con problemas de adicción a las drogas*. Universidad de San Buenaventura.
- Caudevilla, F. (2013). *Drogas: Conceptos Generales, epidemiología y valoración del consumo*. Grupo de Intervención de Drogas.

<http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>

Charaja, E., Solano, P. y Valerio, E. (2018). *Nivel de incertidumbre de los cuidadores primarios frente a la hospitalización del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales, instituto nacional materno perinatal*. [Tesis de Maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/4337/Nivel_CharajaZapana_Estefany.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1),61-71. ISSN: 0717-196X.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299/29900107>

Comas, D. (2011). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Fundación Atenea Grupo Gid.

<http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>

Curbelo, M. (2017). *La religión evangélica como alternativa al tratamiento de adicciones*. [Trabajo Final de Grado. Pre-proyecto de investigación]. Universidad de la República, Uruguay.

Del Bosque, J., Fuentes, A., Bruno D., Espínola, M., González, N., Loredo, A., Medina, M., Nanni, R., Natera, G., Prospero, O., Sánchez, R., Sansores, R., Real, T., Zinser, J. & Vázquez. L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*; 37(5), 381-389.

Ezekiel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En F. Lolas & A. Quezada (Eds.), *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas* (pp. 83-95). Programa Regional de Bioética OPS/OMS.

https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&alias=82-pautas-eticas-de-investigacion-en-sujetos-humanos-nuevas-perspectivas&category_slug=documentos-tecnicos&Itemid=1145

Fernandez, J., Lopez, J. J., Azanza, P., & Cacho, R. (2014). Gender differences in drug-addicted patients in a clinical treatment center of Spain. *American Journal on Addictions*, 23(4), 399–406. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12117.x>

García del Castillo, J. (2005). Monográfico Drogas y género. *Salud y Drogas*, 5(2), 1-166.

García, V., Luque, B., Santos, M. & Tabernero, C. (2017). La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas. *Salud y Drogas*, 17(2), 125–136.

Gibbs, G. (2014). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.

Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Prentice-Hall Inc.

<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>

Grigoravicius, M., Iglesias, A., Ponce, P., García, L., Pandolfi, M., Nigro, V. & Bradichansky, L. (2013). Contexto Familiar y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Niños entre 8 y 12 Años. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(2), 1149 – 1162.

Hernández, A., Rojas, M. y Cuevas, G. (2019). La autopercepción del apoyo social del paciente con enfermedad crónica, mediado por tecnología. *Investigacion En Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 21(2), 1–9. <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.11144/Javeriana.ie21-2.aasp>

Hernández, O., Támara, Y., Ángel, L. & García, A. (2008). Descripción Fenomenológica De La Vivencia Del Síndrome De Abstinencia en Pacientes Drogodependientes. *Psicología Desde El Caribe*, (21), 85–104.

<http://search.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=33941855&site=ehost-live&scope=site>

Hurtado, J. (2012). *Metodología de la investigación: Guía para la comprensión holística de la ciencia*. Quirón Ediciones.

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). (2013). *Plan Nacional sobre drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017*. Gobierno de Costa Rica.

http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/PND_2013_2017_mar_2015.pdf

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2013). *Directorio programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Costa Rica. 2013*. Recuperado de IAFA Sitio web:

https://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/upp/publicacionesUPP/DirectorioONG_febrero%202013.pdf

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2019). *La Recaída*. [Brochure]

<https://www.iafa.go.cr/images/descargables/cidfa/Triptico-larecaida.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (s.f.). *Síndromes de intoxicación y abstinencia a drogas psicoactivas: recomendaciones para su manejo*.

