



Perfil de consumo de sustancias psicoactivas en población penitenciaria femenina mayor de edad de Costa Rica.

Reporte preliminar correspondiente a la primera ronda de levantado de información



Instituto Costarricense sobre
Drogas

Reporte preliminar correspondiente
a la primera ronda de levantado de
información:

**“PERFIL DE CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN
POBLACIÓN PENITENCIARIA
FEMENINA MAYOR DE EDAD DE
COSTA RICA”**

San José, Costa Rica

2021

© Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas

Instituto Costarricense sobre Drogas

2021

www.icd.go.cr



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

El presente documento es un producto de la Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas del Instituto Costarricense sobre Drogas y del Ministerio de Justicia y Paz.

Equipo de Redacción:

Instituto Costarricense sobre Drogas

Andrés Rodríguez Pérez

Valeria Soto Ramírez

Ministerio de Justicia y Paz

Adriana Arce Chavarría

Mayela Masis Oconitrillo

Gaudy Pérez Alvarado

Vanessa Wills Zacarías

Procesamiento de datos:

Carlos García Vargas

Tablas, gráficos:

Adriana Arce Chavarría

Carlos García Vargas

Valeria Soto Ramírez

Portada, contraportada:

Beatriz Murillo Paz

Agradecimientos

El Equipo Investigador desea brindar un especial agradecimiento a todas aquellas personas que permitieron el desarrollo de la investigación, en especial a:

- * Policías penitenciarios(as) que nos acompañaron en el proceso de levantado de información, y facilitaron la identificación de las personas participantes.
- * Personas testigos que acompañaron el proceso de levantado del consentimiento informado.
- * A todas las personas privadas de libertad que accedieron a participar en la investigación.
- * A la Administración de los centros: CAI Vilma Curling y CAI Liberia, por facilitar el proceso de levantado de información.

Tabla de Contenidos

Índice de Gráficos	11
Título del estudio.....	12
Nombre y dirección del patrocinador	12
Resumen del estudio.....	12
Justificación del estudio	13
Investigadores.....	16
Investigador principal	16
Investigadoras secundarias	16
Objetivos	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos	16
Capítulo I: Factores Socio-Demográficos y Dependencia a Sustancias Psicoactivas	18
Capítulo II: Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactiva de la Población Privada de Libertad	57
Alcohol	57
Tabaco.....	62
Marihuana	65
Cocaína	68
Crack.....	70
Éxtasis.....	73
LSD.....	75
Heroína	78
Ketamina.....	81
Inhalables.....	84
Psicotrópicos de uso médico sin prescripción o en dosis diferentes a las recomendadas	87
Estupefacientes	90
Policonsumo: una realidad dentro de los centros penitenciarios	92
Capítulo III: Dependencia a las Sustancias Psicoactivas de la Población Privada de Libertad	94
Capítulo IV: Relación de las Experiencias Adversas en la Niñez y la Adolescencia y la Dependencia	101
Capítulo V: Depresión, Ansiedad y Estrés y Dependencia a Sustancias	113

Conclusiones	118
Capítulo I	118
Capítulo II.....	119
Capítulo III.....	120
Capítulo IV	121
Capítulo V.....	121
Recomendaciones	124
Capítulo I	124
Capítulo II.....	124
Capítulo III.....	125
Capítulo IV	126
Capítulo V.....	126
Referencias Bibliográficas	129

Índice de Tablas

Tabla 1. Porcentaje de personas, según edad, 2020	18
Tabla 2. Edad de primer consumo, según sustancia, 2020.....	19
Tabla 3. Porcentaje de personas, según escolaridad, 2020.....	21
Tabla 4. Porcentaje de mujeres, según personas con la que vivía, 2020.....	24
Tabla 5. Porcentaje de personas, según jefatura reportada, 2020.....	25
Tabla 6. Porcentaje de mujeres, según número de hijos/hijas/hijastros/hijastras a cargo, 2020	26
Tabla 7. Porcentaje de personas según hijos/hijas/hijastros/hijastras que son PME, 2020.....	27
Tabla 8. Porcentaje de personas según cantidad de personas dependientes reportadas, 2020 .	27
Tabla 9. Porcentaje de personas, según tipo de persona dependiente, 2020	28
Tabla 10. Porcentaje de personas, según ingresos, 2020.....	28
Tabla 11. Porcentaje de personas, según tiempo de privación de libertad, 2020	35
Tabla 12. Resumen de modelo, dependencia a alcohol, 2020.....	40
Tabla 13. ANOVA, dependencia a alcohol, 2020	40
Tabla 14. Coeficientes, dependencia a alcohol, 2020	40
Tabla 15. Resumen de modelo, dependencia al tabaco, 2020	41
Tabla 16. ANOVA, dependencia al tabaco, 2020	41
Tabla 17. Coeficientes, dependencia al tabaco, 2020.....	42
Tabla 18. Resumen del modelo, dependencia a marihuana, 2020	43
Tabla 19. ANOVA, dependencia a marihuana, 2020.....	43
Tabla 20. Coeficientes, dependencia a marihuana, 2020	44
Tabla 21. Resumen del modelo, dependencia a cocaína, 2020	45
Tabla 22. ANOVA, dependencia a cocaína, 2020	46
Tabla 23. Coeficientes, dependencia a cocaína, 2020.....	46
Tabla 24. Resumen del modelo, dependencia a crack, 2020.....	47
Tabla 25. ANOVA, dependencia a crack, 2020	48
Tabla 26. Coeficientes, dependencia al crack, 2020	48
Tabla 27. Resumen del modelo, dependencia a éxtasis, 2020	49
Tabla 28. ANOVA, dependencia a éxtasis, 2020.....	49
Tabla 29. Coeficientes, dependencia a éxtasis, 2020	49
Tabla 30. Resumen del modelo, dependencia a psicotrópicos, 2020	52
Tabla 31. ANOVA, dependencia a psicotrópicos, 2020	52
Tabla 32. Coeficientes, dependencia a psicotrópicos, 2020.....	52
Tabla 33. Resumen general del análisis de regresión, 2020.....	54
Tabla 34. Prevalencias de consumo de alcohol, según estrato y total población de estudio, 2020	60
Tabla 35. Prevalencias de consumo de alcohol, según estudio, 2020	61
Tabla 36. Prevalencia de consumo de tabaco según estrato y total población de estudio, 2020	63
Tabla 37. Prevalencia de consumo de tabaco, según estudio, 2020	64

Tabla 38. Prevalencia de consumo de marihuana según estrato y total población de estudio, 2020	66
Tabla 39. Prevalencia de consumo de marihuana, según estudio, 2020	67
Tabla 40. Prevalencia de consumo de cocaína, según estrato y total población de estudio, 2020	69
Tabla 41. Prevalencia de consumo de cocaína, según estudio, 2020	69
Tabla 42. Prevalencia de consumo de crack, según estrato y total población de estudio, 2020	71
Tabla 43. Prevalencia de consumo de crack, según estudio, 2020.....	72
Tabla 44. Prevalencia de consumo de éxtasis, según estrato y total población de estudio, 2020	73
Tabla 45. Prevalencia de consumo de éxtasis según estudio, 2020	74
Tabla 46. Prevalencia de consumo de LSD, según estrato y total población de estudio, 2020	76
Tabla 47. Prevalencia de consumo de LSD, según estudio, 2020.....	77
Tabla 48. Prevalencia de consumo de heroína, según estrato y total población de estudio, 2020	79
Tabla 49. Prevalencia de consumo de heroína, según estudio, 2020	80
Tabla 50. Prevalencia de consumo de ketamina, según estrato y total población de estudio, 2020	82
Tabla 51. Prevalencia de consumo de inhalables según estudio, 2020	86
Tabla 52. Prevalencias de consumo de inhalables, según estrato y total población de estudio, 2020	86
Tabla 53. Prevalencia de consumo de psicotrópicos de uso médico, según estudio, 2020.....	88
Tabla 54. Prevalencia de consumo de psicotrópicos de uso médico, según estrato y total población de estudio, 2020	89
Tabla 55. Prevalencia de consumo de estupefacientes de uso médico, según estudio, 2020...	91
Tabla 56. Prevalencia de consumo de estupefacientes de uso médico, según estrato y total población de estudio, 2020	91
Tabla 57. Prevalencias de consumo en los últimos 30 días, 2020.....	92
Tabla 58. Dependencia, según sustancia psicoactiva, 2020	95
Tabla 59. Dependencia según sustancia psicoactiva, por centro penitenciario, 2020.....	96
Tabla 60. Policonsumo, según sustancia, 2020	97
Tabla 61. Porcentaje de dependencia, según sustancia, 2020	98
Tabla 62. Porcentaje de población que responde afirmativamente, según característica, 2020	101
Tabla 63. Porcentaje de respuestas positivas del ACE, según número de variables, 2020	105
Tabla 64. Variables en la ecuación, 2020.....	107
Tabla 65. Variables en la ecuación, 2020.....	108
Tabla 66. Variables de la ecuación, 2020.....	109
Tabla 67. Variable en la ecuación, 2020	110
Tabla 68. Niveles del DASS 42, según característica, 2020	113
Tabla 69. Nivel del DASS 42, según dependencia por sustancia, 2020.....	114
Tabla 70. Porcentaje de dependencia por sustancia, según niveles del DASS 42, 2020	115
Tabla 71. Porcentaje de dependencia a sustancias, según niveles del DASS 42, 2020	115

Tabla 72. Correlación entre dependencia a sustancias psicoactivas y el DASS 42 116

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de personas, según nacionalidad, 2020	20
Gráfico 2. Porcentaje de mujeres, según situación de callejización, 2020.....	22
Gráfico 3. Porcentaje de mujeres, según situación de hacinamiento, 2020	23
Gráfico 4. Porcentaje de mujeres, según seguro médico, 2020.....	29
Gráfico 5. Porcentaje de personas, según situación laboral, 2020	30
Gráfico 6. Porcentaje de personas, según profesión/oficio reportado, 2020.....	31
Gráfico 7. Porcentaje de mujeres, según actividades delictivas en la familia, 2020.....	32
Gráfico 8. Porcentaje de personas, según historial de alcohol y tabaco en la familia, 2020....	33
Gráfico 9. Porcentaje de personas, según historial de consumo de drogas en la familia, 2020	33
Gráfico 10. Porcentaje de personas, según historial de alcohol en amigos, 2020.....	34
Gráfico 11. Porcentaje de personas, según historial de drogas en amigos, 2020	34
Gráfico 12. Porcentaje de mujeres, según tipo de vivienda, 2020	35
Gráfico 13. Porcentaje de mujeres, según reporte de vivienda con materiales de desecho, 2020	36
Gráfico 14. Porcentaje de mujeres, según provincia en la que vivían, 2020.....	37
Gráfico 15. P-P normal de regresión residuo tipificado, dependencia a tabaco, 2020.....	42
Gráfico 16. P-P normal de regresión residuo tipificado, 2020	45
Gráfico 17. P-P normal de regresión residuo tipificado, dependencia a cocaína, 2020	47
Gráfico 18. P-P normal de regresión residuo tipificado, dependencia al crack, 2020	48
Gráfico 19. P-P normal de regresión residuo tipificado, dependencia a éxtasis, 2020	50
Ilustración 20. Información, dependencia a LSD, 2020.....	50
Ilustración 21. Información, dependencia a ketamina, 2020.....	51
Ilustración 22. Información, dependencia a heroína, 2020	51
Ilustración 23. Información, dependencia a inhalables, 2020	51
Gráfico 24. P-P normal de regresión residuo tipificado, dependencia a psicotrópicos, 2020..	53
Ilustración 25. Información, dependencia a estupefacientes, 2020	53

Título del estudio

"Perfil de consumo de sustancias psicoactivas en población penitenciaria femenina mayor de edad de Costa Rica"

Nombre y dirección del patrocinador

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), 300 metros norte de la Funeraria Montesacro, contiguo a Restaurante Jurgen's, Barrio Dent, San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica. Dicha institución patrocina el estudio en la forma de la asignación de dos funcionarios de su planilla (investigador principal y secundario) así como la cobertura de los viáticos asociados al desplazamiento a los distintos centros penales y los materiales de oficina necesarios.

Resumen del estudio

La presente investigación, tiene el propósito de estudiar las características personales y sociodemográficas de las mujeres sentenciadas que se encuentran privadas de libertad en el Sistema Penitenciario Nacional.

Se realizará un estudio cuantitativo, no experimental de tipo observacional/epidemiológico. El instrumento a utilizar será la encuesta, obteniendo información de la fuente primaria, la cual será aplicada a la población femenina sentenciada del Centro de Atención Institucional Vilma Curling y Liberia (Módulo Femenino). Se utilizará un muestreo estratificado proporcional, a fin de que la muestra represente a los dos centros de atención institucional, donde se encuentra la población en estudio.

Dicho instrumento se compone de los siguientes apartados: datos sociodemográficos, ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias), DASS 42 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés), y el ACE (Experiencias adversas en la niñez).

Los datos serán analizados de acuerdo con el plan previamente establecido; según se muestra en la sección de análisis estadístico, utilizando el software SPSS.

Es importante mencionar que al concluir la investigación se realizará una devolución de los resultados a la población de la cual se extrajo la muestra; asimismo, se pondrán a disposición la información y resultados obtenidos por medio de las páginas web del Instituto Costarricense sobre Drogas, así como del Ministerio de Justicia y Paz.

Justificación del estudio

El porcentaje de mujeres que ingresan al sistema penitenciario por infracción a la ley 8204 ha supuesto, durante los últimos años, una realidad que poco a poco se va haciendo más evidente ante las autoridades de la administración de la Justicia a tal punto que el análisis de sus características y condiciones resuena en la política pública y penitenciaria costarricense. Desde donde es posible observar un mayor interés político-institucional, partiendo del llamado de la normativa internacional en cuanto al tratamiento diferenciado y especializado que debe asistir a la mujer privada de libertad, frente a los sistemas penitenciarios que en el mundo son en su mayoría administrados y planificados para la población masculina recluida. Lo anterior representa un reto a nivel país, en tanto se torna de trascendencia no sólo la capacitación, sino la generación de conocimiento por medio de la investigación; con respecto a las condiciones de las mujeres privadas de libertad desde un enfoque de género, en un sistema penitenciario y en particular el costarricense, que está diseñado para la atención de la población masculina.

A partir de lo anterior, es necesario mencionar que como parte de la atención especializada que debe darse a la mujer privada de libertad se reconoce la necesidad de ahondar en las diferentes aristas de su vivencia siendo mujer en prisión. Al igual que otros temas el abordaje del consumo de drogas y la drogodependencia, tanto en su estudio como en su tratamiento, se ha desarrollado desde una visión androcéntrica, sin diferencias entre varones y mujeres, puesto que se ha asumido que este fenómeno se manifiesta de la misma manera tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, tal y como lo dicta la teoría de género para varones y mujeres son diferentes sus roles, estatus, percepciones, funciones y expectativas sociales, aunque: “La prisión reproduce los patrones sociales existentes y predominantes, perpetúa unas normas y criminaliza conductas según lo socialmente impuesto, así sucede con el consumo de sustancias adictivas, una conducta socialmente reprochable que en el medio penitenciario también tiene sus efectos” (Castaño, 2012, p.38).

En ese sentido, hombres y mujeres viven de forma diferente su experiencia con las drogas, tanto en libertad como en prisión, no obstante, las consecuencias del estilo de vida drogodependiente, así como en otros aspectos que se desarrollan en la sociedad libre, son más estigmatizantes, discriminatorias, y crueles para las mujeres, en tanto una mujer “adicta” rompe con el esquema de la mujer “ideal” desde el sistema patriarcal, en tanto se concibe a la mujer “protectora”, “cuidadora”, por lo que la dependencia a estas sustancias, supone el olvido de la imagen de madre.

Las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de libertad para mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok) “Invita a los Estados Miembros a que tengan en consideración las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres reclusas al elaborar la legislación, los procedimientos, las políticas y los planes de acción correspondientes” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015).

En consecuencia con esa exigencia normativa, es que el Estado Costarricense ha iniciado esfuerzos por acercarse a la realidad de las mujeres privadas de libertad y en el año 2014, el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) realiza un primer acercamiento al fenómeno de la dependencia en la población privada de libertad femenina, en esa ocasión analizando la relación entre el delito y el consumo de drogas, con resultados reveladores que poco a poco van dando al Estado costarricense y particularmente a la administración del sistema

penitenciario, una fotografía de la realidad de la mujer que antes o durante su privación de libertad tiene o ha presentado en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

Para la presente investigación, es necesario partir de que las mujeres privadas de libertad están en mayores condiciones de vulnerabilidad que otras poblaciones, no sólo por su condición judicial o de género, sino por las condiciones que pudieron mediar a que éstas tomaran la decisión de involucrarse en actividades que son consideradas como delito, entre ellas violencia de género, historial de abuso sexual, feminización de la pobreza¹, entre otras.

Como se mencionó anteriormente, ha habido una tendencia a investigar la cotidianidad de los hombres privados de libertad, dejando de lado la necesidad de evidenciar las situaciones que refieren a la población femenina, de ahí la importancia de generar investigación en Costa Rica que facilite un acercamiento a esta población, y que tenga como objetivo principal el mejoramiento de las condiciones de vida de este grupo poblacional, y el trabajo a nivel preventivo con las poblaciones donde hay una mayor exposición a situaciones de riesgo. Por tanto, la presente investigación debe concebirse como un logro para la población femenina privada de libertad, debido a que representa un esfuerzo del Estado (Ministerio de Justicia y Paz e Instituto Costarricense sobre Drogas), para el acercamiento a la cotidianidad de esta población.

El Instituto Costarricense sobre Drogas (2014), evidenció la problemática por consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres sentenciadas en el Centro Penal Buen Pastor (Centro de Atención Institucional Vilma Curling), así como la importante proporción de dicha población (57%) que se encuentra por delitos contra la Ley 8204. Este constituye un esfuerzo no sólo para caracterizar a la población que se encuentra privada de libertad, sino para evidenciar las principales problemáticas que se presentan, como es el uso y abuso de sustancias psicoactivas, aspecto que debe ser clave para el trabajo dentro del centro penitenciario, estructurando la atención, a partir de las principales necesidades y características identificadas.

Se ha identificado que el consumo de drogas es una realidad en los centros de atención institucional, y este aspecto no excluye al centro para mujeres, según el ICD (2014), el 74% de la población indicaba que conseguir drogas era muy fácil o fácil, además se muestra que las sustancias que más se consumían eran tabaco, marihuana y medicamentos psicotrópicos, evidenciando que la psicoactividad no conoce de legalidad y afecta por igual a este grupo poblacional. Asimismo, se identificó que las edades de consumo promedio más tempranas corresponden a las siguientes sustancias: inhalables, pasta base y heroína, sustancias que son consideradas socialmente como “drogas duras”.

Según el ICD (2014), para todas las sustancias psicoactivas, la prevalencia de consumo fue mayor en el Centro de Atención Institucional Vilma Curling, lo anterior en comparación con la población general², exceptuando la prevalencia de alcohol en el último año y mes. A la vez, se evidencia que las sustancias que más se han consumido con una frecuencia de todos o casi todos los días son tabaco (47%), la marihuana (24%), el crack (22%), la cocaína (9%) y los psicotrópicos (8%).

¹ Refiere a la necesidad de medir y analizar el fenómeno de la pobreza, comprendiendo aspectos referentes al género.

² Se comprende como población general, las personas que se encontraban entre 12 y 70 años (cumplidos al momento de la encuesta).

Estos datos deben ser una alerta para la Dirección General de Adaptación Social, en tanto se reglamenta que el consumo de drogas y/o alcohol está prohibido dentro de las instalaciones, por lo que se debe investigar no sólo los mecanismos que están utilizando las personas para ingresar sustancias psicoactivas, sino también, qué situaciones están ocurriendo para que las personas deseen consumir estas sustancias dentro del centro y qué aspectos ha detonado el consumo; para la generación de estrategias de intervención, que tengan como objetivo la disminución no solo de la oferta de sustancias, sino de la demanda; de ahí la importancia de colocar la investigación como un eje de la cotidianidad de los Centros de Atención Institucional.

Se torna de trascendencia el análisis continuo de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en la población privada de libertad femenina, en tanto la evidencia con respecto a este elemento facilitará la intervención por parte del equipo profesional, pues será posible conocer la proporción de población que consume sustancias psicoactivas y el tipo de las mismas que se están consumiendo.

El presente estudio también indaga en las características sociodemográficas y las experiencias adversas en la niñez, para establecer si estos están o no relacionados con la dependencia a sustancias psicoactivas. La exploración y evidencia de estos factores permitirá no sólo trabajar con la población que se encuentra institucionalizada, sino establecer estrategias de prevención que estén focalizadas en las poblaciones donde se identifican mayores situaciones de vulnerabilidad, generando así insumos de importante valor a nivel país.

Por tanto, no será únicamente la población sentenciada la que tendrá un beneficio, sino el país en general, comprendiendo la importancia de la prevención no sólo del consumo de sustancias psicoactivas, sino de actividades delictivas en general.

Es importante mencionar, que se concibe como trascendente, el conocimiento de los factores sociales y personales que pudieran tener relación con el consumo de sustancias psicoactivas, esto a partir de que diversos autores ya han establecido que existen ciertas características sociodemográficas y personales que tienen una relación con esta problemática.

En la presente investigación se utilizarán los siguientes test: ASSIST³, DASS 42⁴ y ACE⁵; estas pruebas permitirán recopilar información con respecto a dependencia, depresión, ansiedad y estrés y situaciones adversas en la niñez. Se seleccionaron estas pruebas debido a que ya han sido utilizadas en distintos espacios geográficos, además ya han sido definidas como confiables y con validez.

³ La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) plantea que el ASSIST es una prueba para la detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias, con el objetivo de detectar patrones nocivos de consumo de sustancias en atención primaria de la salud. El ASSIST proporciona información con respecto al consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses.

⁴ La escuela de psicología en UNSW (2018) plantea que el DASS-42, es una escala de autoinforme de 42 ítems diseñada para medir los estados emocionales de la depresión, la ansiedad y el estrés. La función esencial del DASS es evaluar la gravedad de los síntomas centrales de la depresión, la ansiedad y estrés.

⁵ Bethell, Carle, Hudziak, Gombojav, Powers, Wade, Braveman (2018) plantean que el ACE propuesto por CDC & Kaiser Permanente, tiene como objetivo evaluar asociaciones entre infancia, maltrato y salud y bienestar en la adultez.

Investigadores

Investigador principal

- Andrés Rodríguez Pérez, farmacéutico código 2560, cédula 1-1094-0466.

Investigadoras secundarias

- Valeria Soto Ramírez, trabajadora social código 4258, cédula 2-0709-0769
- Mayela Masis Oconitrillo, psicóloga clínica código 1063, cédula 6-0270-0190
- Vanessa Wills Zacarías, psicóloga clínica código 4744, cédula 1-1260-0556
- Adriana Arce Chavarría, trabajadora social código 2288, cédula 1-1303-0383
- Gaudy Pérez Alvarado, trabajadora social código 1853, cédula 7-0151-0922

Objetivos

Objetivo General

1. Analizar qué factores influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres sentenciadas a privación de libertad para la identificación de posibles elementos de riesgo asociados a dicho comportamiento.

Objetivos Específicos

1. Identificar las prevalencias de consumo de las distintas sustancias psicoactivas con el fin de conocer aquellas de mayor uso.
2. Identificar el porcentaje de consumidoras de sustancias psicoactivas que presentan dependencia; de tal forma que se pueda priorizar la intervención profesional, disciplinaria, interdisciplinaria e interinstitucional.
3. Determinar la relación de las experiencias adversas en la infancia y adolescencia de las mujeres privadas de libertad y la dependencia a las sustancias psicoactivas, brindando insumos que orienten los procesos de atención profesional.
4. Reconocer si la depresión, ansiedad y estrés están relacionados con la dependencia a sustancias psicoactivas, facilitando insumos a los programas de prevención y tratamiento.
5. Identificar los factores sociodemográficos de la población en estudio y su posible relación con el consumo de sustancias psicoactivas

CAPÍTULO I: FACTORES SOCIO- DEMOGRÁFICOS Y DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Capítulo I: Factores Socio-Demográficos y Dependencia a Sustancias Psicoactivas

Diversas características socio-demográficas han sido definidas como posibles factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y la dependencia a estas. Por ende, a continuación, se evidencian los datos sociodemográficos de la población, además, la posible relación de estos con la dependencia a sustancias psicoactivas.

Tabla 1. Porcentaje de personas, según edad, 2020

Edades	Frecuencia	Porcentaje
20-24 años	30	9,7
25-29 años	56	18,1
30-34 años	70	22,7
35-39 años	49	15,9
40-44 años	39	12,6
45-49 años	40	12,9
50-54 años	13	4,2
55-59 años	9	2,9
60-64 años	3	1

En el cuadro anterior se refleja que el grupo etáreo con mayor población se encuentra entre los 30 y 34 años seguido del grupo de 25 a 29 años y el que le sucede es el de 35 a 39 años. Siendo que estos tres grupos etáreos marcan el umbral más alto del cuadro. Es decir, entre los 25 y los 39 años son las edades en donde se encuentra la mayoría de la población.

Si se sigue la lógica del cuadro puede verse, así mismo, una disminución de la población cuanto mayor es su edad. Es decir, la cantidad de mujeres de más de 40 años en prisión se reduce, pero se reduce aún más la cantidad de mujeres de más de 50 años que se encuentran privadas de libertad. Esta disminución de mujeres conforme avanza la edad llama a reflexionar respecto a las estrategias de afrontamiento y la capacidad de aprendizaje de las personas, como lo señalan Teixeira, Lasiuk et al (2017):

El afrontamiento, definido como un conjunto de acciones cognitivo-conductuales puestas en marcha por el individuo durante toda su experiencia de vida, se desarrolla como resultado de múltiples factores estresantes, a fin de modificar aspectos adversos del medio ambiente y regular las amenazas potenciales derivadas de los mismos. Las estrategias de afrontamiento se usan para lidiar con las demandas o factores estresantes (internos o externos) que una persona percibe por encima de sus recursos. Se entiende, pues, que los medios utilizados por un individuo para afrontar una situación pueden cambiar con el tiempo, según las características de dicha situación y de los factores contextuales. (p. 6)

La etapa de vida que se identifica en diferentes investigaciones como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas es la adolescencia. Por ejemplo, Peñafiel (2009) refiere que la edad es un factor que tiene efecto positivo sobre el aumento de la frecuencia e

intensidad del consumo de sustancias psicoactivas, entre los 13 y los 15 años resulta el periodo de mayor riesgo para el inicio de consumo, es decir la etapa de adolescencia, y se alcanza el punto máximo de consumo entre los 18 y los 24 años.

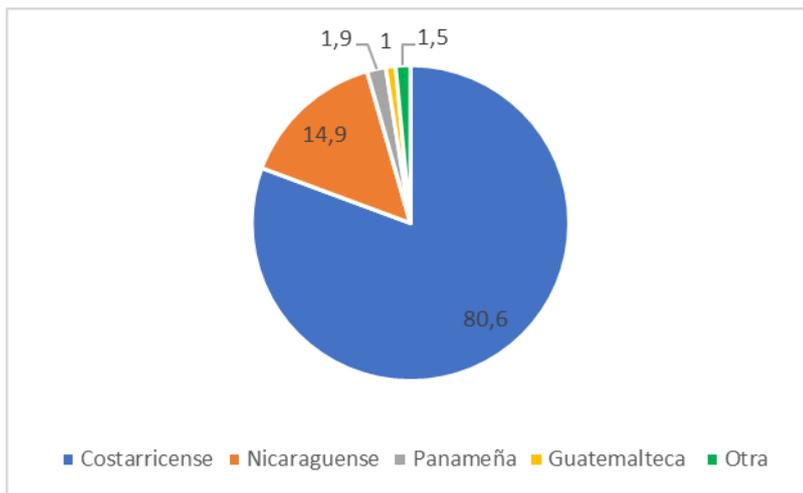
Si bien las mujeres participantes del presente estudio en su mayoría no se encuentran entre las edades identificadas como de mayor riesgo, es decir entre los 13 y los 24 años, ellas han señalado haber iniciado consumo de algunas sustancias psicoactivas en su minoría de edad, es decir en la etapa de la adolescencia, y una vez cumplida la mayoría de edad, el máximo de edad indicada como edad de inicio de consumo es a los 23,62 años, como se refleja en la información del siguiente cuadro.

Tabla 2. Edad de primer consumo, según sustancia, 2020

Sustancia	Mínimo	Máximo	Media
Estupefacientes ¹	15	15	15
Inhalables ²	10	21	15,2
Tabaco	6	60	16,8
Alcohol	6	44	17,3
Heroína	13	21	17,5
Marihuana	7	50	17,6
Cocaína	10	45	18,5
Crack	7	45	18,8
Éxtasis	10	40	20,3
LSD	13	35	21,1
Ketamina	10	37	22,7
Psicotrópicos ¹	12	48	23,6

Phillip (1997) refiere que la juventud abarca los años 20 y 30, y se caracteriza por el alcance de la intimidad, elección de carrera y el éxito vocacional. La madurez por su parte abarca los años 40 y 50 e indica que puede presentarse la sensación de que el tiempo se escapa, aunque plantea que con el aumento de la expectativa de vida también se aumenta la edad en que las personas perciben el inicio de la vejez. Para lo que interesa a la investigación, esta descripción de las etapas de desarrollo refiere sobre la posibilidad de que las mujeres que son mayoría en esta población, es decir entre los 25 y los 39 años de edad, podrían experimentar frustración debido a la prisionalización en tanto esta altera sus posibilidades de realizar sus anhelos, ya sea educativo-profesionales, o familiares.

Gráfico 1. Porcentaje de personas, según nacionalidad. 2020



Entre los factores sociodemográficos de la población en estudio, se identifica que el 80,6% de las mujeres costarricenses, un 14,9% son nicaragüenses y un 1,9% son panameñas. Los porcentajes de población extranjera pueden estar relacionados a las implicaciones que representa para una persona el emigrar a otro país, denominado por el autor Arellanez, Ito y Reyes (2009), como estrés migratorio, el cual señalan puede iniciar inclusive antes de que la persona migre, debido a la cantidad de cambios y ajustes que debe realizar, principalmente cuando se tiene familia, en estos casos, cuando de la mujer dependen económica y emocionalmente personas menores de edad.

Arellanez (2010) refiere que la ausencia de los seres queridos, valores, la ausencia de estabilidad laboral, los cambios en las tradiciones, la alimentación; generan emociones múltiples, siendo que las pérdidas podrían no ser asimiladas de forma óptima, lo que puede incrementar la vulnerabilidad e inestabilidad emocional, y ésta varía según las estrategias, habilidades personales y en ocasiones económicas que presenta la persona para afrontar dichos cambios. Inclusive el autor (2010) señala que una de las formas de enfrentar el malestar emocional por parte de las personas migrantes que tienen menos recursos, está relacionada con el abuso de bebidas alcohólicas, el consumo de altas cantidades de tabaco e incluso la experimentación con drogas ilícitas.

Como señalan los autores Sánchez, et al (2006) algunos de los factores que se deben considerar a la hora de analizar a una persona migrante es el lugar de origen, las redes de apoyo durante el proceso migratorio, edad en que se produjo la migración y la adaptación. De igual manera, se podría considerar inclusive el nivel educativo, dado que en ocasiones este podría representar una oportunidad laboral o de estudio en el país migrante o por el contrario limitar las opciones dada la ausencia de estudios académicos.

Un factor que los autores (2006) recomiendan analizar en las personas migrantes es el motivo de la migración, dado que existen distintos motivos entre hombres y mujeres. Se señala que los hombres emigran en búsqueda del progreso económico o un mejor empleo, en el caso de las mujeres entrevistadas, estas emigraron por problemas familiares, como lo es el caso de

acompañar a su pareja sentimental, o reunirse con la misma, irse con familiares que ejercen una función tutelar ante la falta de quién asuma ese rol.

Lo anterior permite visualizar otros factores de vulnerabilidad para las mujeres migrantes, que pudiesen asociarse a un consumo de sustancias psicoactivas, debido a que estas situaciones reflejan las reducidas redes de apoyo con las que cuentan. Además, los autores (2006) indican que en dicho estudio, las posibilidades de rehabilitación resultaban limitadas, debido a su desconocimiento de las instancias adecuadas donde pudiesen recibir tratamiento, y en el caso específico de las mujeres, refieren que difícilmente se planteaban la posibilidad de recibir tratamiento debido al aislamiento de posibles redes que pudiesen orientarlas con respecto a centros de atención.

De igual manera, este aspecto podría ser considerado como influyente en el porcentaje de mujeres costarricenses identificadas, lo que podría reflejar las reducidas opciones que tienen las mujeres para informarse y/o recibir tratamiento. Según el directorio del IAFA (2021) de las ONG avaladas por el Estado para brindar tratamiento residencial, únicamente 3 centros son exclusivos para mujeres y 5 centros permiten población mixta a nivel país, lo cual podría visualizar las reducidas opciones que presentan las mujeres para el acceso, siendo que también implica una inversión económica por parte de la persona, lo que podría verse afectado por las demandas y responsabilidades sociales establecidas para el género femenino.

Tabla 3. Porcentaje de personas, según escolaridad, 2020

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	14	4,5
Primaria incompleta	76	24,6
Primaria completa	57	18,4
Secundaria incompleta	125	40,5
Secundaria completa	14	4,5
Técnico/diplomado completo	1	0,3
Universidad incompleta	13	4,2
Universidad completa	8	2,6
Posgrado (maestría, doctorado)	1	0,3

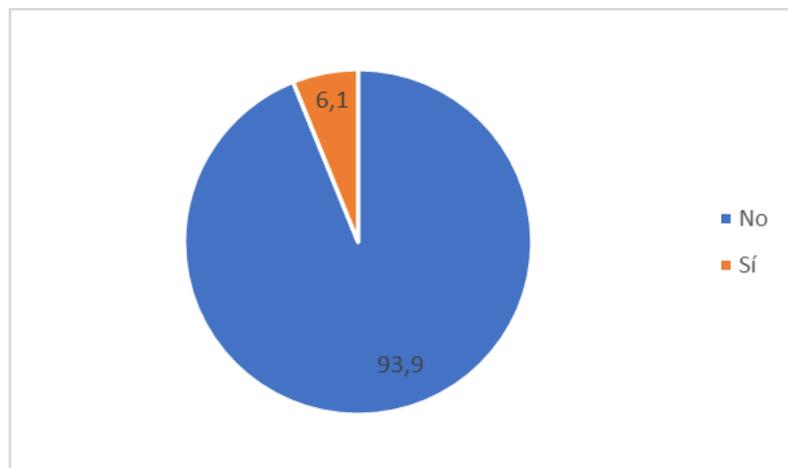
La escolaridad, es un elemento central para la inclusión social y económica de las personas, una escolaridad alta, facilita la incorporación al mercado laboral y a la economía formal. Por el contrario, una baja escolaridad, suele ir de la mano con menores posibilidades de ingreso al mercado laboral, o un ingreso a trabajos informales, donde los derechos laborales suelen estar ausentes o se respetan de manera parcial.

Como se aprecia en la tabla anterior, el 47,5% de la población tiene una escolaridad de primaria completa o menos. Únicamente el 11,9% tenía una escolaridad de secundaria completa o un grado superior. El grueso de la población se encuentra en la categoría de secundaria incompleta, y ante la realidad del actual mercado laboral, esa escolaridad se considera insuficiente, en tanto en la mayoría de espacios laborales solicitan al menos tener la secundaria completa.

De igual manera, diversos autores han evidenciado que la baja escolaridad puede estar asociada con un consumo de sustancias psicoactivas, Medina y Rubio (2012), evidencian que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) puede causar el abandono escolar, pues las necesidades de consumo en ocasiones son incompatibles con las actividades escolares. Igualmente, el abuso y la dependencia de SPA produce un deterioro cognitivo que interfiere en las actividades académicas. Asimismo, se ha observado que los jóvenes con dicho trastorno se caracterizan por tener baja autoestima, bajo concepto de autoeficacia y por ende, baja motivación, lo que podría explicar también los niveles de desocupación y de baja escolaridad encontrados.

Jiménez (2015), refiere que la baja escolaridad, específicamente, la deserción escolar, es un factor de riesgo asociado con el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente en población adolescente, tanto cuando inician el consumo, como posterior al tratamiento, cuando se busca la abstinencia. El permanecer estudiando es un factor protector fundamental ante el consumo de SPA, y posteriormente para prevenir recaídas, además está relacionado con la capacidad de control atencional y la atención focalizada del joven para ejecutar tareas.

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres, según situación de callejización, 2020



La callejización representa una de las principales situaciones de vulnerabilidad a las cuales una persona se puede ver expuesta, considerando que el vivir en la calle expone al individuo a múltiples riesgos que pueden afectar física y emocionalmente a la persona. En este grupo poblacional, 6,1% de las mujeres vivía en la calle.

Hernández, Álvarez y Osorio (2015) refieren que una de las principales problemáticas en los habitantes de la calle es el consumo de sustancias psicoactivas. Además, el consumo de SPA entre este grupo poblacional se asocia con otros problemas de salud y comportamientos de riesgo como: la prostitución, la explotación sexual y el sexo inseguro, prácticas que han contribuido a una creciente incidencia del VIH/SIDA en este grupo en particular.

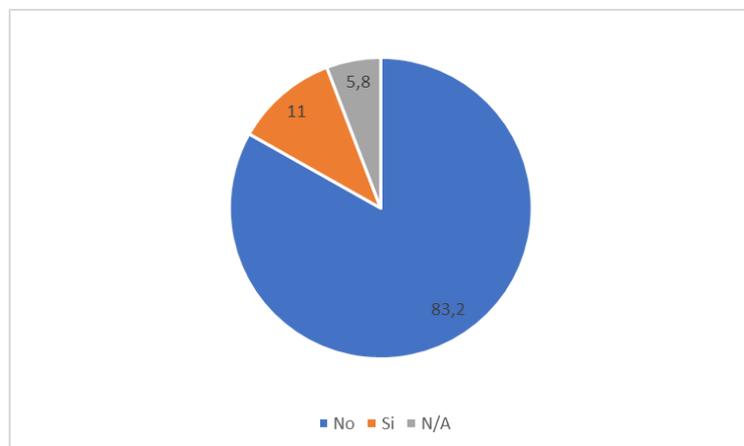
Los autores (2015) refieren que entre las principales razones por las cuales las personas llegan a vivir en la calle se encuentran: el consumo de sustancias psicoactivas, los problemas económicos, la falta de apoyo familiar y la influencia de amistades. La vinculación de estas

personas con el consumo de SPA muchas veces está motivada por el temor de enfrentar las responsabilidades de la vida adulta, esto conlleva problemas de comportamiento que se constituyen en un detonante que acelera la decisión de las personas de vivir en la calle.

Brugal, Barbaglia, Parés y Bosque (2018) refieren que las personas sin hogar tienen considerablemente una peor condición de salud que la población en general, así como una tasa de mortalidad cuatro veces mayor. Entre esta población, los problemas de salud mental son frecuentes, y uno de los diagnósticos más comunes es la dependencia a sustancias psicoactivas. Se menciona que la situación de sinhogarismo y el consumo de SPA representa un doble problema, esto debido a que la dependencia incrementa el riesgo de sinhogarismo y este aumenta el riesgo de consumo. Se considera que el consumo activo de SPA funge como una barrera para encontrar un hogar, además de que el sinhogarismo se ha asociado a un mayor tiempo de consumo y a múltiples recaídas.

Se evidencia, por tanto, que el consumo de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo para la situación de callejización, pero también, el sinhogarismo es un elemento que favorece el consumo de SPA.

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres, según situación de hacinamiento, 2020



A pesar de que los datos contemplados en el cuadro anterior no permiten el establecimiento de una relación del hacinamiento con el consumo de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres que participan de este estudio, es un tema que conviene ser estudiado, en tanto esta situación representa una condición de vulnerabilidad para diversas situaciones. Así queda claramente señalado por Soto (2019) se refiere al hacinamiento como producto de la pobreza, que conlleva una afectación a la salud mental y física de las personas que viven en esta condición y a su vez esa afectación reduce la productividad de las mismas disminuyendo los ingresos económicos.

Igualmente, Soto (2019) hace referencia al hacinamiento como generador de estrés, aumenta las posibilidades de enfermedades infecciosas, disminuye la posibilidad de realización personal, y finalmente, al encontrarse asociado a la pobreza, limitaciones, y otros, forma parte de los factores de riesgo al consumo problemático de drogas. Se puede indicar, que este 11% de mujeres que reportan vivir en hacinamiento pueden enfrentar estas dificultades y por tanto,

ellas y sus hijos(as), se encuentran en diversas situaciones de vulnerabilidad, entre ellas el consumo de SPA.

Tabla 4. Porcentaje de mujeres, según personas con la que vivía, 2020

Persona(s)	Porcentaje
Primos/primas	7,8
Amigos/amigas	25,6
Suego/suegra	13,6
Tíos/tías	22,4
Abuelo/abuela	1
Cuñado/cuñada	64
Sobrinos/sobrinas	3,6
Sola	3,2
Padre/padrastro	5,8
Hermanos/hermanas	3,2
Madre/madrastra	6,8
Pareja sentimental	2,3
Hijos/hijas	39,9

Se le consultó a la población en estudio, con quién(es) vivía(n) antes de estar privadas de libertad, evidenciando que el 64% de las mujeres vivía con sus hijos y/o hijas y el 39,9% reportó vivir con su pareja sentimental. Lo anterior pone en evidencia la necesidad de estudiar a profundidad el impacto de la prisionalización de estas mujeres en el proyecto de vida de sus hijos(as), y de su familia en general.

Gea (2017), refiere que la dispersión aplicada en el sistema penitenciario aísla a las madres en prisión acompañadas de sus hijos e hijas, además, éstas en ocasiones son rechazadas y abandonadas por sus propias parejas o por los padres de los niños y niñas. Esta desatención puede provocar consecuencias a nivel de recursos económicos, pero principalmente a nivel emocional, pues afecta tanto a su autopercepción como al estado de ánimo, que tendrá consecuencias también en el desarrollo de la crianza y la relación con su hijo e hija. Se menciona que esta situación puede “alimentar” una “espiral de exclusión” de la cual formen parte los hijos e hijas de las mujeres privadas de libertad, con lo que se perpetuarían las diferencias de clase, la marginalidad y, con ello, la institucionalización de diferentes formas: relación con el sistema de protección, de reforma e incluso con la cárcel de adultos.

Aunado a lo anterior, Cortázar, Fernández, et al (2015), refieren que la privación de libertad del padre o la madre de los niños y niñas, tienen múltiples repercusiones en el desarrollo, entre ellos: el trauma de la separación; cambios del cuidador principal; cambios de residencia, ciudad y escuela. Por la privación de libertad, los niños y niñas se ven forzados a asumir nuevas responsabilidades y roles para poder responder a las necesidades domésticas, emocionales y financieras, tanto propias como de sus familias. Igualmente, la prisión parental se considera un factor de riesgo que puede contribuir al comportamiento delictivo, problemas de salud mental, abuso de drogas, repitencia, deserción escolar y desempleo.

Aunado a lo anterior, Inciarte, Sánchez y Ocando (2010), evidencian que los niños y niñas, cuyas madres están privadas de libertad, tienden a desarrollar dificultades psicológicas como ansiedad ante la separación, estrés, depresión, dificultades para la autoregulación, la regulación social y la autoestima.