<http://www.iafa.go.cr/images/descargables/aprobaciondeprogramas/tramites/normas-para-el-tratamiento-del-sindrome-de-intoxicacion-y-abstinencia-a-drogas-iafa.pdf>

- Johnson, V. (1990). *Pararé Mañana. Una guía práctica para el tratamiento de la adicción*. Editorial HarperOne.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lapunov, D. (2008). Tres duelos en la adicción. *Itinerario*, 4(10).
<https://itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Tresduelosenlaadiccion.htm>
- Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T., & Purroy, I. (2013). *El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias*. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (20) 9-22.
<https://doi.org/10.14198/ALTERN2013.20.01>
- Martínez, J. & Téllez, A. (2010). *Cuerpo y Cultura*. Icaria editorial.
- Mavrou, I. (2012). *Los actores de prevención de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependiente: Análisis socioeducativo del programa de comunidad Proyecto Hombre en Granada y del programa de Pyksida en Nicosia*. [Tesis Doctoral. Universidad de Granada]. <https://hera.ugr.es/tesisugr/21007020.pdf>
- Mejía, J. (2000). El Muestreo en la Investigación Cualitativa. *Revista Investigaciones Sociales*, 5, 165-180.
- Mejía, J. (2004). Sobre la investigación cualitativa: Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Revista Investigaciones Sociales*, 13, 277-299.
- Meneses, C. (2010). Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de drogodependencias*, 35(3), 329-344.

- Meza, E., García, S., & Torres, A., Castillo, L., Suárez, S. y Martínez S. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=473/47316103007>
- Mishel, M. (1988). Uncertainty in illness. *J Nurs Scholarsh*, 20(4), 225-231.
- Molina, A. (2015). El modelo de comunidades terapéuticas y la “pérdida del ideal de rehabilitación”. *Infonova Revista profesional y académica sobre adicciones*, 26, 87-96.
https://www.researchgate.net/publication/280736834_El_modelo_de_comunidades_terapeuticas_y_la_perdida_del_ideal_de_rehabilitacion_analisis_para_una_propuesta_practica
- Montalvo, A., Fajardo, H., Angulo, T., Flórez, D., Caffroni, R. & Fajardo, Y. (2016) Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Hacia promoc. salud*; 21(2), 114-126. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.2.9
- Moreno, M. (2018). *Enfermería cultural. Una mirada antropológica del cuidado*. Garceta.
- Moscoso, A. y Titto, O. (2015). *Problemática de las drogas. Orientaciones generales: Prevención del uso indebido de drogas*. Editorial Quatro Hnos.
- National Institute on Drug Abuse. (2008). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento: La Ciencia de la Adicción*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estado Unidos.
- Navarro, F. (2017). *El género como determinante social de inequidad en salud en mujeres* [Memoria del trabajo final de graduación, Universitat de les Illes Balears].
http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4225/Navarro_Enrique_Fatima.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). Informe Mundial sobre las Drogas: Resumen Ejecutivo.

https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*. https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

Organización de los Estados Americanos. (2013). *El problema de drogas en las Américas, Capítulo 2: Drogas y Salud Pública*.

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

Organización Mundial de la Salud & Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008).

Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

- Osuna, M. (2013). Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: Una exploración de las voces femeninas y su entorno social. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24, 1–17.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233227551005>
- Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. La ventana. *Revista de estudios de género*, 3(22), 35-67. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035&lng=es&tlng=es.
- Pascual, M., & Pascual, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289153037001>
- Pedraz, A., Zarco, J., Ramasco, M. & Palmar, A. (2014). *Investigación Cualitativa. Colección cuidados de salud avanzados*. Elsevier.
- Pérez, A. & Correa, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Liberabit*, 17(2), 211-222.
- Peréz, F., Lara, F. & González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista Española de drogodependencias*, 35(3), 365-378.
- Pérez, V & Alfonso, O. (2014). Caracterización biopsicosocial del consumo de drogas que afectan la conciencia y la personalidad en el Policlínico Docente "Ana Betancourt". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 48-58.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100005&lng=es&tlng=es.
- Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