Tabla 5. Porcentaje de personas, según jefatura de hogar reportada, 2020

Persona	Frecuencia	Porcentaje
Yo	140	45,3
Jefatura compartida	58	18,8
Mi madre/madrastra	37	12
Mi esposo/pareja	27	8,7
Mi padre/padrastro	23	7,4
Mi suego/suegra	6	1,9
Mi abuelo/abuela	5	1,6
Mi hermano/hermana	3	1
Mi tío/tía	3	1
Mi cuñado/cuñada	2	0,6
Mi amigo/amiga	2	0,6
Otro	2	0,6
Mi hijo/hija	1	0,3

En cuanto a las jefaturas del hogar, los resultados señalan que del total de la población encuestada, un 45,3% son mujeres jefas de hogar, un 18,8% presenta una jefatura compartida, lo cual permite visualizar las responsabilidades que tiene una mujer en cuanto a asumir las necesidades u obligaciones familiares.

El asumir jefaturas de hogar, representa un nivel de presión y estrés significativo para la mujer, que según Gonzalez y Martínez (2002) refieren, que si bien las mujeres se integran cada vez más al sector productivo, continúan con la responsabilidad de velar por su familia, y tienen que enfrentarse a la doble jornada laboral. Este aspecto representa una mayor exigencia emocional y física. Como lo refieren los autores (2002), la escasa valoración de las tareas y las sobrecargas de trabajo de las mujeres conlleva a que caigan en estados depresivos, estresantes, propensos para el uso y abuso de psicofármacos, alcohol y otras drogas, y para sufrir episodios de violencia.

Este aspecto se considera un factor de riesgo y vulnerabilidad que expone a las mujeres a situaciones difíciles de manejar, especialmente desde la monoparentalidad, dado que cuando las mujeres consumen sustancias psicoactivas, lo visualizan desde la vergüenza por incumplir mandatos sociales, de cuidado, abnegación y sacrificio, lo que conlleva como señalan los autores (2002) a vivirlo en soledad, con malestar físico y emocional. Esto influye en el desarrollo de estados depresivos, afectando de manera significativa la estabilidad y el manejo de emociones. Además, que como señalan los autores (2002), aunado a todo el vivir de una persona con dependencia a las sustancias psicoactivas, se suma el estigma de "estar fallando a la familia", lo que podría generar mayor aislamiento, interponiéndose en la búsqueda de apoyo para su recuperación, y por ende, la expone a una progresividad y deterioro mayor.

Romo y Camarotti (2015) hacen referencia a que las mujeres que presentan consumo de sustancias psicoactivas, en comparación con los hombres, son más pobres, viven en hogares con condiciones básicas de vida limitadas y con menos control sobre sus cuerpos y vidas, aspecto que las coloca en situaciones de mayor vulnerabilidad, lo cual inclusive podría estar relacionado con su historial de violencia, exclusión y daños en los vínculos sociales y familiares.

Como indica Soto (2019) históricamente a la mujer se le ha asignado un rol de cuidadora, el cual es contrario a una mujer que presenta un consumo problemático de sustancias psicoactivas, esto podría afectar la motivación en la búsqueda de tratamiento, lo que conlleva, como señala la autora (2019) a la invisibilidad en las estadísticas y estudios en cuanto a esta población.

Un factor que podría influir en el historial de consumo de las mujeres jefas de hogar es la percepción social en cuanto a culpabilizar a la mujer de los desaciertos o problemáticas familiares, aspecto que socialmente no representa un problema según las expectativas hacia el género masculino, sobre esto los autores Arana, Markez y Montañés (2012), señalan como parte del estigma y la penalización que viven las mujeres en comparación a los hombres.

La carga familiar que tienen las mujeres que presentan consumo de sustancias psicoactivas también afecta de manera negativa su recuperación, debido a que al tener múltiples necesidades que requieren cubrir, se dificulta la capacidad de sufragar el costo de un internamiento. Tal y como indican Gonzalez y Martínez (2002), al ser los lugares de internamiento alejados, escasos, con costos elevados, y debido a la falta de recursos económicos, se concluye desistiendo de los internamientos y planes de rehabilitación.

Tabla 6. Porcentaje de mujeres, según número de hijos/hijas/hijastros/hijastras a cargo, 2020

Número	Frecuencia	Porcentaje
0	84	27,2
1	65	21
2	62	20,1
3	44	14,2
4	27	8,7
5	14	4,5
6	4	1,3
7 o más	9	2,9

El 72,8% de las personas reporta que tiene al menos un(a) hijo(a), evidenciando que las mujeres privadas de libertad, en su mayoría, tuvieron que separarse de sus hijos(as), ante su situación judicial. Como se evidenció anteriormente, la privación de libertad posee repercusiones para los hijos e hijas de las mujeres y hombres, conllevando a una reestructuración de las familias, la cual puede implicar cambios económicos, afectivos (procesos de duelo) y sociales.

Tabla 7. Porcentaje de mujeres según hijos/hijas/hijastros/hijastras que son personas menores de edad (PME) 2020

Número	Frecuencia	Porcentaje
0	47	15,2
1	71	23
2	56	18,1
3	31	10
4	17	5,5
5	7	2,3
6	1	0,3
7 o más	2	0,6

En cuanto a hijos(as) que eran menores de 18 años, el 84,8% reporta que tenía al menos uno(a). Vale mencionar, que estas personas menores de edad deben ser reubicadas, ya sea en una red de apoyo familiar, comunal, o ser trasladados a un albergue. Este aspecto, como se explicó anteriormente, puede tener múltiples repercusiones para las PME, entre ellas, el trauma de la separación, pobreza, abandono, desconsuelo, y violencia en la comunidad (Cortázar et al, 2015).

De ahí la necesidad de valorar y estudiar aspectos referentes a qué ocurre con los hijos e hijas, principalmente aquellos menores de edad, quienes son reubicados en diferentes espacios, y expuestos a diversas situaciones de vulnerabilidad, que pueden tener como consecuencia afectaciones de diversa índole.

Tabla 8. Porcentaje de mujeres según cantidad de personas dependientes reportadas, 2020

Número	Frecuencia	Porcentaje
0	144	46,6
1	45	14,6
2	51	16,5
3	30	9,7
4	21	6,8
5	6	1,9
6	6	1,9
7 o más	5	1,6

Se evidencia que el 53,5% de la población entrevistada, poseía al menos una persona a su cargo, ya sea económicamente o de cuidado. Esto implica que estas personas tuvieron que ser reubicadas en otros espacios, aspecto que como se ha referido en este apartado, puede tener implicaciones, entre las que se mencionan sentimientos de abandono y una situación de pobreza.

Debe considerarse que el privar de libertad a una mujer con personas dependientes, puede implicar un empobrecimiento de las personas que dependían de ella, en tanto dejan de percibir los ingresos de esta figura, además de otros elementos más de índole afectivo.

Tabla 9. Porcentaje de mujeres, según tipo de persona dependiente, 2020

Tipo de persona	Frecuencia	Porcentaje
Una o varias personas adultas mayores	47	15,2
Una o varias personas con discapacidad	19	6,1
Ninguna de las anteriores	247	79,9

Con base en los resultados, se identifica que del total de la población encuestada, un 15,2% tiene una o varias personas adultas mayores a su cargo y un 6,1% tiene una o varias personas con discapacidad bajo su cuidado, siendo que un 79,9% señala que las opciones brindadas no corresponden a su caso específico, lo que podría señalar que parte de estas mujeres podrían tener a su cargo personas menores de edad, como sus hijos, o sus progenitores que no se encuentran dentro del rango de edad para ser considerados personas adultas mayores. De igual manera, el 15% identificado, señala nuevamente la demanda que presenta la mujer de asumir la responsabilidad de familiares, como progenitores o personas adultas mayores. Lo anterior, podría responder a que como indica Guzmán (1994), los varones aprenden a priorizar sus necesidades e intereses, mientras que las mujeres aprenden a subordinar las suyas en función de las demandas de los miembros del núcleo familiar.

Según Carpio, Vargas et al (2017), existe un impacto significativo en las familias y la persona privada de libertad, citando al Observatorio del Sistema Penal y Derechos Humanos (OSPDH) (2006) señalan que:

Cuando se encarcela a alguien, se produce un proceso de desestructuración familiar (...) hundimiento y destrucción de la familia, ruptura de las relaciones del hogar, ruptura de las relaciones con los componentes de la familia, o con alguno/a de ellos/as, problemas psíquicos graves, especialmente para la madre, o problemas de salud graves para otros miembros de la familia. A todas estas consecuencias se tiene que añadir, además, el rechazo social (p.58).

Lo anterior denota situaciones a tomar en cuenta en el momento de la intervención de las personas privadas de libertad y sus familiares.

Tabla 10. Porcentaje de mujeres, según ingresos, 2020

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Muy abundantes	3	1
Abundantes	18	5,8
Suficientes	156	50,5
Insuficientes	131	42,4

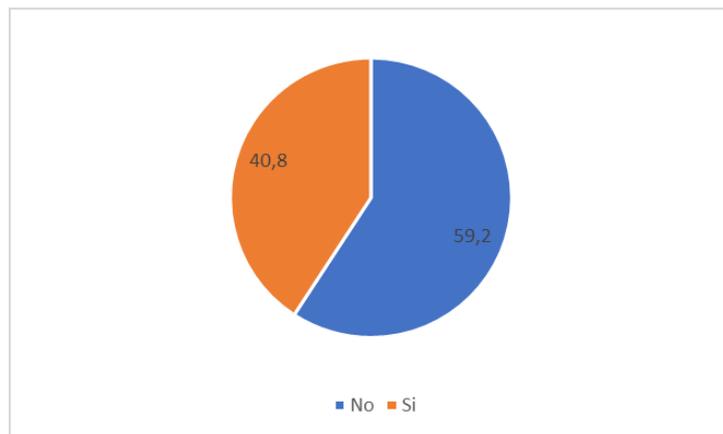
En cuanto a los ingresos económicos de la población en estudio, un 42,4% de la población refiere que sus ingresos económicos eran insuficientes, lo que implicaba que las necesidades básicas estaban insatisfechas. Algunos estudios han evidenciado una asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la pobreza, pero principalmente una asociación de pobreza con involucramiento en actividades delictivas relacionadas al tráfico de drogas.

Míguez (2016), refiere que factores como la pobreza y la escasa movilidad social relacionado con la pobreza, la fuerte carencia de medios y caída de los grupos de clase media, han contribuido a establecer una economía ilegal de la cual el problema de las drogas es parte constituyente. Además, en los sectores recientemente empobrecidos los problemas relacionados con el abuso de alcohol y el uso de otras drogas asociadas con el uso de cocaína presentarán nuevas situaciones que deberán enfrentarse desde posturas preventivas.

Abeldaño, Fernández et al (2014), mencionan que las necesidades básicas insatisfechas son un factor de riesgo para el consumo de sustancias legales. Igualmente, los autores (2014) refieren que entre los fenómenos psicosociales producidos por las situaciones de vulnerabilidad, pobreza y marginalidad, es posible mencionar la vida en condiciones de hacinamiento con falta de privacidad, alto consumo de alcohol y otras drogas, uso de la violencia como recurso para resolución de conflictos, temprana iniciación de adolescentes en las relaciones sexuales, embarazos adolescentes con pocas habilidades para la planificación familiar, abandono de madres y niños(as), entre otras.

Por lo tanto, se evidencia que las necesidades básicas insatisfechas, la pobreza, y en general, las condiciones de vulnerabilidad relacionadas a los ingresos económicos, se configuran como factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y para el involucramiento en otras condiciones de exclusión.

Gráfico 4. Porcentaje de mujeres, según seguro médico, 2020



Contar con un seguro médico, facilita la posibilidad de recibir tratamiento ya sea por enfermedades mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, o por cualquier otra enfermedad. Por lo tanto, el no contar con seguro médico se configura como una condición de exclusión. En este caso, la mayoría de la población (59,2%), no contaba con un seguro médico, y a pesar de que en Costa Rica, el IAFA atiende independientemente de la condición de aseguramiento, en la CCSS sí representa una condición de exclusión, aspecto que puede dificultar que este grupo poblacional acceda a un tratamiento, principalmente posicionando la posibilidad de que exista una patología dual.

Gráfico 5. Porcentaje de mujeres, según situación laboral, 2020



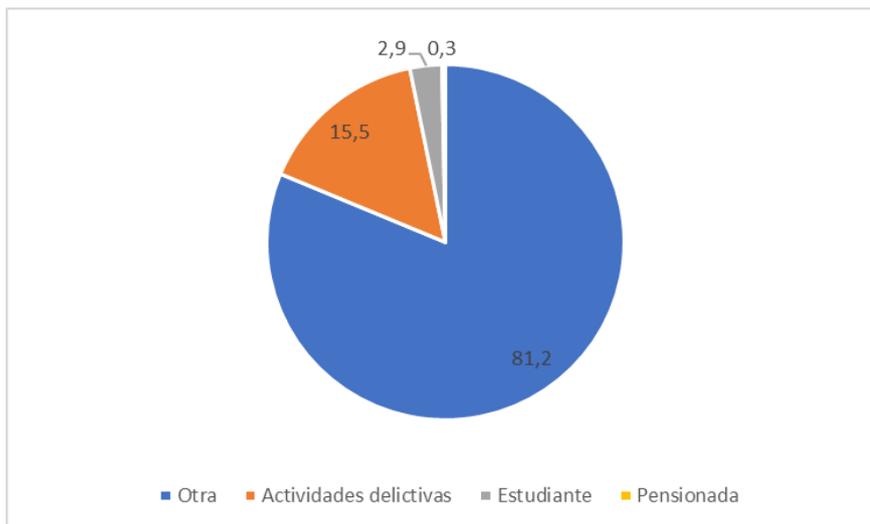
Con respecto a la situación laboral de la población en estudio, se identifica que la mayoría de personas se ubica en la categoría de por cuenta propia o servicios profesionales (41,4%), vale mencionar que en esta categoría podrían estar contemplados trabajos de la economía informal, es decir, trabajos donde los derechos laborales no se respetaban o estaban presentes únicamente de manera parcial.

Se evidencia que el 8,4% de la población estaba desempleada buscando trabajo. Benavides et al (2012), refieren que el consumo de hipnosedantes, cannabis y otras drogas ilegales fue mayor en los hombres desempleados, y el de hipnosedantes en mujeres desempleadas. Los autores (2012), hacen referencia a un estudio que incluyó países de la Unión Europea, donde se ha mostrado que un incremento del 3% en el desempleo incrementa en un 28% las muertes relacionadas con el consumo de alcohol.

Igualmente, el consumo de sustancias psicoactivas tiene consecuencias como el desempleo. Así lo refiere Gómez y Álvarez (2009), quienes refieren que en estudios realizados en población general y en población trabajadora, se denota que el consumo de alcohol tiene como consecuencia en el ámbito laboral la disminución del rendimiento laboral, absentismo, despido, desempleo y accidentes laborales.

Por lo tanto, se evidencia cómo el desempleo funge como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, pero también, el consumo de SPA tiene como consecuencia el desempleo.

Gráfico 6. Porcentaje de mujeres, según profesión/oficio reportado, 2020



Con respecto a la profesión u oficio reportado, se debe recalcar el hecho de que un 15,5% refiera las actividades delictivas como su medio de subsistencia. No es posible conocer si esta actividad delictiva reportada fue por la que fue privada de libertad, sin embargo, si es importante considerar, que casi 2 de cada 10 mujeres, consideraron que una actividad delictiva era un medio para la supervivencia. Vale mencionar, que el estar inserto en actividades delictivas como medio de subsistencia, coloca a la persona en mayor riesgo social, además de que la privación de libertad, forma parte de la cotidianidad.

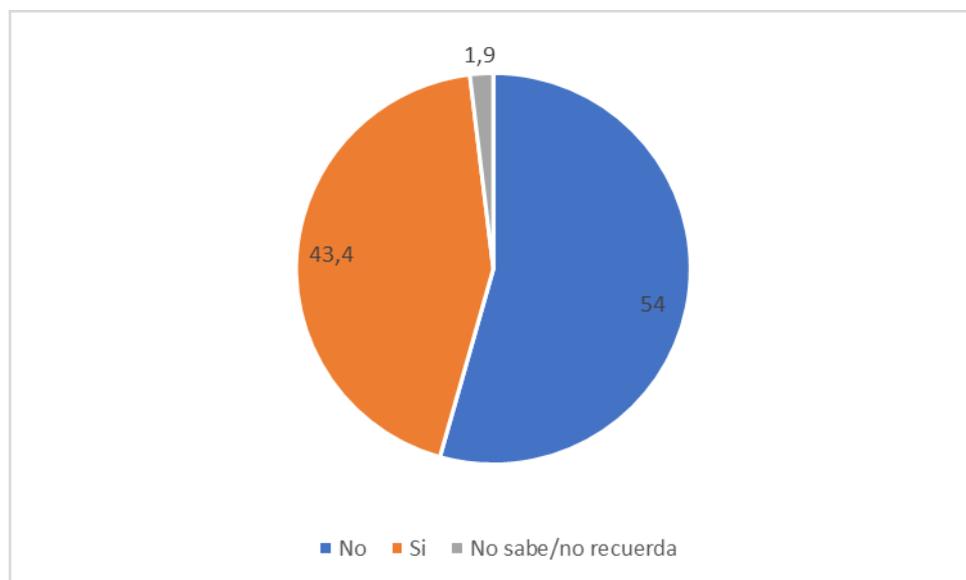
Diversos autores han relacionado el consumo de sustancias psicoactivas con las actividades delictivas. Uceda, Navarro y Pérez (2016), refieren que a mayor incidencia delictiva, mayor dependencia. En cuanto a los patrones por consumo, según tipo de sustancia, el cannabis se asocia a trayectorias delictivas iniciales y la cocaína a trayectorias consolidadas. Se considera que el consumo forma parte de la vida cotidiana de los adolescentes en conflicto con la ley.

Esbec y Echeburúa (2016), mencionan que hay una estrecha relación entre el uso de alcohol/drogas y la delincuencia, pero esta relación es compleja. El consumo de drogas no conduce en definitiva a conductas delictivas, como robos, asaltos o violaciones, ni siquiera entre personas que las consumen regularmente o que han desarrollado una adicción. Sin embargo, en algunas personas, el exceso de alcohol y drogas está relacionado directamente con la delincuencia.

Es importante mencionar, como bien refieren los autores (2016), que son muchos los factores que pueden dar cuenta de este fenómeno: pobreza, trastornos de personalidad, factores culturales y sociales, amigos consumidores o contacto con la prisión. Estos factores permiten tener una mayor comprensión del riesgo de la delincuencia y dependencia a las sustancias psicoactivas. La mayoría de las personas con una adicción son responsables penalmente de las conductas delictivas cometidas relacionadas con la adicción, pero la adicción puede en algunos casos socavar la libertad de la persona, para el control de su conducta.

Por ende, se evidencia una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas, y la delincuencia, aunque este aspecto no implica, que la población en estudio tuviera esta relación, sino que es una situación que puede fungir como factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y viceversa.

Gráfico 7. Porcentaje de mujeres, según actividades delictivas en la familia, 2020



El 43,4% de la población reporta actividades delictivas en la familia, vale mencionar que diversos autores han relacionado este tipo de entornos con aspectos como la actividad delictiva en la persona y un consumo de sustancias psicoactivas.

Además, Estrada et al (2015), mencionan que la crisis en la familia posee un efecto de “bola de billar”, al conducir a un aumento en los comportamientos problemáticos y en la asociación de los hijos con la actividad delictiva. Dentro de las crisis familiares se destaca la incidencia de las rupturas, estas situaciones pueden generar la exclusión de la persona menor de edad de la vida familiar, denominada “normal”, y por ende, puede vincularse con pares de edad que le proveerán el espacio de socialización que la familia no le ha otorgado en su totalidad.

Estrada et al (2015), refieren que ambientes caracterizados por malos tratos, agresión y hostilidades, además de las tensiones/crisis en la interacción y la comunicación, señalados como generadores de ira o culpa, pueden estar relacionados a bajos niveles de habilidades en comunicación y resolución de problemas.

Ruíz et al (2014), refieren que existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar entre consumidores de sustancias y no consumidores de sustancias, pero solamente entre aquellos que delinquen y el grupo de comparación. Las principales diferencias se encuentran en la cohesión y el conflicto familiar. Los autores (2014), refieren que en las familias de consumidores de sustancias que delinquen existe menor cohesión familiar, indicando ausencia de lazos afectivos emocionales y desunión entre sus integrantes. Además, en estas

familias existe mayor conflicto caracterizado por discusiones frecuentes y énfasis en aspectos negativos de la interacción.

Como se evidencia, la dinámica familiar es esencial en la forma en la cual se configura la persona, en tanto permite o irrumpe en el desarrollo de herramientas sociales y de afrontamiento de situaciones en las personas. Por lo tanto, se considera que un entorno familiar involucrado en la delincuencia puede permear la forma en la cual la persona no sólo concibe las actividades delictivas, sino cómo desarrolla sus habilidades sociales, y su capacidad de afrontar situaciones complejas de la cotidianidad.