- Ramírez, N. (2014). *Significado social del concepto cuidado en tres países de Latinoamérica*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Concepción, Chile]
http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/1703/1/Tesis_Significado_Social_del_Concepto_Cuidado.Image.Marked.pdf
- Redondo, D. (2019). *Percepción de incertidumbre en hombres que tienen sexo con hombres con VIH relacionada con sus prácticas sexuales*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica]
- Reglamento de Trabajos Finales de Graduación (1980). Consejo Universitario. Universidad de Costa Rica. Aprobado en sesión No 2713-17,4-8-80
- Reinoso, H. (2016). Uncertainty and the Treatment Experience of Individuals with Chronic Hepatitis C. *Journal for Nurse Practitioners*, 12(7), 445–451.
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.01.012>
- Rial, A., Torrado, N., Braña, T., & Varela, J. (2010). Relación entre la calidad asistencial percibida y la actitud frente al tratamiento en drogodependencias. *Psicothema*, 22(4), 574–580.
- Rivas, E., Bonilla, E., & Vázquez, J. (2020). Risk factors associated with substance use in female victims of abuse living in a context of poverty. *Anales de Psicología*, 36(1), 173–180.
<https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.6018/analesps.362541>
- Rodríguez, E., Córdova, A. & Fernández, M. (2015). A comparative study in the social integration process between male and female drug users in rehabilitation. *Health and Addictions*, 15(1), 49–54.

- Rodríguez, E., Gutiérrez, R., & Vega, L. (2003). Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: La zona de La Merced. *Salud Mental*, 26(5), 73–81.
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=11750690&site=ehost-live&scope=site>
- Rodríguez, S. & Nute, L. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación: Una revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16, (1).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi1311.pdf>
- Rodríguez, S., Pérez, V., & Fernández, C. (2017). Inserción social de mujeres que finalizaron un tratamiento residencial por uso de drogas. *Health & Addictions / Salud y Drogas*, 17(2), 45–56.
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=124418978&site=ehost-live&scope=site>
- Rojas, K. (2016). *¿Buena madre? ¿Mala madre? Maternidad y dependencia de drogas*. [Tesis de maestría, Universidad de Chile, Santiago de Chile]
- Roldán, G. (1992). Institucionalización en drogodependencias: las comunidades terapéuticas. *Intervención Psicosocial*, 1(2), 5-14.
<https://journals.copmadrid.org/pi/art/f39ae9ff3a81f499230c4126e01f421b>
- Romero, M., Gómez, C., & Medina, M. (1996). *Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social*. Trabajo presentado en la reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto de abusos de drogas en la Mujer y la Familia. Montevideo Uruguay.

- Romero, M., Medina, M., Rodríguez, C. (2011). *Mujeres y Adicciones*. Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, CENADIC.
- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269–272.
- Roses, M. (2013). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*. *Epidemiología en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Organización Panamericana de la Salud.
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf%5Cnwww.paho.org
- Ruiz, H., Herrera, A., Martínez, A., & Supervielle, M. (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 33(4), 402–409.
- Ruydiaz, K. y Fernández, S. (2015). Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos. *Índex de Enfermeria*, 24(1-2), 67-70. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100015>
- Sánchez, L. (2012). *Género y Drogas, guía informativa*. Diputación de Alicante, Área de Igualdad y Juventud.
http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf

- Sánchez, V. y Mendes, A. (2015). Prácticas y sentidos de los riesgos: el autocuidado en los consumidores de drogas. *Argumentos: revista de crítica social*, 17, pp. 357-386.
<http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1326/1219>
- Sardinha, L. (2010). El discurso cristiano respecto la drogadicción en Brasil. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 8 (22), 100-106.
- Subih, M., Al-Kalalkeh, M., Salami, I., Al-Hadid, L., & Abu-Sharour, L. (2018). Predictors of uncertainty among postdischarge coronary artery bypass graft patients in Jordan. *Journal of Vascular Nursing*, 36(2), 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2017.11.001>
- Trejo Martínez, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol (Mex)*, 11(1), 34–38.
<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
- Triviño Martínez, Á., Solano Ruiz, M. C., & Siles González, J. (2016). Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. *Atención Primaria*, 48(4), 219–225.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.007>
- Trulsson, K., & Hedin, U. (2004). The role of social support when giving up drug abuse: A female perspective. *International Journal of Social Welfare*, 13(2), 145–157.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-6866.2004.00308.x>
- Urbano, A., Arostegi, E. (2004). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Universidad de Deusto.

- Valdivia, L., Casique, L. y Muñoz, T. (2015). Consumo de drogas psicotrópicas y capacidades de autocuidado en mujeres de Tepic, Nayarit. *Enfermería Global*, 37, pp. 65-74.
- Van Olphen, J., Eliason, M. J., Freudenberg, N. & Barnes, M. (2009). Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10 (4).
- Vázquez, L., Ferreira, R., Mogollón, A., Fernández, M., Delgado, M. & Vargas, I. (2011). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Programa editorial Universidad del Valle.
- Velandia, M., Bautista, G., Amaya, C., Arévalo, J. & Bayona, N. (2019). Incertidumbre en los cuidadores de niños hospitalizados en unidades de: cuidado intensivo neonatal – cuidado intensivo pediátrico (UCIN-UCIP). *Cultura de los Cuidados*, 23 (55)
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.22>
- Velázquez, M., Córdova, A., Rodríguez, S. y Fernández, C. (2019). Prácticas de autocuidado en adolescentes en tratamiento por el consumo de drogas. *Alternativas en psicología*, 41, pp. 8-18.
- Wilkinson R, & Marmot, M. (2003). *Determinantes Sociales de la Salud: los hechos irrefutables*. Política de Salud para Todos (Health for All).
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>
- Ysern, J. L., & Becerra, P. A. (2006). Abuso sexual intrafamiliar: prevalencia y características en jóvenes de 3° medio de liceos municipalizados de Chillán, Chile. *Theoría: Ciencia, Arte y Humanidades*, 15(1), 79–85.

Zabalegui, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Revista Aquichan*, 3(1), 16-20.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-

[59972003000100004&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=en&tlng=es)

Anexos

Anexo 1. Entrevista semiestructurada utilizada como instrumento para la recolección de datos.

Entrevista: Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de SPA.

Tema: Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de SPA.

Justificación: Existe una tendencia al alza en las prevalencias de consumo activo de SPA y en los estudios sobre trastornos relacionados con SPA muchas veces el factor género no es considerado como un elemento de influencia dando como resultado un predominio en las investigaciones sobre el consumo en poblaciones masculinas.

Enfoque: Teorizante enfermera de mediano rango de Merle H. Mishel publicada en 1988, Incertidumbre ante la enfermedad, la cual se toma como referencia para realizar las preguntas de la entrevista.

Instrucciones

A continuación, se presentarán 57 preguntas relacionadas al tema “Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas” que se dividirán en 8 partes. Para la recolección de los datos se utilizará el método de la entrevista semiestructurada la cual será dirigida por las encargadas de la investigación y será de tipo conversatorio, cuyo objetivo es tener un conocimiento auténtico de las experiencias de la participante, que permita la comprensión del fenómeno elegido. Para el registro de la información se grabarán las entrevistas con previo consentimiento de cada persona. Asimismo, algunas notas tomadas por parte de nosotras como investigadoras se registrarán de manera escrita y posteriormente transcritas a formato digital. Durante la entrevista se permite la aclaración de cualquier duda que surja en el momento.

Preguntas

I.Parte.