Gráfico 8. Porcentaje de mujeres, según historial de alcohol y tabaco en la familia, 2020

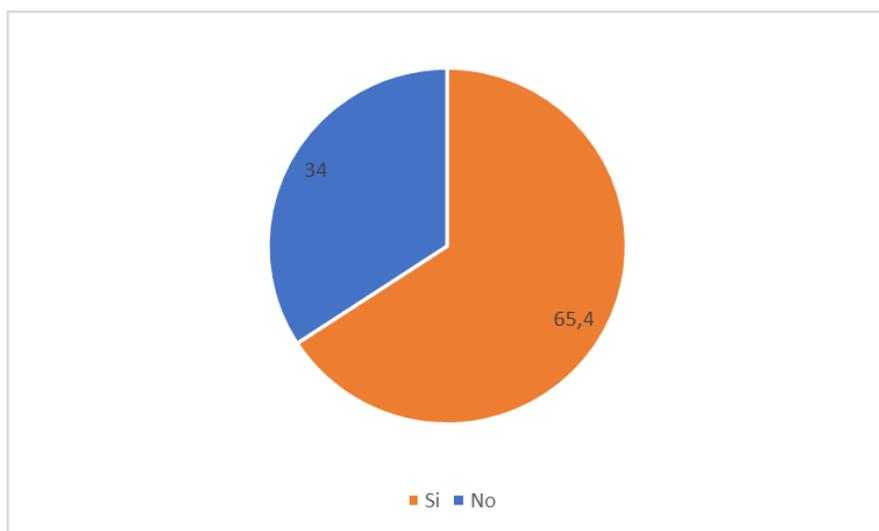
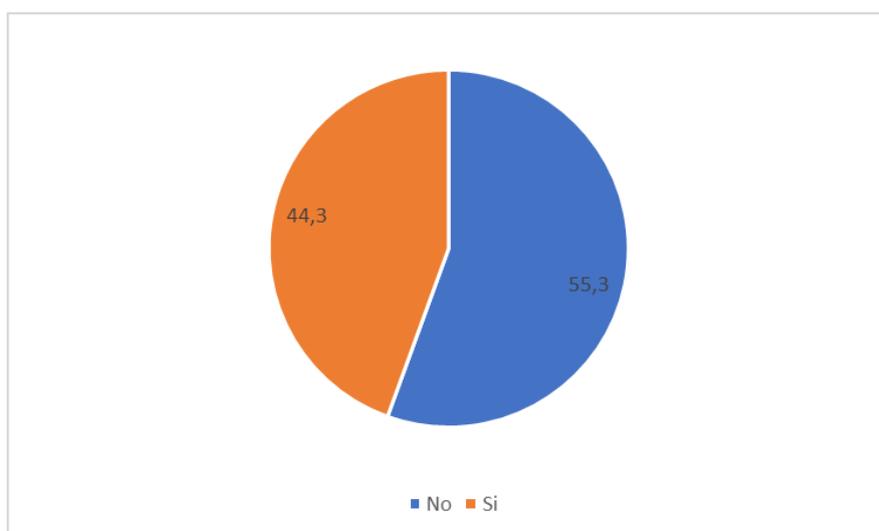


Gráfico 9. Porcentaje de mujeres, según historial de consumo de drogas en la familia, 2020



Se evidencia que un 65,4% de la población refiere que en su familia se consumía alcohol y tabaco, y un 44,3% menciona que en su entorno familiar se consumían drogas. Un entorno familiar en el cual hay presencias de sustancias psicoactivas legales e ilegales, puede permear la forma en la cual las personas perciben estas sustancias, considerando que forman parte de la

cotidianidad. Igualmente, el consumo dentro de la familia facilita el acceso de las personas a las sustancias, y puede incidir en qué tan dañino las considera.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004), refiere que la disponibilidad de drogas es un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas. Aunado a lo anterior, Peñafiel (2009), menciona como factores de riesgo: las actitudes, creencias y valores (qué piensa el joven sobre las drogas, sobre los efectos y sobre el acto de consumir), la percepción del riesgo, las habilidades sociales, accesibilidad a las drogas. Además, el autor (2009), refiere que las actitudes poco negativas de los padres hacia el consumo pueden actuar como un factor de riesgo importante, en tanto que son los propios padres quienes en ocasiones propician el consumo. Inclusive, los estudios han encontrado que las actitudes permisivas de los padres con respecto al consumo de sustancias son percibidas por los jóvenes como de igual o mayor importancia que el uso parental real.

Gráfico 10. Porcentaje de mujeres, según historial de alcohol/tabaco en amigos, 2020

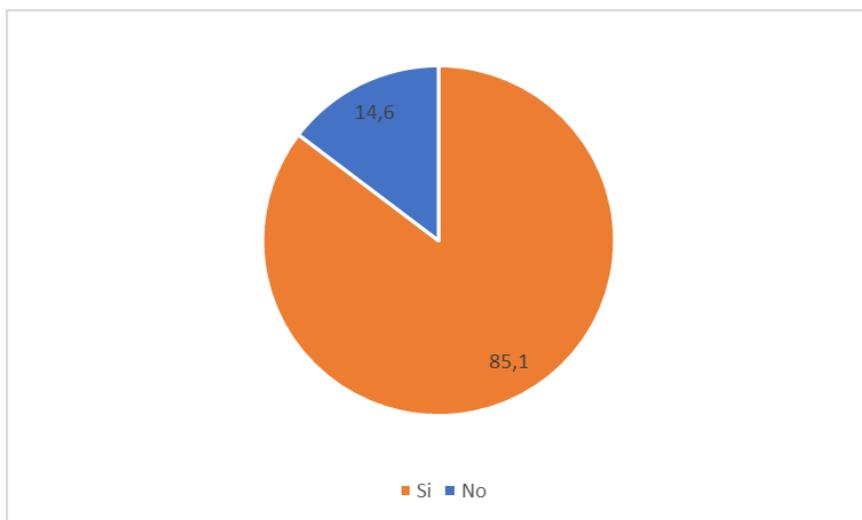
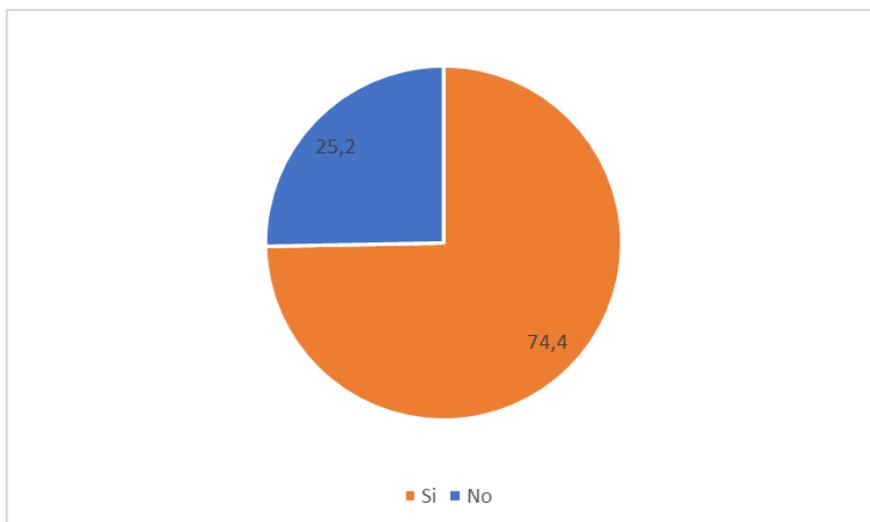


Gráfico 11. Porcentaje de mujeres, según historial de drogas en amigos, 2020



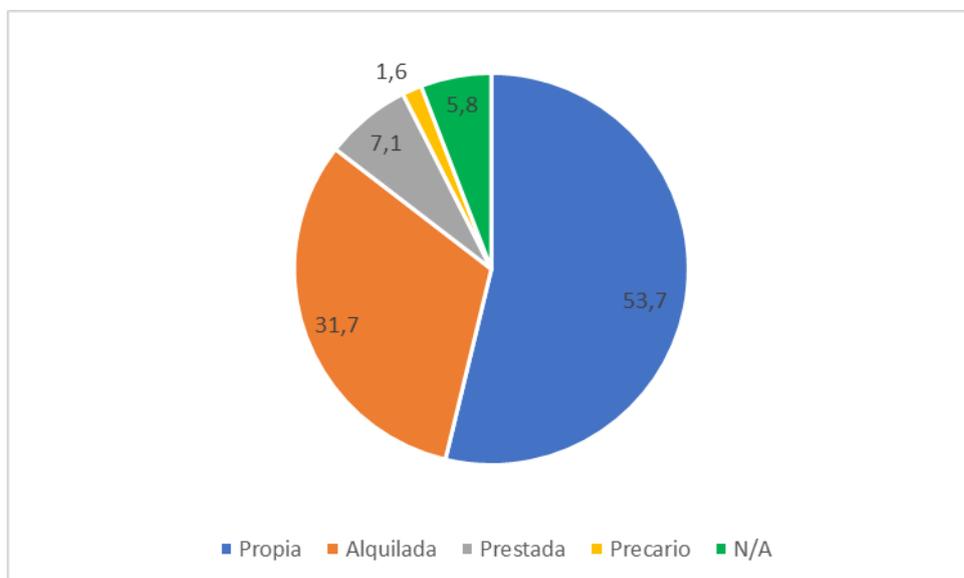
Con respecto a un entorno social (amigos/as) que consume sustancias psicoactivas, se evidencia que el 85,1% tenía amigos/amigas que consumían alcohol y/o tabaco y el 74,4% tenía amigos/as que consumían drogas ilegales. Nuevamente, se evidencia un entorno que consume sustancias psicoactivas, que como se posicionó anteriormente, es un factor de riesgo que puede propiciar el consumo.

Tabla 11. Porcentaje de mujeres, según tiempo de privación de libertad, 2020

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	44	14,2
De 1 año a 5 años	219	70,9
De 6 años a 10 años	39	12,6
De 11 años a 15 años	5	1,6
De 16 años a 20 años	1	0,3
De 21 años a 25 años	1	0,3

Se debe hacer referencia, a que la mayoría de la población (70,9%), tenía de 1 año a 5 años privada de libertad. Seguido por el 14,2% de las mujeres que tenía menos de 1 año.

Gráfico 12. Porcentaje de mujeres, según tipo de vivienda, 2020



En lo referente a la temática de vivienda según el INEC (2015), el factor de tenencia de vivienda incide de manera importante en la calidad de vida de las personas, debido a que ostentar un techo digno les brinda a los hogares posibilidades de seguridad, protección y de desarrollo humano.

Además, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), se menciona que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...” (Art.25).

Según el INEC (2015) la tenencia de vivienda está vinculada con varios indicadores que determinan la calidad del inmueble, algunos son: tipo de materiales, hacinamiento y acceso a

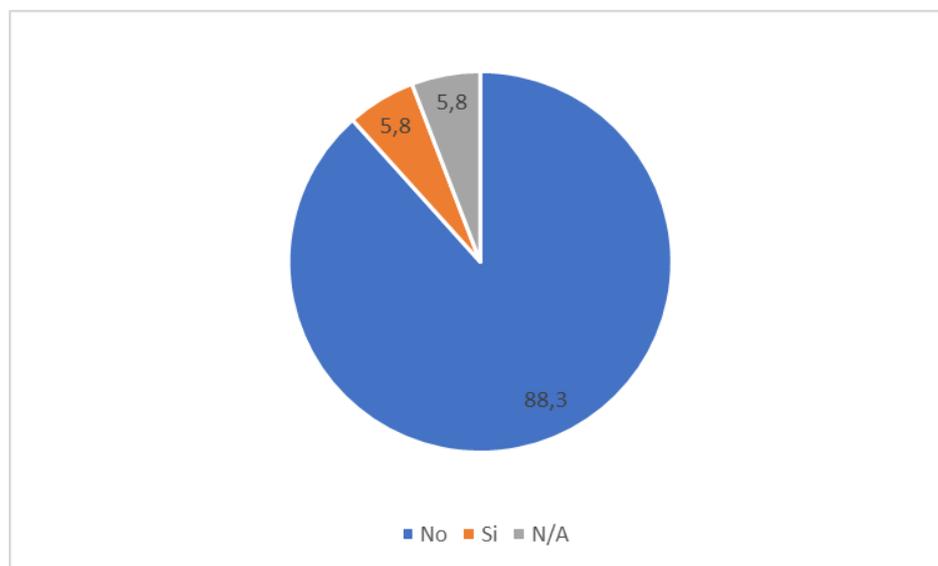
servicios básicos, por lo que las condiciones de la vivienda tienen incidencia en la pobreza del país.

Con base en lo anterior, en la población en estudio se desprende que aproximadamente la mitad de la población encuestada un 53,7% presenta tenencia de vivienda propia y un 31,7% se encuentran alquilando. Las tipologías que existen en cuanto a vivienda propia se encuentra: totalmente pagada, propia pero la están pagando, propia por regalo o donación.

En la presente investigación se analizó la tenencia de vivienda, lo cual limita el análisis, debido a que se requiere conocer otros factores como lo es el estado de la residencia, tipologías de la tenencia y demás factores integrales que permitan analizar la existencia o no de factores de vulnerabilidad más allá de que sea propia o no.

En el INEC (2015) se indica que la vivienda cumple importantes funciones, tanto sociales como de resguardo y seguridad. Sin embargo, cuando alguna de las partes fundamentales de la vivienda se encuentra en mal estado, esto puede ocasionar graves consecuencias en la calidad de vida de sus residentes.

Gráfico 13. Porcentaje de mujeres, según reporte de vivienda con materiales de desecho, 2020



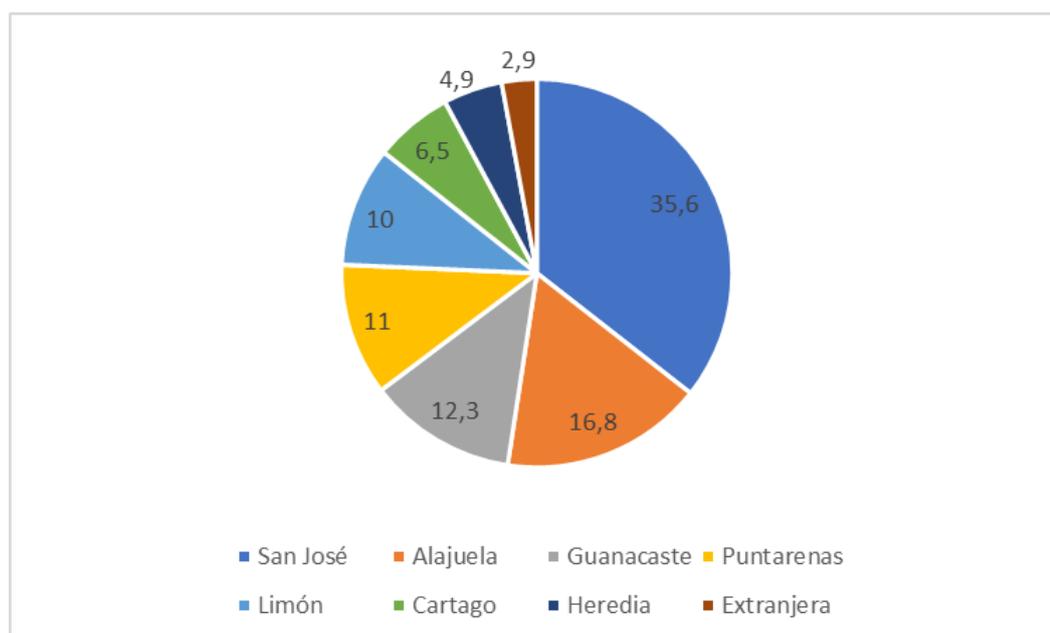
Por lo tanto, el contemplar elementos tales como: tipo, materiales y formas de adquisición de las viviendas; permitiría brindar un panorama más amplio en cuanto al nivel de vida de las mujeres entrevistadas y por ende el grado de exposición a factores de riesgo. Los escenarios en los cuales las personas entrevistadas con tenencia de vivienda propia, pero la están pagando o la misma no es propia, aspecto que implica una situación que podría generar un incremento en el egreso del grupo familiar, lo cual incide en la adecuada o no satisfacción de otras necesidades básicas.

Con respecto a la población en estudio existe un porcentaje de 5.8% de las personas que su residencia es construida con materiales de desecho. Con respecto en lo indicado por INEC (2020) la totalidad de los tugurios se encuentra contruidos con materiales de desecho y zinc,

por lo que en el territorio nacional existe un total de 1701 viviendas que su tipo de hogar es tugurio.

Según el INEC (2015), las paredes exteriores de la vivienda son las que brindan el soporte estructural, las que mantienen a esta cubierta y protegida. Son sin duda la parte más importante, estructuralmente hablando, de una vivienda. Por ello, una vivienda que tenga sus paredes en mal estado pone en peligro la integridad de sus residentes y, claramente, disminuye la calidad de vida de estos. En general para el cálculo de indicadores de pobreza se utiliza un indicador sintético que resume las condiciones del piso, techo y paredes. Según la Encuesta Nacional de Hogares 2020, existían un 26,2% de hogares costarricenses en condición de pobreza, con un incremento de un 5% en comparación con el año 2019.

Gráfico 14. Porcentaje de mujeres, según provincia en la que vivían, 2020



En la IV Encuesta sobre consumo de drogas en población general efectuada por el IAFA (2015), se destaca que el consumo activo de alcohol, tabaco y marihuana, tiene una mayor presencia en las provincias de San José, Heredia y Cartago, lo cual es congruente con el lugar de origen reportado por la población estudiada en donde un 52,4% provienen de la Gran Área Metropolitana, específicamente de las provincias de San José y Alajuela. Sin embargo, es importante mencionar que no todas las personas que tienen consumo de sustancias psicoactivas requieren tratamiento residencial, pero si es un factor que la población que se ubica en zonas lejanas y requiere este tipo de tratamiento les puede afectar.

En el directorio del IAFA (2021), de las Organizaciones no Gubernamentales avaladas por el Estado, se cuenta con programas de prevención y tratamiento, asociado al consumo de sustancias psicoactivas. En cuanto a la ubicación por provincia, se encuentran programas de tratamiento residencial de las cuales se ubican mayoritariamente en la provincia de San José y Alajuela, dos en Heredia y uno en Puntarenas. En lo referente a los programas de atención inmediata se encuentran siete en San José, tres en Alajuela y uno en la provincia de Cartago.

Además, es importante mencionar que no todas las personas requieren tratamiento residencial, siendo cada caso particular y según múltiples factores, así se realizará el abordaje y respectivo tratamiento.

Además, con respecto a la población en estudio se tiene que un total de 33,3% provienen de la zona de Guanacaste, Limón y Puntarenas, siendo que en el Nivel de Atención Institucional solamente se encuentran dos en el país exclusivo de mujeres, uno ubicado en la San José y el otro en el cantón de Liberia, generando una barrera geográfica que dificulta o limita el acceso de las redes de apoyo, en cuanto a lo económico y emocional.

Con respecto a la relación de los factores socio- demográficos y la dependencia a las sustancias psicoactivas en la población, a continuación se presenta la información de manera detallada. Para realizar análisis de regresión múltiple, el primer filtro que se tiene que hacer es realizar en primer momento un análisis de correlación. Esto para analizar previamente el grado de “influencia” que tienen en la variable dependiente o de respuesta, y además si esta correlación es significativa o no.

Con respecto a la relación de los factores socio- demográficos y la dependencia a las sustancias psicoactivas en la población, a continuación, se presenta la información de manera detallada.

Para realizar análisis de regresión múltiple, el primer filtro que se tiene que hacer es realizar en primer momento un análisis de correlación cuyo objetivo es analizar previamente el grado de “influencia” que tienen en la variable dependiente o de respuesta, y además si esta correlación es significativa o no.

En este análisis previo; si la correlación lineal resultara significativa (a un nivel de significancia de 0,05) dichas variables se incluyen en el modelo; en caso contrario, no tendría sentido incluirlas ya que de previo se conoce si estadísticamente aportan al modelo o no.

Se aplicó el método de selección Introducir como el procedimiento para la selección de variables en el análisis de regresión, que implica en este caso, que todas las variables de un bloque se introducen en un solo paso.

La variable dependiente utilizada para calcular el modelo de regresión fue dependencia según sustancia.

Las variables independientes estipuladas en el modelo se enumeran a continuación:

Las variables independientes estipuladas en el modelo se enumeran a continuación:

- Edad
- Nacionalidad
- Lugar de residencia

- Situación de callejización
- Tenencia de vivienda
- Situación económica
- Hacinamiento
- Situación académica
- Jefatura de hogar
- Hijos/as, hijastras/os que tiene a cargo
- Personas dependientes económicamente
- Situación económica
- Acceso a servicios de salud
- Situación laboral
- Profesión u oficio
- Historial delictivo familiar
- Tiempo en privación de libertad (años)
- Familiares con historial de consumo de alcohol y/o tabaco
- Familiares con historial de consumo de drogas ilegales
- Amigos/amigas que consumen alcohol y/o tabaco
- Amigos/amigas que consumen drogas ilegales

Dependencia alcohol:

El análisis de correlación previo indicó que las variables: Hijos/as, hijastras/os que tiene a cargo y personas dependientes económicamente; resultaron estadísticamente significativas al 0,05.(ver archivo de resultados de correlación y regresión adjuntos)

Por tanto se incluyen en el modelo inicial de regresión:

Corriendo el modelo se tiene:

Tabla 12. Resumen de modelo, dependencia a alcohol, 2020

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.525 ^a	.276	.172	.44822	1.862

a. Variables predictoras: (Constante), p14Personasdependientes, p13hijxshijastrxsPME

b. Variable dependiente: dependencia alcohol

El R cuadrado ajustado o corregido muestra que hay un 17% de variabilidad explicada por el modelo inicial obtenido.

Tabla 13. ANOVA, dependencia a alcohol, 2020

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1.070	2	.535	2.663	.105 ^b
	Residual	2.813	14	.201		
	Total	3.882	16			

a. Variable dependiente: dependencia alcohol

b. Variables predictoras: (Constante), p14Personasdependientes, p13hijxshijastrxsPME

Consecuentemente la tabla de Análisis de Varianza (ANOVA) indica que el modelo no es significativo al 0,05, es decir el nivel de explicación de la variable respuesta con las variables independientes no es estadísticamente significativo.

Tabla 14. Coeficientes, dependencia a alcohol, 2020

Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	1.183	.257		4.601	.000
p13hijxshijastrxsPME	-.149	.091	-.465	-1.632	.125
p14Personasdependientes	-.031	.097	-.092	-.322	.753

a. Variable dependiente: dependencia alcohol

De igual forma el resumen de la ecuación indica que aparte de la constante, ambas variables no son significativas al 0,05

El modelo de regresión obtenido para este caso es:

· Dependencia alcohol: 1,183 -0,149 (Hijos/as, hijastras/os que tiene a cargo)-0,031 (Personas dependientes económicamente).

A manera de resumen el modelo obtenido no ajusta adecuadamente como evidencia para explicar la dependencia de alcohol. Por tanto, se sugiere realizar otro tipo de análisis estadístico no lineal.

Dependencia tabaco:

El análisis de correlación previo indicó que las variables: escolaridad, personas dependientes y amigos que consumen drogas resultaron estadísticamente significativas al 0,05. (ver archivo de resultados de correlación y regresión adjuntos)

Por tanto, se incluye en el modelo inicial de regresión:

Tabla 15. Resumen de modelo, dependencia al tabaco, 2020

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.326 ^a	.106	.085	.28805

a. Variables predictoras: (Constante), p25Amigosqueconsumendrogas, p14Personasdependientes, escolaridad

b. Variable dependiente: dependencia tabaco

El R cuadrado ajustado o corregido muestra que hay un 8% de variabilidad explicada por el modelo inicial obtenido

Tabla 16. ANOVA, dependencia al tabaco, 2020

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1.245	3	.415	5.003	.003 ^b
	Residual	10.455	126	.083		
	Total	11.700	129			

a. Variable dependiente: dependencia tabaco

b. Variables predictoras: (Constante), p25Amigosqueconsumendrogas, p14Personasdependientes, escolaridad

La tabla de Análisis de Varianza (ANOVA) indica que el modelo es significativo al 0,05, es decir el nivel de explicación de la variable respuesta con las variables independientes es estadísticamente significativo.

Tabla 17. Coeficientes, dependencia al tabaco, 2020

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	1.290	.106		12.209	.000
	escolaridad	-.028	.017	-.136	-1.599	.112
	p14Personasdependientes	-.032	.016	-.166	-1.963	.052
	p25Amigosqueconsumendrogas	-.202	.076	-.227	-2.661	.009

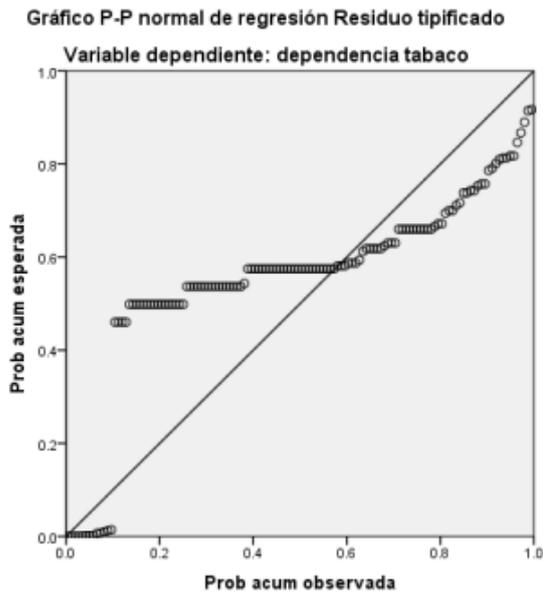
a. Variable dependiente: dependencia tabaco

El resumen de la ecuación indica que aparte de la constante, las variables son significativas con excepción de la escolaridad, al 0,05

La ecuación de regresión obtenida para este caso es:

· Dependencia tabaco: $1,290 - 0,028(\text{escolaridad}) - 0,032 (\text{Personas dependientes económicamente}) - 0,202(\text{amigos que consumen drogas})$

Gráfico 15. P-P normal de regresión residuo tipificado, dependencia a tabaco, 2020



El gráfico de normalidad muestra que este supuesto no se cumple dentro del análisis.

A manera de resumen el modelo obtenido pese a que ajusta adecuadamente como evidencia para explicar la dependencia de tabaco, muestra que el supuesto de normalidad no se cumple, por tanto, habría que pensar un análisis estadístico alternativo no lineal.

Dependencia marihuana:

El análisis de correlación previo indicó que ninguna de las variables resultó estadísticamente significativa 0,05.(ver archivo de resultados de correlación y regresión adjuntos). A pesar de ello se corrió el modelo de regresión general con todas las variables.

Tabla 18. Resumen del modelo, dependencia a marihuana, 2020

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.965 ^a	.931	.208	.39361

a. Variables predictoras: (Constante), p25Amigosqueconsumendrogas, p12Hijxshijastxsacargo, edad agrupada, p11Jefatura, p19Profuoficio, p5Tipodevivienda, p17Seguromédico, p22Historialdealcoholytabacoenfamilia, p21_r, p14Personasdependientes, PROVINCIA_r, p23historialdrogasenfamilia, escolaridad, p16Ingresoseconómicos, Nacionalidad_r, p6Materialesdedesecho, p18Situaciónlaboral, p24historialalcoholtabacoenamigos, Hacinamiento, p20Actividadesdelictivasenfamilia, p13hijxshijastrxsPME

b. Variable dependiente: dependencia marihuana

El R cuadrado ajustado o corregido muestra que hay un 21% de variabilidad explicada por el modelo inicial obtenido.

Tabla 19. ANOVA, dependencia a marihuana, 2020

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	4.190	21	.200	1.288	.527 ^b
	Residual	.310	2	.155		
	Total	4.500	23			

a. Variable dependiente: dependencia marihuana

b. Variables predictoras: (Constante), p25Amigosqueconsumendrogas, p12Hijxshijastxsacargo, edad agrupada, p11Jefatura, p19Profuoficio, p5Tipodevivienda, p17Seguromédico, p22Historialdealcoholytabacoenfamilia, p21_r, p14Personasdependientes, PROVINCIA_r, p23historialdrogasenfamilia, escolaridad, p16Ingresoseconómicos, Nacionalidad_r, p6Materialesdedesecho, p18Situaciónlaboral, p24historialalcoholtabacoenamigos, Hacinamiento, p20Actividadesdelictivasenfamilia, p13hijxshijastrxsPME

La tabla de Análisis de Varianza (ANOVA) indica que el modelo no es significativo al 0,05, es decir el nivel de explicación de la variable respuesta con las variables independientes no es estadísticamente significativo. Por tanto, el modelo propuesto no ajusta de manera adecuada la variable respuesta.

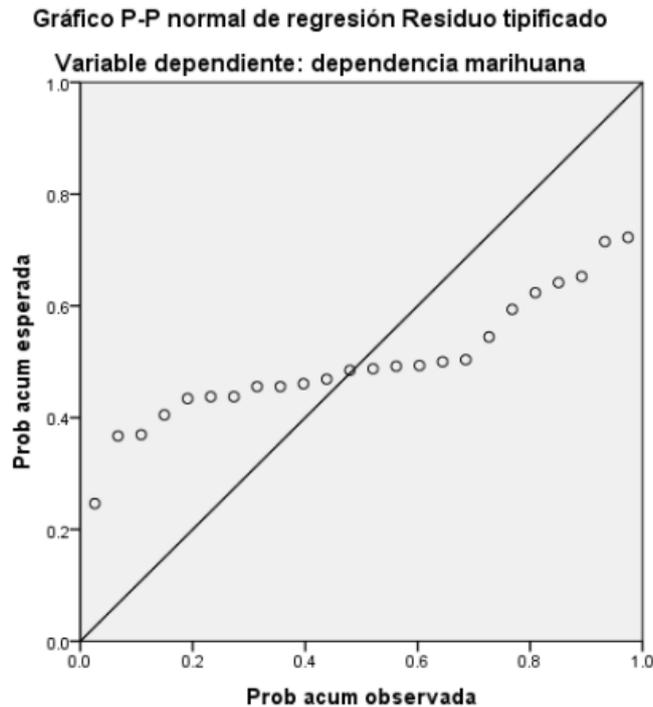
Tabla 20. Coeficientes, dependencia a marihuana, 2020

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	1.478	7.115		.208	.855
	edad agrupada	.153	.291	.394	.527	.651
	Nacionalidad_r	.063	.083	.303	.764	.525
	PROVINCIA_r	-.031	.133	-.175	-.231	.839
	p5Tipodevivienda	.035	.374	.051	.094	.934
	p6Materialesdedesecho	-1.732	2.086	-1.323	-.830	.494
	Hacinamiento	-.822	.780	-.895	-1.054	.402
	escolaridad	.151	.080	.569	1.896	.198
	p11Jefatura	-.004	.047	-.049	-.087	.939
	p12Hijxshijastxsacargo	-.264	1.257	-.726	-.210	.853
	p13hijxshijastrxsPME	.287	1.101	.863	.261	.819
	p14Personasdependentes	-.150	.161	-.639	-.931	.450
	p16Ingresoseconómicos	-.131	.285	-.194	-.458	.692
	p17Seguromédico	.468	.858	.491	.545	.640
	p18Situaciónlaboral	.231	.351	.469	.658	.578
	p19Profuoficio	-.436	.222	-1.373	-1.968	.188
	p20Actividadesdelictivasenfamilia	-.148	1.280	-.155	-.115	.919
	p21_r	.198	.097	1.239	2.040	.178
	p22Historialdealcoholytabacoenfamilia	.940	.584	.940	1.611	.249
	p23historialdrogasenfamilia	-.431	.689	-.491	-.626	.595
	p24historialalcoholtabacoenamigos	1.022	1.002	.780	1.020	.415
	p25Amigosqueconsume drogas	.352	1.259	.162	.280	.806

a. Variable dependiente: dependencia marihuana

El resumen de la ecuación indica que ninguna de las variables es significativa al 0,05.

Gráfico 16. P-P normal de regresión residuo tipificado, 2020



El gráfico de normalidad muestra que este supuesto no se cumple dentro del análisis.

A manera de resumen el modelo obtenido no ajusta adecuadamente como evidencia para explicar la dependencia de marihuana y por tanto habría que pensar un análisis estadístico alternativo no lineal.

Dependencia cocaína:

El análisis de correlación mostró que únicamente la variable acceso a los servicios de salud resultó estadísticamente significativa al 0,05.

Tabla 21. Resumen del modelo, dependencia a cocaína, 2020

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.775 ^a	.600	.533	.35355

a. Variables predictoras: (Constante), p17Seguromédico

b. Variable dependiente: dependencia cocaína

El cuadro resumen de bondad de ajuste del modelo indica que hay un 53% de la variabilidad explicada.

Tabla 22. ANOVA, dependencia a cocaína, 2020

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1.125	1	1.125	9.000	.024 ^b
	Residual	.750	6	.125		
	Total	1.875	7			

a. Variable dependiente: dependencia cocaína

b. Variables predictoras: (Constante), p17Seguromédico

Como complemento a lo anterior, la tabla de ANOVA muestra que el modelo en general ajusta adecuadamente con una significancia de 0,05.

Tabla 23. Coeficientes, dependencia a cocaína, 2020

Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-.750	.395		-1.897	.107
	p17Seguromédico	.750	.250	.775	3.000	.024

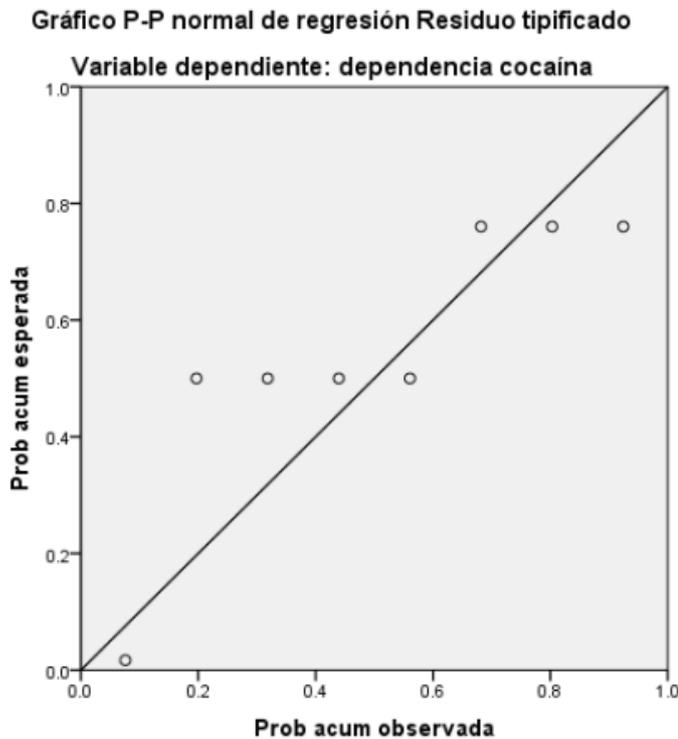
a. Variable dependiente: dependencia cocaína

La ecuación de regresión obtenida:

Dependencia Cocaína: $-0.750 + 0.750$ (seguro médico).

La variable independiente es significativa también al 0,05.

Gráfico 17. P-P normal de regresión residuo tipificado, dependencia a cocaína, 2020



El gráfico de normalidad indica que este supuesto no se cumple para este modelo.

Dependencia crack:

El análisis de correlación mostró que las variables hacinamiento e historial de drogas en la familia resultaron estadísticamente significativas al 0,05.

Tabla 24. Resumen del modelo, dependencia a crack, 2020

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.750 ^a	.563	.483	.26112

a. Variables predictoras: (Constante), p23historialdrogasenfamilia, Hacinamiento

b. Variable dependiente: dependencia crack

El R cuadrado ajustado indica que el 48% de la variabilidad es explicada por las variables independientes propuestas.

Tabla 25. ANOVA, dependencia a crack, 2020

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	.964	2	.482	7.071	.011 ^b
	Residual	.750	11	.068		
	Total	1.714	13			

a. Variable dependiente: dependencia crack

b. Variables predictoras: (Constante), p23historialdrogasenfamilia, Hacinamiento

Asimismo, la tabla de análisis de varianza indica que el modelo ajusta adecuadamente al 0,05.

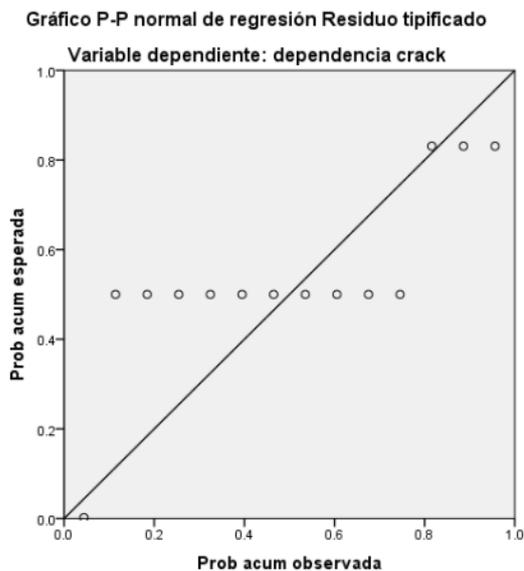
Tabla 26. Coeficientes, dependencia al crack, 2020

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	1.250	.218		5.745	.000
	Hacinamiento	-.750	.292	-.552	-2.569	.026
	p23historialdrogasenfamilia	-.250	.157	-.342	-1.593	.139

a. Variable dependiente: dependencia crack

La ecuación de regresión: $1,25 - 0,750(\text{hacinamiento}) - 0,250(\text{historial de drogas en familia})$. Hacinamiento resultó estadísticamente significativa al 0,05

Gráfico 18. P-P normal de regresión residuo tipificado, dependencia al crack, 2020



La gráfica de normalidad de residuos muestra que este supuesto no se cumple para este modelo.

Dependencia éxtasis:

El análisis preliminar de correlación indica que las variables provincia de residencia, tiempo de privación de libertad en años e historial de drogas en familia.

Tabla 27. Resumen del modelo, dependencia a éxtasis, 2020

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	1.000 ^a	1.000	1.000	.00000

a. Variables predictoras: (Constante), p23historialdrogasenfamilia, PROVINCIA_r, p21_r

b. Variable dependiente: dependencia extasis

Calculando el modelo con dichas variables se tiene que el R cuadrado ajustado muestra que dicho modelo (en teoría) tiene un ajuste perfecto. Sin embargo, este indicador debe verse con precaución debido a que el análisis se realizó únicamente con una submuestra de 5 casos, por tanto, se incumple el teorema del límite central en este caso y el análisis de regresión necesita un número mínimo de casos para que funcione adecuadamente (preferiblemente más de 30 casos). Por tanto, las estimaciones que se hagan de tal modelo conllevan un sesgo de interpretación intrínseco.

Tabla 28. ANOVA, dependencia a éxtasis, 2020

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	.800	3	.267		. ^b
	Residual	.000	1	.000		
	Total	.800	4			

a. Variable dependiente: dependencia extasis

b. Variables predictoras: (Constante), p23historialdrogasenfamilia, PROVINCIA_r, p21_r

Dado que el R cuadrado =1, el análisis de varianza es indiferente.

Tabla 29. Coeficientes, dependencia a éxtasis, 2020

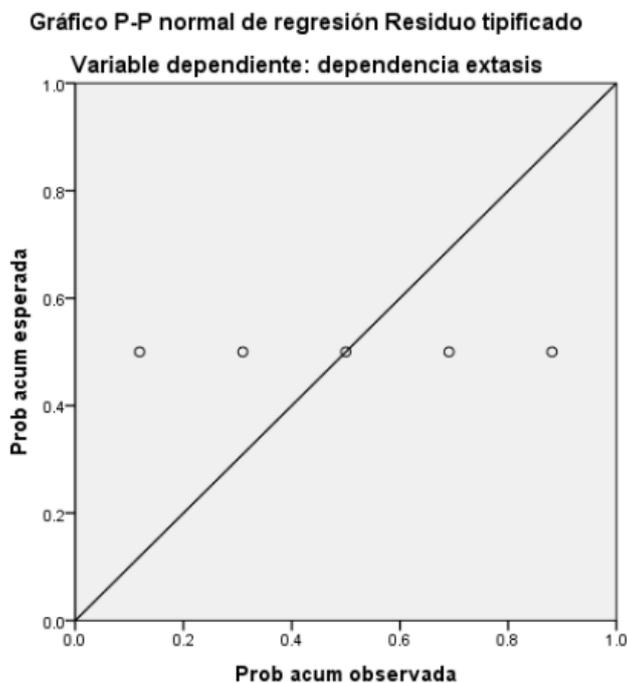
Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	2.000	.000		11405388,74	.000
	PROVINCIA_r	1.003E-013	.000	.000	.000	1.000
	p21_r	1.001E-013	.000	.000	.000	1.000
	p23historialdrogasenfamilia	-1.000	.000	-1.000	-15107049,81	.000

a. Variable dependiente: dependencia extasis

Tal y como se observa los coeficientes de regresión son cercanos a cero y por tanto la ecuación de regresión se explicaría únicamente en la constante.

Gráfico 19. P-P normal de regresión residuo tipificado, dependencia a éxtasis, 2020



En este caso tampoco se cumple el supuesto de normalidad.

Dependencia LSD:

Para el caso de dependencia de LSD no hay casos suficientes para calcular un análisis de regresión.

Ilustración 20. Información, dependencia a LSD, 2020

Advertencia

Para los modelos con variable dependiente dependencia LSD, las siguientes variables son constantes o tienen correlaciones perdidas: PROVINCIA_r, p21_r, p23historialdrogasenfamilia, edad agrupada, Nacionalidad_r, p4Callejización, p5Tipodevivienda, p6Materialesdedesecho, Hacinamiento, escolaridad, p11Jefatura, p12Hijxshijastxsacargo, p13hijxshijastrxsPME, p14Personasdependientes, p16Ingresoseconómicos, p17Seguromédico, p18Situaciónlaboral, p19Profuoficio, p20Actividadesdelictivasenfamilia, p22Historialdealcoholytabacoenfamilia, p24historialalcoholtabacoenamigos, p25Amigosqueconsumendrogas. Se eliminarán del análisis.
Para modelos con variable dependiente dependencia LSD, todavía quedan menos de 2 variables. No se pueden calcular los estadísticos.

Dependencia Ketamina:

Para el caso de dependencia de Ketamina no hay casos suficientes para calcular un análisis de regresión.

Ilustración 21. Información, dependencia a ketamina, 2020

Advertencia

Para los modelos con variable dependiente dependencia ketamina, las siguientes variables son constantes o tienen correlaciones perdidas: edad agrupada, Nacionalidad_r, PROVINCIA_r, p4Callejización, p5Tipodevivienda, p6Materialesdedesecho, Hacinamiento, escolaridad, p11Jefatura, p12Hijxshijastxsacargo, p13hijxshijastrxsPME, p14Personasdependientes, p16Ingresoseconómicos, p17Seguromédico, p18Situaciónlaboral, p19Profuoficio, p20Actividadesdelictivasenfamilia, p21_r, p22Historialdealcoholytabacoenfamilia, p23historialdrogasenfamilia, p24historialalcoholtabacoenamigos, p25Amigosqueconsumendrogas. Se eliminarán del análisis.
Para modelos con variable dependiente dependencia ketamina, todavía quedan menos de 2 variables. No se pueden calcular los estadísticos.

Dependencia Heroína:

Para el caso de la dependencia de heroína, no se reportaron casos para calcular un análisis de regresión.

Ilustración 22. Información, dependencia a heroína, 2020

Advertencia

No hay casos válidos para los modelos con variable dependiente dependencia heroína. No es posible calcular los estadísticos.
No se han encontrado casos válidos. Se ha saltado la construcción de ecuaciones.

Dependencia Inhalables:

Para el caso de la dependencia de inhalables, no se reportaron casos para calcular un análisis de regresión.

Ilustración 23. Información, dependencia a inhalables, 2020

Advertencia

No hay casos válidos para los modelos con variable dependiente dependencia_inhalables. No es posible calcular los estadísticos.
No se han encontrado casos válidos. Se ha saltado la construcción de ecuaciones.

Dependencia Psicotrópicos:

El análisis de correlación inicial mostró que las variables escolaridad, grupos de edad e historial de alcohol y tabaco en la familia resultaron estadísticamente significativas.

Tabla 30. Resumen del modelo, dependencia a psicotrópicos, 2020

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.812 ^a	.659	.583	.30378

a. Variables predictoras: (Constante), p22Historialdealcoholytabacoenfamilia, PROVINCIA_r, edad agrupada, escolaridad

b. Variable dependiente: dependencia psicotropicos

El R cuadrado muestra que la variabilidad se encuentra explicada por el modelo en un 58%. Por tanto, la bondad de ajuste es adecuada

Tabla 31. ANOVA, dependencia a psicotrópicos, 2020

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	3.208	4	.802	8.692	.000 ^b
	Residual	1.661	18	.092		
	Total	4.870	22			

a. Variable dependiente: dependencia psicotropicos

b. Variables predictoras: (Constante), p22Historialdealcoholytabacoenfamilia, PROVINCIA_r, edad agrupada, escolaridad

La tabla de ANOVA, indica que el modelo es significativo al 0,05, es decir el nivel de explicación de la variable respuesta con las variables independientes es estadísticamente significativo al 0,05.