Datos sociodemográficos:

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Cuántos años tiene usted?
3. ¿Cuál es su estado civil?
4. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos? ¿Quién está a cargo de sus hijos en este momento?
5. ¿Cuál es su nacionalidad? ¿En dónde nació usted?
6. ¿Dónde vivía usted antes de estar aquí? ¿Con quién vivía?
7. **¿Podría comentarnos sobre su experiencia antes de ingresar al albergue?**
8. ¿A qué se dedicaba?
9. ¿En qué momento inició el consumo de drogas?
10. ¿Qué la llevó a consumir? ¿Cuáles drogas consumía?
11. **¿Podría comentarnos su experiencia de ingreso al albergue?**
12. **¿Es su primer internamiento? Si no ¿Qué paso en los internamientos anteriores?**

13. En esta oportunidad ¿Vino de manera voluntaria o involuntaria?

14. **¿Qué la motivó al (re)ingreso?**

15. ¿Desde cuándo está viviendo aquí?

II. Parte.

Marco de estímulos:

a. Patrón de los síntomas:

16. Durante este internamiento, ¿Podría contarme su experiencia sobre lo que sintió cuando dejó de consumir drogas?

17. ¿Me podría contar su experiencia cuando le aparece la sensación de que necesita consumir? ¿Cómo ha manejado sus emociones y sentimientos al respecto?

18. ¿Con qué frecuencia le aparecen esos síntomas o ganas de consumir?

b) Familiaridad del evento:

19. ¿En su familia o entre las personas con que usted se relacionaba hay o había otras personas consumidoras?

20. Antes de llegar aquí, ¿Con qué frecuencia consumía drogas, cuántas veces al día? ¿Cómo era su patrón de consumo, o sea, en qué momentos del día lo hacía?

21. ¿Cuál era la droga que a usted más le gustaba consumir?

c) Congruencia del evento:

22. ¿Qué le han dicho que podría sentir o experimentar al dejar de consumir drogas?

23. En relación con la información que le brindaron sobre los síntomas de abstinencia, ¿ha experimentado similitudes

24. ¿Qué planea hacer usted cuando salga de aquí? (Proyecto de vida, objetivos, metas).

III. Parte.

Capacidad cognitiva:

25. Explíqueme ¿qué entiende sobre su tratamiento y cómo es este proceso?

26. ¿Me podría contar si ha logrado entender las explicaciones que le han dado sobre el tratamiento y el proceso de dejar de consumir, o le quedan dudas?

27. ¿Qué le ha sido más difícil entender o qué cosas no le quedan claras?

IV. Parte.

Proveedores de estructura:

a. Educación:

28. ¿Tuvo la oportunidad de recibir educación durante la niñez?

29. ¿Cuál fue el último grado que cursó?

30. ¿Sabe usted leer y escribir?

31. ¿Ha tenido la oportunidad de estudiar de alguna otra manera?

b. Apoyo social:

32. ¿Qué necesidades tiene para mantener la sobriedad? Si no aparece el apoyo social dentro de esas necesidades, preguntamos directo: ¿Piensa que el apoyo de otras personas le ayudaría?

33. Y para usted ¿quién es una persona importante y por qué lo ve así?

34. ¿Siente usted apoyo por parte de alguien? ¿Qué hacen esas personas para que usted se sienta apoyada? ¿Esta (s) persona (s) que me cuenta, consume o consumía?

35. ¿Qué tipo de apoyo le dan? (emocional, instrumental, cognitivo (información, consejo, y reforzamiento de capacidades)).

36. ¿Considera que el apoyo con el que cuenta le ayudaría a no consumir?

37. Cuando salga de aquí, ¿Cuenta con alguien que la ayude a cumplir las metas que me comentó anteriormente?

c. **Autoridad creíble:**

38. ¿Ha logrado establecer alguna relación de confianza con el personal que la atiende?

39. ¿Cree usted en lo que ellos le dicen?

40. ¿Cómo se siente con los profesionales que la atienden aquí?

V. **Parte.**

Inferencia:

41. ¿Ha intentado dejar de consumir en otro momento?

42. ¿Cuántas veces lo ha intentado?

43. ¿Cuánto tiempo fue lo más que ha durado sin consumir, fue disminuyendo poco a poco o lo dejó del todo?

44. ¿Alguna vez dejó de consumir una droga, pero comenzó con otra?

45. Podría contarme, ¿qué recuerdos o experiencias la hacen pensar en el consumo o que la llevan a consumir?

46. Me puede comentar, ¿Por qué usted consumía?

47. ¿Para qué lo hacía, le ayudaba en algo?

48. ¿La hacía sentir mejor o peor sobre algo?

49. ¿Piensa que cuando consumía, esto le llenaba algún vacío?

VI. Parte.

Ilusión:

50. ¿Cuáles son sus expectativas sobre su futuro?

51. ¿Qué está dispuesta a hacer para que sea realidad o para que mejore? (Según la respuesta que dé)

VII. Parte.

Peligro:

52. ¿Se ha sentido ansiosa o deprimida alguna vez durante su internamiento?

53. ¿Qué la ha llevado a sentirse así?

54. ¿Cómo es su relación con sus compañeras?

VIII. Parte.

Oportunidad:

55. ¿Qué piensa usted que puede obtener a partir de esta experiencia?

56. ¿Qué piensa recuperar después del internamiento?

57. ¿Cuáles son las motivaciones que tiene en este momento?

Anexo 2. Carta de aprobación de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica en su sesión No. 249-2018 el día 3 de diciembre del 2018.



EE Escuela de
Enfermería

03 de diciembre 2018
EE-2477-2018

Gloriana Matarrita Vásquez B44124
Katherine Morales Morales B34689.
Estudiante de Licenciatura en Enfermería

Estimados(as) estudiantes:

Por este medio se les informa que en sesión 249-2018 de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, se revisó su anteproyecto: "Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad en mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas, a la luz de la teoría de Merle H. Mishel".

OBSERVACIONES:

Presentan carta de autorización del lugar y presenta carta de Comité asesor completo.

Capítulo 1: bien. Capítulo 2 y 3: cumple con los requisitos según la guía.

ACUERDO FIRME: SE APRUEBA.

Atentamente,

Dr. Derby Muñoz Rojas, PhD, MSc, Lic.
Coordinador
Comisión de Trabajos Finales de Graduación



Drm/Npa



Anexo 3. Consentimiento informado.

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA
LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL
“REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES
HUMANOS”**

**“Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con
antecedentes de uso de sustancias psicoactivas”**

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre de el/la investigador/a principal: Gloriana Matarrita Vásquez y Katherine Morales Morales.

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la participante:
Números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Este proyecto será conducido por Gloriana Matarrita Vásquez y Katherine Morales Morales, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica. El objetivo es invitarle a participar en una conversación sobre las experiencias de mujeres que han utilizado sustancias psicoactivas (también conocidas como drogas). Se espera conversar con mujeres que tengan al menos un mes de internamiento en el albergue Casa de Paz, Alajuela.

B. ¿QUÉ SE HARÁ? Su participación consiste en responder a una entrevista dirigida por las encargadas del estudio, en la cual se va a hablar sobre cómo son las experiencias de consumo de drogas que presentan las mujeres, esta conversación se llevará a cabo en el albergue Casa de Paz, Alajuela. Aproximadamente tardará una hora y se grabará por



audio para facilitar el análisis de resultados, cuando el proyecto haya finalizado estas grabaciones serán eliminadas.

C. RIESGOS

La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: al responder algunas de las preguntas de la entrevista puede sentir incomodidad, ansiedad, inseguridad o una invasión a su privacidad. Si sufriera alguna de esas molestias las estudiantes encargadas la contactarán inmediatamente con el profesional de psicología o salud mental del albergue para que le brinde la atención necesaria.

D. BENEFICIOS

No habrá ningún beneficio económico al participar en esta entrevista, sin embargo, un beneficio es que al final del estudio se le contará lo que se encontró en esta investigación. Además, este conocimiento podría beneficiar en un futuro a otras mujeres en su misma condición, por lo que también se le presentarán los resultados al albergue.