Tabla 32. Coeficientes, dependencia a psicotrópicos, 2020

Coeficientes^a

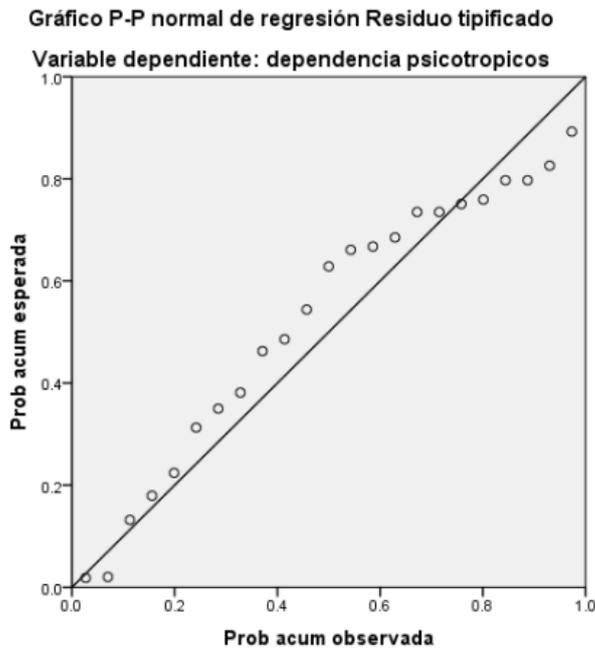
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	2.155	.359		5.996	.000
	edad agrupada	-.127	.051	-.343	-2.463	.024
	PROVINCIA_r	.062	.027	.315	2.264	.036
	escolaridad	-.171	.079	-.307	-2.176	.043
	p22Historialdealcoholytabacoenfamilia	-.530	.157	-.475	-3.375	.003

a. Variable dependiente: dependencia psicotropicos

Las variables en la ecuación de regresión:

Dependencia psicotrópicos: 2,155 – 0,127 (edad agrupada) + 0,062 (provincia de residencia) – 0,171 (nivel de escolaridad) -0,530 (historial de alcohol y tabaco en la familia).

Gráfico 24. P-P normal de regresión residuo tipificado, dependencia a psicotrónicos, 2020



El gráfico de normalidad muestra que este supuesto se cumple de manera muy leve ya que la línea punteada se aleja de la línea de igualdad en algunos tramos del rango de probabilidad.⁴

Dependencia Estupefacientes:

Ilustración 25. Información, dependencia a estupefacientes, 2020

Advertencia

No hay casos válidos para los modelos con variable dependiente dependencia estupefacientes. No es posible calcular los estadísticos.
No se han encontrado casos válidos. Se ha saltado la construcción de ecuaciones.

Para el caso de la dependencia de estupefacientes, no se reportaron casos para calcular un análisis de regresión, por tanto, no existe evidencia estadística para afirmar.

Resumen del análisis

Tabla 33. Resumen general del análisis de regresión, 2020

Variable dependiente	R2	Modelo de regresión (ANOVA)	p-valor	Nivel de significancia
Dependencia alcohol	0,172	no significativo	0,105	0,05
Dependencia tabaco*	0,085	significativo	0,003	0,05
Dependencia marihuana	0,208	no significativo	0,527	0,05
Dependencia cocaína*	0,533	significativo	0,024	0,05
Dependencia crack*	0,483	significativo	0,011	0,05
Dependencia éxtasis	1	no significativo	nulo	0,05
Dependencia LSD	-	-	-	0,05
Dependencia ketamina	-	-	-	0,05
Dependencia heroína	-	-	-	0,05
Dependencia inhalables	-	-	.	0,05
Dependencia psicotrópicos*	0,583	significativo	0	0,05
Dependencia estupefacientes	-	-	-	0,05

*modelo estadísticamente significativo al 5%

Antes de realizar el resumen del análisis, cabe mencionar que el modelo de regresión lineal para este caso específico no sea el método estadístico más adecuado para medir posibles relaciones entre la dependencia a sustancias psicoactivas y los factores sociodemográficos como variables explicativas, ya que el supuesto de linealidad no se cumple por la naturaleza dicotómica de la variable dependiente.

Tal y como se muestra la tabla anterior se exponen los datos generales de los modelos de regresión lineal múltiple según sustancia.

Las cifras muestran que el modelo de regresión para dependencia de tabaco, cocaína, crack y psicotrópicos ajusta adecuadamente con al nivel de significancia 0.05 (p valor < 0,05).

Para el caso del tabaco el 8% de la variabilidad está explicada por el modelo de las cuales la cantidad de personas dependientes y amigos que consumen drogas resultaron estadísticamente significativas, por tanto, muestran algún grado de asociación con la variable dependiente.

Considerando el análisis de regresión para la dependencia de cocaína, el 53% es explicada por el modelo. El análisis de variancia mostró que el modelo ajusta adecuadamente (ANOVA significativo), donde la asociación entre la dependencia de cocaína y acceso a servicios de salud resultó estadísticamente significativa.

De igual forma en el caso de la dependencia de crack, el R cuadrado muestra que 48% de la variabilidad está explicada por el modelo y que ajusta de manera adecuada según lo muestra el análisis de variancia. Las variables que mostraron niveles de asociación

estadísticamente significativas fueron el hacinamiento y el historial de consumo de drogas en familiares.

Además, el análisis de regresión para la dependencia de psicotrópicos, el 58% de la variabilidad está explicada por el modelo, donde la edad, la provincia de residencia, nivel de escolaridad y el historial de alcohol y tabaco en familia resultaron niveles de asociación estadísticamente significativos con respecto a la variable dependiente.

Para la dependencia de LSD, Ketamina, Heroína, Inhalables y Estupefacientes, no fue posible realizar análisis de regresión debido a la baja o nula cantidad de casos en las submuestras.

Los análisis de regresión para la dependencia de Alcohol, Marihuana y Éxtasis no resultaron estadísticamente significativos.

**CAPÍTULO II: PREVALENCIAS DE
CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS DE LA POBLACIÓN
PRIVADA DE LIBERTAD**

Capítulo II: Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Población Privada de Libertad

Alcohol

En el presente estudio, se entenderá con respecto al Alcohol lo indicado en el Glosario de términos de alcohol y drogas de la Organización Mundial de la Salud. En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas. (Ministerio de Sanidad y consumo de España, 2008)

El comprender que no existe un único tipo de alcohol es necesario para visualizar los riesgos a la salud, más allá de la sola dependencia, que existe para quienes consumen este tipo de sustancia en un entorno carcelario en donde la oferta de alcohol etílico (que es aquel autorizado para ingesta humana) se encuentra restringido por la normativa, impulsando a que sean formas artesanales de producción las que se utilicen como lo es el fermento de frutas en donde no siempre se logra la obtención de etanol sino de otros alcoholes como el metanol cuyos efectos adversos, como el daño al nervio óptico humano, son de sobra conocidos y que es parte de las consecuencias a las que se exponen las mujeres que consumen este tipo de sustancias.

Partiendo de lo anterior y antes de iniciar propiamente con el análisis de los datos que arrojó la investigación en la población femenina penitenciaria, es necesario hablar sobre el consumo de alcohol en la población costarricense en general, siendo que lo primero que hay que mencionar es que al ser una sustancia lícita su disponibilidad es amplia y limitada, en teoría, a tener más de 18 años, particularidad que no se cumple siempre. Sobre lo anterior, basta con mirar los datos del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, del año 2015, en la VI Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en Costa Rica (2018) en donde se revela que el inicio del consumo de esta sustancia comienza desde la adolescencia, los hombres en promedio a los dieciséis años y las mujeres a los 18 años. Esa misma encuesta también arrojó que el 63% de la población ha consumido alcohol alguna vez en su vida, no necesariamente de forma abusiva o hasta desarrollar una dependencia, pero sí de forma “social” en reuniones de amigos, fiestas familiares, entre otros, dado que públicamente el alcohol es una droga que cuenta con un nivel de aceptación entre la población muy alto, al ser en muchas ocasiones acompañante de la vida social de las personas, desde temprana edad, esto aunado a que no es una sustancia de alto costo económico y se puede encontrar en casi en cualquier espacio comercial y social.

Aunado a lo anterior, es importante resaltar que ante la legalidad y accesibilidad que tiene el alcohol, las personas tienden a restarle “peligrosidad” en términos de las consecuencias que puede traer en su vida personal, familiar y en general en cualquier ámbito, pese a que se ha demostrado científicamente que el alcohol tiene una alta incidencia en diversas enfermedades,

accidentes y en general en fallecimientos, no solo en Costa Rica sino también en el mundo. En ese sentido, la encuesta anteriormente citada señala:

(...) el 8,8% de la población encuestada manifestó que esa sustancia era la más peligrosa, de ese porcentaje, que incluye personas consumidoras y no consumidoras, el ex-bebedor excesivo fue la persona que más atribuyó peligrosidad al alcohol, a diferencia del consumidor activo excesivo, quien restó peligrosidad al consumo (IAFA, 2018, p.16)

Continúa señalando propiamente sobre el alcohol:

Se desprende, además, que, históricamente el consumo de alcohol ha presentado mayores repercusiones para la sociedad y para el individuo, ya sea por las consecuencias directas o indirectas producto de su consumo. Importante indicar que socialmente se consideran drogas ilegales como la cocaína, el crack y heroína, las de mayor peligrosidad en nuestro país, aspecto que evidencia mayor necesidad de educación sobre los efectos negativos del consumo del alcohol (IAFA, 2018, p.15)

Caracterización de la población

Siguiendo ese mismo análisis, es importante empezar indicando que del total de la población femenina privada de libertad que fue encuestada, el 85,8% reportó haber consumido alcohol alguna vez en su vida, siendo esta la sustancia a la que mayoritariamente tuvo exposición la población encuestada. De ese total en el CAI Liberia el 71,4% de las mujeres reportó haber consumido alcohol en algún momento de su vida, mientras que en el CAI Vilma Curling el 87,2%. De lo anterior es importante contextualizar que la edad mínima de inicio del consumo que reportaron las participantes fue de 6 años y el promedio en general fue de 17,25 años, es decir, aun siendo menores de edad.

Pese a lo anterior, es importante indicar que este porcentaje disminuye cuando se observan los datos reportados en cuanto al consumo de alcohol dentro de prisión, donde solo el 3,6% en el CAI Liberia y 8,5% de las mujeres en el CAI Vilma Curling reportaron haber consumido alcohol durante su estancia en prisión. El análisis de las razones para esta disminución se hará más adelante, acompañado de otros elementos, dado que por el momento interesa conocer las características sociodemográficas de quienes constituyen ese porcentaje de población consumidora de alcohol que llega a prisión.

De esta manera se considera relevante iniciar con elementos del contexto familiar que de alguna manera pudieron haber incidido en el consumo de las mujeres privadas de libertad que reportaron consumo de alcohol, por lo que se observa inicialmente que el 68% del total manifestaron contar con historial de consumo de alcohol o tabaco en su familia, a este porcentaje se le une un dato similar en cuanto a aquellas mujeres privadas de libertad que reportaron que durante su infancia convivieron o estuvieron bajo el cuidado de alguien con problemas de alcoholismo o drogadicción, siendo este un 64%.

Por otro lado, un elemento relevante dentro de los resultados (que se visualiza en el Capítulo IV), son los datos que vinculan a las mujeres que reportaron consumo de licor con ambientes de violencia durante su infancia. En este caso se observa que más de la mitad, específicamente el 59%, manifestaron que durante su infancia alguna vez fueron testigos de eventos en los que algún adulto de su grupo familiar ejerció situaciones de violencia física entre sí, tales como golpes, abofeteos, etc. Así también, el 62% de las mujeres reportó haber sido sujeto de violencia física por parte de alguno de sus progenitores. El 61% fue víctima de abuso sexual durante su infancia, en términos de ser “tocadas” por alguien, o bien, que ellas a solicitud de otra persona, tocaran a alguien con intención sexual. Por otro lado, el 67% de la población reportó haber vivido durante su infancia situaciones de negligencia por parte de las personas adultas que por el contrario debieron brindarle protección.

Con lo anterior no se pretende indicar que toda persona que se desarrolle en contextos familiares violentos ingrese necesariamente en prisión o con problemas de alcoholismo, pero los resultados visualizados en la encuesta permiten apreciar que los contextos familiares violentos podrían en alguna manera incidir en el tipo relación que las personas tienen con el licor, lo cual podría a posteriori, ser sujeto de alguna investigación particular en esta población que permita conocer a profundidad la relación y eventual causalidad entre estos factores.

Otros datos sociodemográficos encontrados entre la población femenina privada de libertad que reportó consumir alcohol, un 4,2% no estaba escolarizada, un 17% de las entrevistadas logró concluir la primaria, mientras que un 24,2% no pudieron finalizarla, en el tanto que un porcentaje mayor (42,4%) no logró concluir la secundaria.

Por otro lado, un 49,6% de las encuestadas manifestaron que los ingresos de su grupo familiar antes de ingresar a prisión eran suficientes, al menos para cubrir sus necesidades básicas, mientras que un 43,9% indicaron que los ingresos de su familia antes de su privación de libertad eran insuficientes. Aunado a esto, un 79,2% de las mujeres encuestadas indicaron estar ubicadas en alguna profesión u oficio remunerado mientras que 17,9% reveló estar dedicada a actividades delictivas, siendo importante aclarar que la encuesta no permitió identificar si este porcentaje que estaba dedicado propiamente a actividades delincuenciales lo hacía específicamente para solventar los ingresos insuficientes de su grupo familiar o por comportamientos antisociales y otros.

Siguiendo en el contexto sociofamiliar, comúnmente las mujeres tienen a su cargo personas menores de edad, sean hijos(as), que tienen previo a su prisionalización o bien por embarazos a lo interno de prisión, así como hijastros(as), en algunas ocasiones también hermanos(as) o sobrinos(as) los cuales por circunstancias familiares han asumido bajo su cargo. La encuesta reveló que de las mujeres que reportaron consumo de alcohol, el 21,2% indicó tener al menos 1 hijo(a), mientras que el 2,3% indicaron contar con 7 hijos(as) más, en contraposición con el 28% que no reportaron maternidad.

En otro orden de ideas, un dato que se observa relevante en la encuesta y que nos hace retornar al inicio de este análisis, es que el 78% de las mujeres privadas de libertad que

reportaron consumo de alcohol, indicaron tener amigos(as) que consumen drogas, y específicamente el 89% reportó tener amigos(as) que consumen alcohol, lo cual sustenta el argumento de que esta droga lícita es vista como menos amenazante para la salud integral de las personas y por el contrario más “social”, entendiéndose esto como aquella que es vista por grupos familiares o de pares como aceptada, precisamente porque no se consume necesariamente en espacios de riesgo como los famosos “bunker”, como otras drogas, sino tiende a ser consumida en reuniones familiares, fiestas de amigos o en otros espacios de la vida social de las personas y esto como se verá más adelante, también se traslada a la “vida social en prisión”.

Prevalencias de consumo

Se iniciará este recorrido por los resultados de la prevalencia del consumo de alcohol en las mujeres privadas de libertad, retomando una idea anterior donde se indicó que si bien es cierto una gran parte de la población encuestada reportó haber consumido alcohol alguna vez en su vida, este porcentaje (85,8%), sufre una significativa disminución cuando se observaban los resultados de la prevalencia de consumo una vez que estas mujeres ingresan a prisión, siendo que en total solamente el 8,1% de las participantes del estudio reportaron consumo de alcohol durante su estancia en prisión. Si lo vemos por separado, en el CAI Liberia solo el 3,1% de las encuestadas reportó haber consumido alcohol en prisión, mientras que en el CAI Vilma Curling 8,5% reportó lo mismo.

Tabla 34. Prevalencias de consumo de alcohol, según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	71,4%	87,2%	85,8%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	7,8%	7,1%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,4%	0,3%
Prevalencia en privación de libertad	3,6%	8,5%	8,1%

En este punto se hace necesario hacer un alto para realizar una aclaración con respecto a estos datos: y es que en los centros penales si bien no es un secreto que la policía penitenciaria constantemente está realizando requisas para incautar armas y drogas, así como cualquier otro objeto no permitido al interior del penal, podemos afirmar que cuando se trata de alcohol, lo que encuentra la policía penitenciaria no es en esencia bebidas alcohólicas comúnmente conocidas, llámese cervezas, guaro, whisky, vino, etc, sino lo que popularmente en Costa Rica se conoce como chicha: “Bebida alcohólica que resulta de la fermentación del maíz en agua azucarada, y que se usa en algunos países de América” (Diccionario de Real Academia Española, 2014)

En los centros penales, las privadas elaboran esta chicha con cualquier tipo de fruta o producto alimenticio que se pueda fermentar. Datos proporcionados por la policía penitenciaria confirman que, en cuanto a decomisos y hallazgo de bebidas etílicas o fermento de chicha incautados en módulos femeninos en el periodo de enero a julio del año 2020, en el caso del módulo femenino de Liberia cuenta con un total de 17 mujeres privadas de libertad y cuenta

con cero decomisos, y el CAI Vilma Curling Rivera cuenta con 580 mujeres privadas de libertad y cuentan con un total de 131,5 litros de bebidas etílicas o fermento de chicha. (Policía Penitenciaria del Ministerio de Justicia y Paz, 2020)

No está de más indicar que al ser la bebida alcohólica una sustancia con olor y sabor particular es más fácilmente detectable para la policía penitenciaria durante la requisita que se realiza a las encomiendas que trae la familia de la persona privada de libertad, por lo cual se disminuye casi al 100% la posibilidad de ingreso de este tipo de bebidas por esta vía, por lo cual la población privada de libertad opta por la fabricación de la chicha a lo interno del centro. Es así como ahora se puede comprender con mayor claridad, la disminución de la prevalencia de consumo de alcohol en privación de libertad en relación con la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida en la población femenina privada de libertad.

Comparando los datos actuales con estudios anteriores, se tiene que en la investigación denominada *Relación entre el delito y el consumo de drogas en mujeres sentenciadas en el Centro Penal Buen Pastor* que se llevó a cabo en el 2014 (hoy C.A.I Vilma Curling), también se pudo observar que un 46% de las privadas de libertad indicaron no consumir alcohol en prisión y solo un 11% manifestaron que sí, observándose entonces que en relación al presente estudio este porcentaje ha disminuido en un 3%.

Tabla 35. Prevalencias de consumo de alcohol, según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	63,3%	69,0%	85,8%
Prevalencia últimos 12 meses	41,6%	15,0%	7,1%
Prevalencia últimos 30 días	27,9%	3,0%	0,3%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	0,0%

Estos datos resultan relevantes para las autoridades penitenciarias y para los grupos de ayuda que apoyan la labor de dichas autoridades en cuanto al trabajo con la población femenina penitenciaria que cuenta con antecedentes de consumo de droga o están activas en el consumo. Se conoce que existen grupos de Alcohólicos Anónimos que semanal o quincenalmente realizan reuniones al interior del centro penal, cuya labor es ardua para disminuir el consumo de licor con el programa de los 12 pasos, por lo que se considera oportuno el conocimiento de esta información en aras de fortalecer las acciones que se vienen realizando y aportar nuevas estrategias de intervención con las mujeres privadas de libertad que presentan problemática de alcoholismo.

De igual manera el IAFA como institución rectora en la materia, debe procurar un mayor acercamiento a las autoridades del Ministerio de Justicia que permita a ambas instancias amalgamar proyectos, iniciativas y acciones con la población privada de libertad desde lo concreto, lo real, siendo esto lo que se busca con este tipo de investigaciones.

Tabaco

Caracterización de la población.

Para identificar y contextualizar de una mejor manera el consumo de tabaco, se hace necesario caracterizar a la población que reportó haber consumido esta sustancia al menos alguna vez en su vida. La información obtenida del estudio indica que el 11% de esta población, de previo a su prisionalización, vivía en hacinamiento, el 88,5% poseía una escolaridad de secundaria incompleta o menos, el 20,3% reportó que su actividad económica estaba en la categoría de actividades delictivas y el 43,4% mencionó que sus ingresos eran insuficientes. Estas cifras evidencian la presencia de condiciones de vulnerabilidad, mismas que exponen a quienes viven dicha realidad al consumo de sustancias psicoactivas y propician su ingreso a actividades delictivas, particularidad que Milán y Pérez (2019) asocian a la pobreza, la educación y la delincuencia, exponiendo también que la deserción escolar es un factor sociodemográfico determinante en la delincuencia.

Con respecto a su entorno familiar, el 70,5% poseía al menos un(a) hijo(a) a su cargo, lo que implica la posibilidad de que esos hijos/as estuvieran expuestos no solamente a la sustancia per se, sino a un entorno de normalización respecto al consumo de tabaco sobre todo en aquellos hogares en donde también se hacía presente el hacinamiento ya que el mismo es un facilitador para que ciertas actividades individuales terminen siendo, a falta de espacios privados, compartidas por todo el núcleo convivencial. Además, el 70% de estas mujeres poseía un historial de consumo de alcohol y tabaco en su familia, particularidad que se debe dimensionar de la mano con el hecho que el 50% de ellas presentaban un historial de consumo de drogas en su núcleo familiar lo que refiere un entorno en donde existía disponibilidad y validación social del consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales), ambos factores de riesgo para el inicio en el consumo de las mismas.

Peñañiel (2009) menciona que el entorno familiar es el primer contexto social en el que se desenvuelve una persona, y por su importancia en el proceso de socialización, la familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de sustancias psicoactivas, en tanto puede actuar licitando, neutralizando o inhibiendo este consumo.

De las mujeres que reportaron haber consumido tabaco en algún momento de su vida, el 91% poseían amigos y amigas que consumían alcohol y/o tabaco y el 83% tenía amigos y amigas que consumían drogas, cifras que evidencian un entorno más allá del familiar, en el cual también, como lo posicionan Yuen y Mak (2013), se validaba el uso de estas sustancias y que desde un punto de vista de socialización reforzaba el comportamiento al que estas mujeres ya estaban siendo expuestas en su núcleo familiar.