E. VOLUNTARIEDAD

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a detener su participación en cualquier momento, su decisión no la hará perder ningún beneficio, ni a ser castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD

Su participación en esta entrevista es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica de una manera anónima. Las encargadas garantizarán el estricto manejo y confidencialidad de la información tomando las medidas necesarias para asegurar y salvaguardar los datos obtenidos. Por otra parte, el estudio será realizado bajo la supervisión del MSc. Denis Carrillo Díaz, enfermero en ginecobstetricia, con amplio conocimiento en el fenómeno social de las drogas, quien podría tener acceso, si fuese necesario, a los registros y datos de la investigación.

G. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización para esta entrevista usted debe haber hablado con Gloriana Matarrita Vásquez o Katherine Morales Morales sobre el estudio y ellas deben de haber contestado claramente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante puede obtenerla llamando a Katherine Morales al teléfono 87362629 en el horario de



lunes a viernes de 2 p.m. a 6 p.m. 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.

H. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

Nota: Se le recuerda que en concordancia con el Capítulo II, artículo 12 de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 9234, el consentimiento informado y cualquier modificación a este deberá ser aprobado, foliado y sellado en todas sus páginas por el Comité Ético Científico, previo a su presentación a los eventuales participantes.

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 del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión junio 2017

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.



Anexo 4. Carta de aprobación del consentimiento informado por parte del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica en su sesión No. 137 el día 27 de marzo del 2019.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

VI Vicerrectoría de
Investigación

4 de abril de 2019
VI-2372-CEC-0152-2019

Derby Muñoz Rojas
Coordinador Comisión Trabajos Finales de Graduación
Escuela de Enfermería

Estimado señor:

El Comité Ético Científico (CEC) en su sesión No.137 celebrada el 27 de marzo de 2019 sometió a consideración el Trabajo final de graduación "Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas".

Después del análisis respectivo, los miembros del CEC-UCR acuerdan:

Acuerdo N°14. Declarar aprobado el Trabajo final de graduación "Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas". **ACUERDO FIRME**

Quedamos en la entera disposición de colaborar ante cualquier consulta.
Sin más por el momento, se suscribe cordialmente,

Atentamente,

M.Sc. Alfonso Chacón Mata
Presidente CEC-UCR



dha
C. Katherine Morales y Gloriana Matarrita, Estudiantes, Escuela de Enfermería
Archivo

Adjunto: formulario de consentimiento informado

Anexo 5. Cartas de solicitud y autorización del lugar de investigación.

UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

08 de noviembre del 2018
EE-2282-18

Sra. Xiomara Salguero de León
Directora
Centro Casa de Paz
Alajuela

Estimada señora:

Después de saludarle y desearle éxitos en su gestión tan loable, paso a solicitarle de manera formal, pues previamente habíamos conversado al respecto, su autorización para que las estudiantes Katherine Morales Morales, carnet B34689 y Gloriana Matarrita Vásquez, carnet B44124 puedan realizar su trabajo final de graduación en esta organización que usted tan dignamente dirige, se trata del desarrollo de una tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica. La investigación propuesta se titula:

“Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas”

En donde se plantea como objetivo general:

“Explorar las experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas”

Con los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los antecedentes de incertidumbre de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas.
- Identificar el proceso de valoración de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas.
- Identificar el afrontamiento de la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas.

El estudio lo que pretende es realizar un análisis desde la teoría de Enfermería de “la incertidumbre ante la enfermedad crónica”, de Merle Mishel. Se decide trabajar con esta autora debido a que es precisa para personas con enfermedades crónicas, y las personas con trastornos por usos de sustancias psicoactivas por definición son portadoras de una enfermedad crónica, además de que en nuestro país los estudios en población de mujeres con esta problemática es escasa y poco visible. De ahí que los resultados que se obtendrán serán un gran insumo para la comprensión del fenómeno, además que por ser desde una perspectiva cualitativa las vivencias de las mujeres tendrán gran protagonismo.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