La información colectada evidencia que, durante su infancia y/o adolescencia, el 42% de estas mujeres fue víctima de abuso físico, el 49% reportó haber vivido y/o convivido con alguien que le causara temor, y un 43% fue víctima de abuso sexual. Es decir, el ambiente de socialización en la niñez y adolescencia de al menos 2 de cada 5 mujeres que fueron parte del

estudio incluyó algún factor considerado como adverso para el desarrollo de una persona, conceptualizando experiencias adversas, según Arce y Nuñez (2017) como aquellas situaciones que pueden incidir en el desarrollo general, cognitivo y psicoemocional, considerando que las diversas situaciones que se vivan en la etapa de niñez y adolescencia, se relacionan con la acumulación de múltiples factores de riesgo, y con secuelas durante la adultez como obesidad, cáncer, diabetes, infecciones de transmisión sexual, depresión, policonsumo de sustancias, suicidio, entre otras.

También, el 32% mencionó que fue víctima de negligencia (entendida la misma como no haber tenido suficiente de comer, utilizar ropa sucia o no tener nadie que la protegiera o cuidase). Asimismo, el 46% de las personas mencionó haber sido testigo de situaciones de abuso físico dentro de su vivienda. Por último, el 39% de estas mujeres convivió o estuvo bajo el cuidado de alguien con problemas de alcoholismo o/y drogadicción, y el 31% consideraba que nadie de su familia la amaba ni pensaba que era importante y/o especial.

Los datos presentados en los dos últimos párrafos son una mera descripción del entorno que la población estudiada experimentó no obstante, los mismos llaman a la necesidad de adentrarse en estudios más profundos que permitan identificar la relación causal que pudiese existir entre dichos factores y el involucramiento con las actividades delictivas que llevaron a esta población a su prisionalización, así como si dichos factores están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que parte de ellas reporta tanto de previo a su prisionalización como dentro del sistema penitenciario.

Prevalencias de consumo

Con respecto a la prevalencia de consumo de tabaco, es importante evidenciar que la edad de inicio de consumo (promedio) en la población de estudio fue de 16,8 años en contraste con los 17,4 años que se reporta en población general (IAFA, 2018) factor que es, en parte, explicado por la disponibilidad de la sustancia, misma que es respaldada por la legalidad del acceso a la misma para cualquier persona mayor de 18 años en el territorio costarricense, normativa que las cifras referentes a la edad del primer consumo hacen evidente que no se respeta a plenitud.

Siendo que el diseño del estudio incluye, dentro de su muestra, dos estratos; es posible conocer la dinámica de consumo dentro de cada uno de los mismos.

Tabla 36. Prevalencia de consumo de tabaco según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	50,0%	72,6%	70,6%
Prevalencia últimos 12 meses	3,5%	47,0%	43,0%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	44,8%	40,8%
Prevalencia en privación de libertad	25,0%	54,4%	51,8%

La información relativa al estrato de mujeres de Liberia debe contextualizarse en función de la dinámica requerida para ser parte del mismo ya que desde el año 2018 supone ser un espacio “de no fumado” por lo que todas las mujeres allí privadas de libertad tienen que firmar un acta de compromiso con dicha norma de previo a ingresar al módulo, pero no necesariamente quienes se encuentran allí han cumplido toda su condena en dicho módulo.

Al comparar los datos del presente estudio con los de la VI Encuesta Nacional en Población General realizada por el IAFA (2015) se denota que las distintas prevalencias de consumo de tabaco en la población femenina privada de libertad son mayores, siendo dichas diferencias al menos tres veces más altas (prevalencia de vida). Esta situación debe ser analizada en su justa dimensión, es decir; desde el punto de vista de los factores protectores y de riesgo a los que estuvo expuesta cada población en particular, para que sean estos mismos los que se fortalezcan y prevengan para poder lograr, desde sus raíces estructurales, una disminución de las prevalencias de consumo de este tipo de sustancias.

Tabla 37. Prevalencia de consumo de tabaco, según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	24,3%	63,0%	70,6%
Prevalencia últimos 12 meses	7,6%	47,0%	43,0%
Prevalencia últimos 30 días	5,5%	44,0%	40,8%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	51,8%

Marihuana

Caracterización de la población.

La marihuana es una sustancia psicoactiva que el National Institute on Drug Abuse (2019) define como hojas secas, flores, tallos y semillas de la planta *Cannabis sativa* o *Cannabis indica*. La planta contiene tetrahidrocannabinol (THC) y otros compuestos similares, siendo el THC una sustancia química que provoca alteraciones mentales. La cantidad de THC que se encuentra en la marihuana ha ido en constante aumento en las últimas décadas, por ende, es importante señalar que los niveles más altos de THC podría generar mayor riesgo de adicción si la persona es expuesta a dosis más altas de manera regular.

Con el fin de contextualizar el consumo de marihuana en la población de estudio, se señala que un 43,9% presenta secundaria incompleta y un 22,5% primaria incompleta. El 19,8% reporta que la actividad económica realizada correspondía a actividades delictivas. Con respecto a los ingresos económicos, reportan un 54% ingresos suficientes, siendo un 30,5% las mujeres que refieren no tener hijos a su cargo.

En cuanto al entorno familiar, un 73,3% reporta familiares con historial de consumo de sustancias psicoactivas de alcohol/tabaco, un 50% de otro tipo de drogas en la familia. Un 92,5% reporta amistades con consumo de alcohol y tabaco y un 90% de amistades que consumen otro tipo de drogas. Es decir que el uso de drogas por parte de personas cercanas a las mujeres privadas de libertad es de uso común, lo que podría generar una percepción de normalidad con respecto al uso de drogas en estas mujeres, es decir, el consumo de drogas en su medio inmediato es cotidiano y forma parte de su normalidad.

Con respecto a la infancia, un 43% refirió haber estado bajo el cuidado de personas con problemática de alcohol u otro tipo de drogas. Un 32% refirió no sentirse querido en su núcleo familiar. Un 48% refiere haber sido testigo de situaciones de violencia en el hogar, un 38% refiere conductas de negligencia, un 53% refiere convivencia con una persona que le genera temor. De igual manera, un 45% refiere historial de abuso sexual y un 45% señala violencia física, evidenciándose que muy cerca de la mitad de las mujeres privadas de libertad que han consumido marihuana han sido víctimas de violencia en alguna de sus manifestaciones. Esta información resulta útil para incorporar en programas de prevención que integren la atención y prevención de la violencia contra las mujeres.

Prevalencias de consumo

En cuanto a la prevalencia de consumo, es importante señalar que la edad de inicio de consumo (promedio) de marihuana es de 17.5, siendo el mínimo de edad reportado a los 7 años y el máximo 50 años. La edad de inicio promedio coincide con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General realizada en el año 2015 por el IAFA (2018) donde se indica que la edad promedio de inicio en mujeres en ese año fue de 17,9 años.

En esta misma investigación (IAFA, 2018) se refiere a la percepción de peligrosidad que “la marihuana fue la sustancia psicoactiva ilegal que registró menos peligrosidad” (p.19), además señala que “la marihuana ha tenido en los últimos años una publicidad enfocada en el

uso medicinal que ha generado impacto en la opinión pública desde diferentes vertientes positivas y negativas” (p. 19), por lo que este inicio de consumo de marihuana en la etapa de adolescencia, podría estar asociada a una percepción de baja peligrosidad de esta droga, sumado a la normalización del consumo como se señaló en el apartado anterior. Esta información apunta a la necesidad de establecer programas de prevención dirigidos en específico a mujeres adolescentes. En cuanto a la prevalencia de consumo, se obtuvieron los siguientes datos:

Tabla 38. Prevalencia de consumo de marihuana según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	32,1%	63,3%	60,5%
Prevalencia últimos 12 meses	3,6%	16,4%	15,2%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	9,6%	8,7%
Prevalencia en privación de libertad	10,7%	24,2%	23,0%

Al describir los resultados obtenidos, se obtiene que la prevalencia de vida es del 60,5% de la población, la del año corresponde al 15,2% y la del mes es del 8,7%, así mismo, el 23% de la población señala haber consumido en la privación de libertad. La marihuana se presenta entonces como una droga que más de la mitad de las mujeres ha probado alguna vez en su vida y aunque casi una cuarta parte de las mujeres privadas de libertad la han utilizado durante la prisionalización, reportan en su mayoría no haberla consumido en el último año y disminuye drásticamente su uso en el último mes. Si bien esto podría deberse a un sub reporte de consumo reciente con el objetivo de proyectar una imagen positiva, lo que es tendencia en la población privada de libertad con miras a ser valoradas positivamente ante un posible otorgamiento de beneficio, también podría resultar provechoso investigar los factores que las han llevado a disminuir el consumo de marihuana dentro de prisión.

Al comparar la información en el Centro de Atención Institucional de Liberia, en este se identifica una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 32,1%, la de año corresponde a un 3,6%, la de mes corresponde a 0%, y el 10,7% reporta haber consumido marihuana en su privación de libertad. Por otro lado, en el Centro de Atención Institucional Vilma Curling, la prevalencia de alguna vez en la vida es del 63,3%, en el último año 16,4% y en el último mes del 9,6% y un 24,2% con respecto al consumo en privación de libertad. Estos datos, describen diferencias importantes entre ambos centros, presentando un porcentaje mayor en el C.A.I. Vilma Curling, versus el C.A.I. Liberia, donde el perfil de mujeres que se encuentran privadas de libertad varía, lo cual pudiese estar influenciado por las características del centro, el tamaño de la población, las medidas de restricción para permanecer en dicho espacio, entre otros.

Tabla 39. Prevalencia de consumo de marihuana, según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	0,0%	54,0%	60,1%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	21,0%	15,2%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	17,0%	8,7%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	23,0%

Como se aprecia en el cuadro, los datos obtenidos en la presente investigación sobre prevalencia de consumo alguna vez en la vida coincide con los obtenidos en la investigación realizada por el ICD en el 2014 “Relación entre delito y consumo de drogas en mujeres sentenciadas, CAI Buen Pastor”. Sin embargo, el consumo en los últimos 30 días se redujo a prácticamente la mitad con respecto a los datos obtenidos en el 2014.

Cocaína

La cocaína es una droga estimulante poderosamente adictiva hecha de las hojas de la planta de coca, nativa a Sudamérica, según indica el National Institute on Drug Abuse (2018). Señalan que, aunque proveedores del cuidado de salud la podrían utilizar para propósitos válidos médicamente, por ejemplo: como anestesia local para algunas cirugías, continúa siendo una droga ilegal.

La contextura de la cocaína es como un polvo fino blanco cristalino, siendo que los distribuidores de la calle la mezclan con otras sustancias para incrementar la cantidad y así generar mayor ganancia, utilizando sustancias como almidón de maíz, polvo de talco o harina. Inclusive suele ser mezclada con otras drogas como la anfetamina (un estimulante) o con opioides sintéticos, entre ellos el fentanilo, lo cual incrementa el riesgo de consumo dados los efectos que cada uno de los excipientes anteriores puede agregar al producto final consumido.

Caracterización de la población.

Con el fin de contextualizar el consumo de cocaína en la población de estudio, se obtiene la siguiente información: el 46,9% presenta secundaria incompleta, un 25,4% se dedicaba a la realización de actos ilícitos. El 51,5% reporta ingresos económicos suficientes, el 33,8% no refiere tener hijos a su cargo.

Con respecto a la historia familiar, un 76% refiere historial de consumo de alcohol y tabaco, un 52% señala historial de otro tipo de drogas en su familia. En cuanto al contexto social, un 93% indica historial de consumo de alcohol y tabaco en sus amistades, y un 92% que refiere amistades que consumían otro tipo de sustancias psicoactivas. Es decir, en el marco familiar, el consumo de drogas legales se encuentra presente desde la infancia de estas mujeres, y posteriormente se siguen desarrollando en contextos donde el consumo es casi una norma que se refleja en que más del 90% de la población tenía un contexto social y familiar que consumieron sustancias psicoactivas consideradas ilegales.

En cuanto a su infancia, un 35% indicó no sentirse amado por su familia, un 53% refiere haber estado bajo el cuidado de una persona con problemas de alcoholismo o drogadicción. Así mismo un 52% señala haber sido testigo de situaciones de violencia física, un 42% reporta haber sido víctima de conductas negligentes en su familia. El 51% señala historial de abuso sexual, un 59% refiere convivir con alguien que le atemorizara y por último un 50% reporta haber sido víctima de violencia física. Aparecen nuevamente las vivencias de violencia en diferentes manifestaciones como un factor asociado al consumo de sustancias psicoactivas, en este caso la cocaína.

Prevalencias de consumo

En cuanto a la prevalencia de consumo de la cocaína, es importante señalar que la edad de inicio de consumo -promedio es de 18,46 siendo el mínimo de edad reportado a los 10 años y el máximo 45 años.

Tabla 40. Prevalencia de consumo de cocaína, según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	25,0%	43,8%	42,1%
Prevalencia últimos 12 meses	3,6%	2,5%	2,6%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,4%	0,3%
Prevalencia en privación de libertad	3,6%	8,2%	7,8%

Con respecto a los resultados obtenidos, la prevalencia de vida es del 42,1% de la población, la de año corresponde al 2,6% y la de mes es del 0,3%, así mismo, el 7,8% de la población femenina señala haber consumido en la privación de libertad.

Al analizar los resultados en diferentes centros, se obtiene la información de que, en el Centro de Atención Institucional de Liberia, se identifica una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 25%, la de año corresponde a un 3,6%, la de mes corresponde a 0%, y el 3,6% reporta haber consumido marihuana en su privación de libertad. En cuanto al Centro de Atención Institucional Vilma Curling, la prevalencia de alguna vez en la vida es del 43,8%, en el último año 2,5% y en el último mes del 0,4% y un 8,2% con respecto al consumo en privación de libertad. Lo anterior, permite descifrar mayor consumo en el C.A.I. Vilma Curling, en la privación de libertad, siendo importante analizar factores que influyeron en que el porcentaje mayor de consumo en el último mes se de en el C.A.I. de Liberia.

Este bajo porcentaje de consumo tanto del último año como dentro de prisión podría relacionarse con el costo económico de esta droga, que resulta difícil de enfrentar con la reducción de ingresos dentro de un centro penal.

Tabla 41. Prevalencia de consumo de cocaína, según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	0,0%	37,0%	42,1%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	11,0%	2,6%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	1,0%	0,3%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	7,8%

Al comparar los datos de la investigación realizada en el año 2014 con respecto a los datos obtenidos en la presente investigación se evidencia una disminución en el consumo de cocaína del último año, pasando del 11% al 2,6%.

Crack

Para definir el crack se acudió al Atlas del Consumo de Drogas en Costa Rica 2015, elaborado por el IAFA (2018), donde se define como: “es el alcaloide la cocaína (base libre), un compuesto amorfo que puede contener cristales de cloruro sódico. Es de color beige. El nombre de crack deriva del sonido que hace el compuesto al calentarse. Tiene un alto poder adictivo”. (p. 11).

El crack se produce a base de cocaína, según aparece en la página de National Drugs Intelligence Center (2006) “se produce disolviendo la cocaína en polvo en una mezcla de agua y amoníaco o bicarbonato de sodio. Se hierva la mezcla hasta que se forma una sustancia sólida. Se separa el sólido del líquido, se seca, y se parte en trozos (piedras) que se venden como crack de cocaína” (párr.2)

Es por ser derivado de la cocaína que World Health Organization (2004) no hace diferencia al describir los efectos del crack que los que produce la cocaína:

(...) es un poderoso estimulante del sistema nervioso que puede aspirarse intranasalmente, inyectarse intravenosamente o fumarse. El uso que han dado distintas culturas a la cocaína está presente en las hojas de *Erythroxylon coca*, árbol originario de Bolivia y Perú. Efectos sobre la conducta. La cocaína incrementa la lucidez, la sensación de bienestar y la euforia, aumenta la energía y la actividad motora, la sensación de vigor y la capacidad sexual. También son frecuentes la ansiedad, paranoia e inquietud. Se puede aumentar el rendimiento atlético en deportes en los que se requiere atención y resistencia. Con una dosis excesiva se presentan temblores, convulsiones y una mayor temperatura corporal. La activación del sistema nervioso simpático aparece concomitantemente con los efectos sobre la conducta. Durante una sobredosis de cocaína puede ocurrir taquicardia, hipertensión, infarto al miocardio y hemorragias cerebrovasculares. Conforme disminuyen los efectos de la droga, el usuario se siente disfórico, cansado, irritable y levemente deprimido, lo que puede incitar de nuevo al uso de la droga para recuperar la experiencia anterior” (p. 89)

Caracterización de la población.

En cuanto a los resultados obtenidos con respecto al consumo de crack en la población estudiada, se define que el 37,6% presenta escolaridad incompleta. El 29,9% se dedicaba a realizar actos ilícitos, siendo un 50,4% señala que sus ingresos económicos eran insuficientes. El 20,5% refiere tener al menos un hijo.

Con respecto a la historia familiar, un 76% refiere familiares que presentaban consumo de alcohol y tabaco, un 57% refiere consumo de otro tipo de sustancias psicoactivas. Un 96% reporta amistades que consumen alcohol y tabaco, un 93% refiere consumo de otro tipo de drogas.

En cuanto a su infancia, un 39% refiere no sentirse querido por sus familiares, un 52% refiere haber convivido o estado a cargo de una persona con problemática de consumo de alcohol o drogadicción. Un 54% refiere haber tenido experiencias de violencia física, un 43% refiere conductas negligentes en su historia familiar. El 53% refiere eventos de violencia sexual, un 59% reporta haber convivido con una persona que le atemorizara y un 50% señala agresiones significativas por parte del padre u otro adulto.

Se considera que la baja escolaridad, ingresos insuficientes, contexto familiar y de amistades con un historial de consumo de licor y otras sustancias psicoactivas, así como experiencias de violencia en diferentes manifestaciones, se presentan como factores de riesgo para el consumo de diversas sustancias psicoactivas, entre ellas el crack.

Prevalencias de consumo

En cuanto a la prevalencia de consumo, es importante señalar que la edad de inicio de consumo (promedio) del crack es de 18,7, siendo el mínimo de edad reportado a los 7 años y el máximo 45 años.

El crack no es una sustancia que se presente como la droga de inicio en la historia de estas mujeres, postergándose el consumo de esta hasta la mayoría de edad. En esto puede influir elementos como el hecho de que el alcohol y el tabaco son legales y la ilegalidad puede funcionar inicialmente como un límite.

Tabla 42. Prevalencia de consumo de crack, según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	14,3%	40,2%	37,9%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	6,8%	6,1%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	1,4%	1,3%
Prevalencia en privación de libertad	3,6%	12,8%	12,0%

Con respecto a los resultados obtenidos, se visualiza una prevalencia de vida del 37,9% de la población, la de año corresponde al 6,1% y la de mes es del 1,3%, así mismo, el 12% de la población señala haber consumido en la privación de libertad. Si se compara la prevalencia de vida del crack con la de la cocaína, la prevalencia de consumo de crack es menor que en el caso de la cocaína. Sin embargo, el consumo dentro de prisión de crack es un poco más alto que en el caso de la cocaína, lo que podría asociarse a que el crack tiene un costo más bajo que la cocaína. Aun así, en el caso de ambas sustancias su consumo dentro de prisión es inferior al consumo de marihuana por ejemplo, aspecto que puede estar asociado a que se percibe que el crack representa una mayor peligrosidad ante otras sustancias.

Ante el análisis realizado en cuanto a la información en el Centro de Atención Institucional de Liberia, en este se identifica una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 14,3%, la de año corresponde a un 0%, la de mes corresponde a 0%, y el 3,6% reporta haber consumido crack en su privación de libertad. Por otro lado, en el Centro de Atención Institucional Vilma Curling, la prevalencia de alguna vez en la vida es del 40,2%, en el último

año 6,8% y en el último mes del 1,4% y un 12,8% con respecto al consumo en privación de libertad. Lo anterior, podría reflejar de igual manera el difícil acceso a la sustancia en el C.A.I. Liberia debido a la población total que habita en dicho centro, versus la facilidad de adquisición y pago de la sustancia en el C.A.I. Vilma Curling, en el cual la población encuestada refiere un porcentaje mayor en cuanto al consumo dentro de prisión.

Tabla 43. Prevalencia de consumo de crack, según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	0,0%	37,0%	37,9%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	11,0%	6,1%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	3,0%	1,3%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	12,0%

Al realizar comparación con resultados de estudio “Relación entre delito y el consumo de drogas en mujeres sentenciadas en el Centro Penal Buen Pastor”, realizado en el 2014, la prevalencia de vida se mantiene constante desde el 2014 hasta la actualidad, sin embargo la prevalencia de los últimos 12 meses disminuye casi a la mitad de acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación, lo mismo con respecto a la prevalencia del último mes, que baja un poco más de la mitad de acuerdo a lo reportado en la presente investigación.

Éxtasis

El éxtasis es una droga sintética que altera el estado de ánimo y la percepción (la conciencia de los objetos y las condiciones circundantes). Esta, es químicamente similar a ambos, los estimulantes y los alucinógenos, produciendo sentimientos de aumento de la energía, el placer, la calidez emocional y distorsiones en la percepción sensorial y del tiempo, National Institute on Drug Abuse (2018).

Caracterización de la población.

En cuanto a los resultados en la población de estudio se identifica que, del total de la muestra, un 42,6% presenta secundaria incompleta, un 23,4% refiere realización de actividades delictivas. Un 38,3% refiere ingresos económicos insuficientes, el 29,8% señala al menos una persona menor de edad a su cargo.

Con respecto al historial familiar, el 74% reporta familiares que consumían alcohol y tabaco, un 45% refiere consumo de otro tipo de sustancias psicoactivas. Un 91% señala amistades que presentaban consumo de alcohol y tabaco y un 94% consumía otro tipo de drogas.

En la historia de infancia se identifica que un 45% no se siente querido por su familia, un 53% señala haber sido testigo de situaciones de violencia física en el hogar. Un 40% vivió eventos de negligencia en su familia, un 47% señala historial de abuso sexual, un 62% señala haber convivido con una persona que le atemorizara y un 51% reporta ser sobreviviente de violencia física ya sea por sus padres u otro adulto.