EE-2282-18
Pagina 2

En primera instancia se realizará una entrevista a las usuarias que resulten seleccionadas, la misma será en las instalaciones de la organización, para ello será necesario realizar varias sesiones. Los datos que proporcionen las mujeres serán completamente confidenciales y serán utilizados con fines académicos exclusivamente. Después de presentar los resultados deberán hacer una devolución a la organización y a las mujeres entrevistadas, como parte del compromiso ético adquirido en este tipo de actividades. Posteriormente los resultados serán divulgados en publicaciones científicas y de ser necesario a entes políticos nacionales encargados de esta población. La recolección de los datos se llevará a cabo durante el I semestre del 2019. Cualquier otra información que usted considere necesaria no dude en consultármelo. De usted cordialmente,

Atentamente,

Denis Carrillo Díaz
Master Denis Carrillo Díaz
Profesor



AMPS

Cc: Archivo


CASA DE PAZ
SALVE UNA MUJER, SALVE UNA FAMILIA
ASOCIACION MINISTERIOS CASA DE PAZ SUCOT SHALOM
CÉD. JUR: 3-002-663606 TEL: 2431-0821 / 70102137
info@casadepazcr.com



9 de noviembre, 2018.

M.Sc. Denis Carrillo Díaz
Profesor
Escuela de Enfermería
Universidad de Costa Rica.

Atentos saludos, en respuesta al oficio EE-2282-18 dirigido a mi persona en calidad de Directora del Centro de Restauración Casa de Paz, autorizo para que las estudiantes Katherine Morales Morales, carnet B34689 y Gloriana Matarrita Vásquez, carnet B44124, realicen su Trabajo Final de Graduación: "Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas" 2019. Mismo que será realizado durante el I semestre del 2019, bajo la supervisión de su persona.

De usted fraternalmente



Xiomara Salguero de León.

Directora de Casa de Paz.



CASA DE PAZ
SALVE UNA MUJER, SALVE UNA FAMILIA
ASOCIACIÓN MINISTERIOS CASA DE PAZ SUCOT SHALOM
CÉD. JUR: 3-002-663606 TEL: 2431-0821 / 70102137
info@casadepazcr.com

Anexo 6. Actas de presentación del requisito final de graduación



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **25 de junio 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Gloriana Manuela Matarrita Vásquez**, carné **B44124**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Denis Carrillo Díaz, Director
 Derby Muñoz Rojas, Lector
 Noé Ramírez Elizondo, Lector
 Daniel Martínez Esquivel, Quinto miembro
 Mauren Araya Solís, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Gloriana Manuela Matarrita Vásquez** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Gloriana Manuela Matarrita Vásquez**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **"Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas"**.

ARTICULO 3

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



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
25 de junio 2020

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

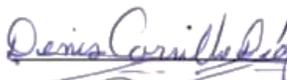
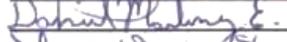
Aprobado

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.

	Denis Carrillo Díaz, Director
	Derby Muñoz Rojas, Lector
	Noé Ramírez Elizondo, Lector
	Daniel Martínez Esquivel, Quinto miembro
	Mauren Araya Solís, Preside
	Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante

SELLO _____



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **25 de junio 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Katherine Morales Morales**, carné **B34689**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Denis Carrillo Díaz, Director
 Derby Muñoz Rojas, Lector
 Noé Ramírez Elizondo, Lector
 Daniel Martínez Esquivel, Quinto miembro
 Mauren Araya Solís, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Katherine Morales Morales** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Katherine Morales Morales**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: "**Experiencias sobre la incertidumbre ante la enfermedad de mujeres con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas**".

ARTICULO 3

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



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
25 de junio 2020

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.

	Denis Carrillo Díaz, Director
	Derby Muñoz Rojas, Lector
	Noé Ramírez Elizondo, Lector
	Daniel Martínez Esquivel, Quinto miembro
	Mauren Araya Solís, Preside
	Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante

SELLO _____