Prevalencias de consumo

En cuanto a la prevalencia de consumo, es importante señalar que la edad promedio de inicio de consumo de éxtasis es de 20,8, siendo el mínimo de edad reportado a los 10 años y el máximo 40 años.

Tabla 44. Prevalencia de consumo de éxtasis, según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	3,6%	16,4%	15,2%
Prevalencia últimos 12 meses	3,6%	1,4%	1,6%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,7%	0,6%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	1,8%	1,6%

Con respecto a los datos obtenidos, se identifica que la prevalencia de vida es del 15,2% de la población, la de año corresponde al 1,6% y la de mes es del 0,6%, así mismo, el 1,6% de la población señala haber consumido en la privación de libertad. Hay una disminución en el consumo de esta droga una vez se ingresa a prisión, posiblemente relacionado a la poca disponibilidad de la misma dentro del Centro Penal, el elevado costo que podría tener, entre otras razones que deberían ser estudiadas.

Al comparar la información obtenida entre los centros cerrados de mujeres, se define que en el Centro de Atención Institucional de Liberia, se tiene una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 3,6%, la de año corresponde a un 3,6%, la de mes corresponde a 0%, y el 0% reporta haber consumido éxtasis en su privación de libertad. Por otro lado, en el Centro de Atención Institucional Vilma Curling, la prevalencia de alguna vez en la vida es del 16,4%, en el último año 1,4% y en el último mes del 0,7% y un 1,8% con respecto al consumo en privación de libertad. Estos datos podrían brindar información en cuanto a la forma en que influye la dificultad para acceder a dicha sustancia en centros cerrados o institucionales, lo cual podría estar mediado por el costo de la sustancia psicoactiva. Los resultados evidencian que no es una droga de uso preferencial.

Tabla 45. Prevalencia de consumo de éxtasis según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	0,0%	8,0%	15,2%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	2,0%	1,6%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,0%	0,6%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	1,6%

Hay un aumento, casi de un 100% más en el consumo de Éxtasis desde el año 2014 a lo reportado el presente año, siendo necesario ampliar con investigaciones sobre las razones para ello.

LSD

El LSD según la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos citado por Medline Plus (2018), se menciona que el LSD son las siglas en inglés de la dietilamida de ácido lisérgico; la cual es una droga ilegal que se ingiere por vía oral y se presenta en forma de polvo blanco o de un líquido claro sin color. Se encuentra disponible en forma de polvo, líquido, tableta o cápsula.

Caracterización de la población

Con el fin de contextualizar el consumo del LSD, se caracteriza a la población que reportó haber consumido esta sustancia al menos alguna vez en su vida.

Se establece que el 15% de la población se encontraba en hacinamiento, y el 93% de las mujeres entrevistadas poseía una escolaridad de secundaria incompleta o menos y el 7% restante tenía un nivel académico de Universitaria completa o incompleta.

El 19% reporta que su actividad económica estaba en la categoría de actividades delictivas, y el 61% expresó que sus ingresos eran suficientes y 29% que eran insuficientes.

Con respecto a su entorno familiar, el 74% poseía al menos un (a) hijo(a) a su cargo, y un 13% con más de tres hijos, lo que implica la posibilidad de que estas personas estuvieran en algún momento expuestas a este tipo de sustancias.

El 74% de las personas, poseía un historial de consumo de alcohol y tabaco en su familia, y el 39% presentaban un historial de consumo de drogas en su núcleo familiar. Asimismo, el 94% de las personas que consumieron alguna vez en la vida LSD poseían amigos y amigas que consumían alcohol, tabaco y drogas.

Es posible evidenciar contextos donde la presencia de sustancias legales e ilegales es una realidad, este aspecto no sólo incide en la disponibilidad de sustancias que puede existir, sino también en la percepción de riesgo que puede tener la población con respecto a las sustancias psicoactivas.

Su infancia (Experiencias Adversas en la Niñez y la Adolescencia) se caracterizó por los siguientes aspectos: el 52% fue víctima de abuso físico, el 58% reportó haber vivido y/o convivido con alguien que le causara temor, y un 45% de las mujeres, fue víctima de abuso sexual. Asimismo, el 55% de las personas mencionó haber sido testigo de situaciones de abuso físico dentro de su vivienda. Se muestra que más de la mitad de la población, estuvo expuesta a algún tipo de violencia durante su niñez y adolescencia.

El 42% menciona que sufrió negligencia (no tuvo suficiente de comer, utilizó ropa sucia o no tuvo nadie que lo protegiera o cuidase) y el 48% de las mujeres, convivió o estuvo bajo el cuidado de alguien con problemas de alcoholismo o/y drogadicción, y el 42% consideraba que nadie de su familia lo amaba ni pensaba que era importante y/o especial.

Prevalencias de consumo

Con respecto a la prevalencia de consumo, es importante evidenciar que la edad de inicio de consumo (promedio) de LSD es de 21,06 años, siendo la edad mínima reportada 13 años.

Tabla 46. Prevalencia de consumo de LSD, según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	0,0%	11,0%	10,0%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	0,4%	0,3%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,0%	0,0%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	2,8%	2,6%

En relación con la población total del estudio, la prevalencia de vida es del 10,0% de la población, la de año corresponde a 0,3% y la de mes es del 0%, además, el 2,6% de la población había consumido en privación de libertad.

Si se segmentan por centro penal, en el CAI Liberia, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es del 0%, en el caso del Centro de Atención Institucional Vilma Curling, la prevalencia de alguna vez en la vida es del 11,0%, en el último año, del 0,4% y en el último mes del 0%, con respecto al consumo en privación de libertad, este corresponde al 2,8%.

Por lo tanto, se evidencia una diferenciación importante entre ambos centros, donde en uno se reporta un 0% de consumo de LSD, mientras que en el otro, la prevalencia de vida es del 11,8%, siendo importante mencionar que éste último tiene a la mayor población de mujeres, las cuales son provenientes de las diferentes provincias del país.

Si se comparan estos datos con el estudio “Relación entre delito y el consumo de drogas en mujeres sentenciadas en el Centro Penal Buen Pastor”, realizado en el 2014, se aprecia que la edad promedio de inicio de consumo fue de 17,5 años, y la edad mínima corresponde a 16, la prevalencia alguna vez en la vida correspondió al 6,0%, en los últimos 12 meses del 1% y en los últimos 30 días del 0%.

Es posible apreciar que hay un aumento en la edad de inicio de consumo, aspecto que puede estar mediados por múltiples factores, donde se pueden mencionar actividades de prevención, exposición a la sustancia, entorno que consume este tipo de droga, entre otros. Se visualiza que la prevalencia de consumo en la población total es mayor, pasando de un 6% a un 10%, evidenciando una necesidad de trabajar con la población que se encuentra en privación de libertad, con respecto al consumo de este tipo de sustancia. Siendo que la edad de inicio (promedio) es mayor en este último estudio.

Por último, es importante mencionar que la VI Encuesta Nacional 2015 Consumo de Drogas en Costa Rica, establece que la prevalencia de consumo de LSD alguna vez en la vida en población femenina es del 0,4%, alguna vez en el último año del 0,1% y en el último mes del 0,1%.

El LSD según la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2018) citado por Medline puede generar efectos negativos a nivel físico y emocional de diferentes maneras y puede llevar a padecimientos como: aumento en el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal, insomnio, inapetencia, temblores y sudoración, entre los problemas mentales se encuentra ansiedad, depresión y esquizofrenia, lo que ocasiona un detrimento en su calidad de vida; según se refleja en el presente estudio la edad de inicio de consumo es en la etapa de la adolescencia, siendo esto un factor de riesgo.

Tabla 47. Prevalencia de consumo de LSD, según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	0,9%	6,0%	10,0%
Prevalencia últimos 12 meses	0,4%	1,0%	0,3%
Prevalencia últimos 30 días	0,2%	0,0%	0,0%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	2,6%

Heroína

La Heroína según la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos citado por Medline Plus (2019) menciona que es una droga opioide proveniente de la morfina, una sustancia natural en el capullo de la amapola o adormidera asiática, su apariencia es un polvo blanco/marrón o una sustancia pegajosa negra. Esta droga se inyecta con una aguja, la cual puede ser fumada o inhalada por la nariz. Todas estas formas de consumir heroína la envían al cerebro muy rápido, lo que la hace muy adictiva.

Con el fin de contextualizar el consumo de la heroína, se caracteriza a la población que reportó haber consumido esta sustancia al menos alguna vez en su vida. Se establece que el 33% de la población se encontraba en hacinamiento, y el 50% de las mujeres entrevistadas poseía una escolaridad de primaria incompleta y el otro 50% de secundaria incompleta, lo que evidencia que iniciaron su proceso educativo, pero ninguna lo culminó.

El 75% reporta que su actividad económica estaba en la categoría de actividades delictivas, y el 50% reportó que sus ingresos eran suficientes y 50% que eran insuficientes.

Con respecto a su entorno familiar, el 50% no tenía un(a) hijo(a) a su cargo, y el otro 50% tenía una cantidad máxima de dos hijos, lo que implica la posibilidad de que estas personas estuvieran en algún momento expuestas a este tipo de sustancias.

En la totalidad de las mujeres entrevistadas su grupo familiar de origen presentaba un historial de consumo de alcohol y tabaco. El 50% evidenció un historial de consumo de drogas en su núcleo familiar. Asimismo, la totalidad de las personas entrevistadas que consumieron alguna vez en la vida Heroína poseían amigos y amigas que consumían alcohol, tabaco y drogas.

Es posible evidenciar contextos donde la presencia de sustancias legales e ilegales es una realidad, este aspecto no sólo incide en la disponibilidad de sustancias que puede existir, sino también en la percepción de riesgo que puede tener la población con respecto a las sustancias psicoactivas.

Su infancia (Experiencias Adversas en la Niñez y la Adolescencia) se caracterizó por los siguientes aspectos: el 25% fue víctima de abuso físico, el 25% reportó haber vivido y/o convivido con alguien que le causara temor, y un 25% de las mujeres, fue víctima de abuso sexual. Asimismo, el 25% de las personas mencionó haber sido testigo de situaciones de abuso físico dentro de su vivienda. Se muestra que más de la mitad de la población, estuvo expuesta a algún tipo de violencia durante su niñez y adolescencia.

El 75% menciona que sufrió negligencia (no tuvo suficiente de comer, utilizó ropa sucia o no tuvo nadie que lo protegiera o cuidase) y el 75% de las mujeres, convivió o estuvo bajo el cuidado de alguien con problemas de alcoholismo o/y drogadicción, y la mitad de la población entrevistada que consume Heroína consideraba que nadie de su familia lo amaba ni pensaba que era importante y/o especial.

Prevalencias de consumo

En cuanto a la prevalencia de consumo, se obtuvieron los siguientes datos:

Tabla 48. Prevalencia de consumo de heroína, según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	0,0%	1,4%	1,3%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	0,0%	0,0%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,0%	0,0%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	0,0%

Con respecto a la prevalencia de consumo, es importante evidenciar que la edad de inicio de consumo (promedio) de la Heroína es de 17,5 años, siendo la edad mínima reportada 13 años.

En cuanto a la población total del estudio, la prevalencia de vida es del 1,3% de la población, la de año corresponde a 0% y la de mes es del 0%, además, el 0% de la población había consumido en privación de libertad.

Visualizado por centro en el CAI Liberia, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es del 0%, en el caso del Centro de Atención Institucional Vilma Curling, la prevalencia de alguna vez en la vida es del 1,4%, en el último año, del 0% y en el último mes del 0%, con respecto al consumo en privación de libertad, este corresponde al 0%.

Por lo tanto, se evidencia una diferenciación importante entre ambos centros, donde en uno se reporta un 0% consumo de Heroína, mientras que, en el otro, la prevalencia de vida es del 1,4%, siendo importante mencionar que éste último tiene a la mayor población de mujeres, las cuales son provenientes de las diferentes provincias del país.

Si se comparan estos datos con el estudio “Relación entre delito y el consumo de drogas en mujeres sentenciadas en el Centro Penal Buen Pastor”, realizado en el 2014, se aprecia que la edad promedio de inicio de consumo fue de 16,3 años, y la edad mínima corresponde a 7, la prevalencia alguna vez en la vida correspondió al 3%, en los últimos 12 meses del 1% y en los últimos 30 días del 0%.

Es posible apreciar que hay un aumento en la edad de inicio de consumo, aspecto que puede estar mediado por múltiples factores, donde se pueden mencionar actividades de prevención, exposición a la sustancia, entorno que consume este tipo de droga, entre otros. Se evidencia que la prevalencia de consumo en población total es menor, pasando de un 3% a un 1,3%, por lo que se refleja una disminución del consumo de la droga en mención, en el lapso de comparación de ambos estudios. Siendo la edad de inicio (promedio) es mayor en este último estudio.

Por último, si se compara con los datos país, la VI Encuesta Nacional 2015 Consumo de Drogas en Costa Rica (2018), establece que la prevalencia de consumo de Heroína alguna

vez en la vida en población femenina es del 0,2%, alguna vez en el último año del 0% y en el último mes del 0%. Con respecto a la edad de inicio de consumo en este estudio se indica que es de 12,5.

Según la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos citado por Medline plus (2019) se indica que: “la persona que la consume pueda llegar a adquirir enfermedades infecciosas tales como el VIH/SIDA, la hepatitis y hasta la muerte por sobredosis”, lo que refleja que este tipo de droga altamente adictiva puede generar efectos adversos a la salud y calidad de vida de las personas que la consumen.

Tabla 49. Prevalencia de consumo de heroína, según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	0,3%	3,1%	1,3%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	1,0%	0,0%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,0%	0,0%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	0,0%

Ketamina

La ketamina es una droga que popularmente es conocida por nombres como Keta, Special K, Kit-Kat, entre otros, que inicialmente se utilizaba en contextos médicos y también en la veterinaria, sin embargo, debido a los efectos que causa en dosis altas, cada vez más es utilizada para fines no lícitos e insanos.

La Dirección General de Salud Pública y Consumo (2020), refiere que la ketamina es un anestésico general. La forma de consumo es por medio de la inyección vía intramuscular o intra o endovenosa, y en su presentación sólida (en forma de polvo), se esnifa.

Caracterización de la población

En el presente estudio, la Ketamina también es una droga que se consume tanto fuera como dentro de prisión por las privadas de libertad, siendo que un total de 18,8% de las encuestadas reportaron haber consumido esta sustancia alguna vez en su vida, mientras que 4,2% expresaron abiertamente haber consumido esta droga de forma no autorizada durante su proceso de prisionalización, visualizándose una disminución importante en cuanto al consumo.

Según lo que se observa en los resultados, la edad promedio en que estas mujeres reportaron haber consumido esta droga por primera vez fue a los 22,69, siendo la edad mínima reportada a los 10 años y la máxima a los 37 años.

Estas mujeres que reportaron haber consumido Ketamina alguna vez en su vida, un poco más de la mitad, 51% reportó contar con secundaria completa, mientras que un 24,1% reportó al menos haber concluido la primaria, en contraposición a solo un 1,7 que indicó no haberla concluido. Un 65,5%, reportó estar dedicada a alguna actividad económica sea en lo formal o informal, (el estudio no determina en qué porcentaje una u otra), mientras que un 29,3% expresó abiertamente estar dedicadas por completo a actividades delictivas. El 56,9% de las encuestadas reportó que previo a su ingreso a prisión sus ingresos familiares eran suficientes, en tanto que un 37,9% indicó que sus ingresos familiares antes de su prisionalización eran insuficientes.

En cuanto al contexto familiar, la mayoría, o sea el 37,9% de las que reportaron consumir Ketamina, indicaron no tener hijos, mientras que el otro porcentaje significativo que representa un 29,3%, es de aquellas mujeres que reportaron tener dos hijos(as).

Hasta aquí se puede observar que un buen porcentaje de estas mujeres cuentan al menos con estudios primarios, han logrado colocarse económicamente en alguna actividad laboral con ingresos suficientes para solventar las necesidades de primer orden y no procrean grupos familiares numerosos.

En cuanto a antecedentes familiares, los datos encontrados revelan que existen porcentajes muy parejos en cuanto a que otros familiares de estas mujeres consuman drogas, dado que un 52% reportó que si tenían familiares consumidores de drogas, mientras que un

48% dijo que no. Cabe mencionar que un 78% de las entrevistadas indicó consumo de alcohol y tabaco en miembros de su grupo familiar.

El porcentaje se eleva aún más cuando se observan elementos sociales, como por ejemplo su círculo social o grupo de amigos, siendo que el 97% respondió sí, ante la pregunta de si tiene amigos que consuman drogas y un porcentaje igualmente elevado se observa ante la consulta de si tiene amigos que consuman alcohol o tabaco, siendo un 93% el total de las respuestas afirmativas. Este porcentaje es un mayor que el reportado por la población encuestada en el estudio del 2014, en el CAI Buen Pastor en relación con el consumo de drogas en general donde el 40% reportó que fue a través de sus amigos(as) que se iniciaron en el consumo de drogas.

Es decir que el grupo de pares continúa presentándose como un factor de riesgo importante en cuanto a la exposición de una persona ante drogas como la Ketamina. De ahí que resulta importante evidenciar la necesidad en las instituciones que trabajan el tema, de realizar campañas que vayan dirigidas a los y las jóvenes de secundaria en cuanto a sus elecciones de vida, como por ejemplo la elección de grupo de pares que esté vinculado a estilos de vida saludables, como estrategia de prevención.

Prevalencias de consumo

En cuanto a las prevalencias del consumo de Ketamina, los resultados colocan al CAI Liberia con cero consumo reportado durante su privación de libertad, mientras que en el CAI Vilma Curling solo un 4,6% de la población encuestada indicó consumo de Ketamina durante su estancia en prisión, ocupando el octavo lugar en cuanto a las sustancias de consumo al interior de este centro penal.

Tabla 50. Prevalencia de consumo de ketamina, según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	0,0%	20,6%	18,8%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	0,7%	0,6%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,0%	0,0%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	4,6%	4,2%

En el 2014 cuando se realizó el Estudio denominado “Relación delito y consumo de drogas en mujeres sentenciadas del CAI Buen Pastor”, el consumo de Ketamina ni siquiera fue mencionado, sin embargo, aquí es necesario aclarar que fue a partir de Diciembre del año 2015, cuando la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes del Ministerio de Salud incluyó la Ketamina como medicamento psicotrónico, tomando en consideración lo siguiente:

Por su característica terapéutica, estructura, características químicas y sus efectos sobre el sistema nervioso central, así como por los informes de abuso, reporte de desvío a

canales ilícitos, decomisos realizados en el país y como resultado del análisis de su situación a nivel internacional...(circular JVD-002-20215)

Sin embargo, si bien en ese momento no se observó que la Ketamina fuera una droga de consumo común en las mujeres privadas de libertad, no obstante, se observa un leve aumento, lo cual debe llamar la atención de las autoridades en ese sentido.

Inhalables

Los inhalables son conceptualizados por el National Institute on Drug Abuse (2011), como sustancias volátiles que producen vapores químicos que es posible inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Estos, suelen clasificarse en cuatro categorías: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos. Si bien cada consumidor puede tener un gusto distinto, los disolventes volátiles como el pegamento para zapatos y el thinner son de los más comunes en el entorno costarricense dada la facilidad con que pueden ser adquiridos desde ferreterías hasta supermercados.

Caracterización de la población.

Para identificar y contextualizar de una mejor manera el consumo de inhalables, se caracteriza a la población que reportó haber consumido esta sustancia al menos alguna vez en su vida. Los resultados de la primera ronda de levantamiento de información arrojan que el 6,4% de estas mujeres vivían en hacinamiento antes de entrar a prisión, y el 100% de ellas poseía una escolaridad de secundaria incompleta o menos. El 27% reporta que su actividad económica estaba en la categoría de actividades delictivas, y el 45,9% menciona que sus ingresos eran insuficientes. Estas cifras evidencian que la realidad económica que viven estas mujeres está llena de limitaciones y siendo que ninguna de ellas ha logrado terminar la secundaria es predecible que esta realidad no cambie al menos que exista una intervención a nivel individual que les permita adquirir herramientas para un involucramiento activo en algún sector de alta demanda del sistema productivo nacional.

Con respecto a su entorno familiar, el 70,3% poseía al menos un(a) hijo(a) a su cargo, lo que implica la posibilidad de que estas personas estuvieran, en algún momento, expuestas a este tipo de sustancias. El 78,4% de las personas, poseía un historial de consumo de alcohol y tabaco en su familia, y el 54,1% presentaban un historial de consumo de drogas en su núcleo familiar. Además, el 100% de las personas que consumieron alguna vez en la vida inhalables poseían amigos y amigas que consumían alcohol, tabaco y drogas.

Las cifras anteriores hablan de un entorno en donde había disponibilidad de sustancias psicoactivas, particularidad que per se es un factor de riesgo para el involucramiento de las personas en el consumo de este tipo de sustancias y que en el caso de estas mujeres pudo ser parte de los detonantes de su involucramiento.

Su infancia (Experiencias Adversas en la Niñez y la Adolescencia) se caracterizó por los siguientes aspectos: el 57% fue víctima de abuso físico, el 67% reportó haber vivido y/o convivido con alguien que le causara temor, y un 51% de las mujeres, fue víctima de abuso sexual. Asimismo, el 51% de las personas mencionó haber sido testigo de situaciones de abuso físico dentro de su vivienda, todas estas particularidades que refieren que más de la mitad de esta población estuvo expuesta a algún tipo de violencia durante su niñez y adolescencia.

Díaz y García (2008) colocan las situaciones familiares de conflicto, la violencia y el consumo de sustancias ilícitas y alcohol en el hogar como factores de predicción para el consumo de sustancias ilícitas. Así, el que una persona esté expuesta a violencia, falta de apoyo afectivo, malestar afectivo, pueden derivar en el consumo de sustancias en su juventud y/o adultez lo que evidencia que la prevención del consumo de sustancias debe ser parte de algo más amplio que el Estado precisa reforzar como lo es la salud mental.

También, el 57% menciona que sufrió negligencia (no tuvo suficiente que comer, utilizó ropa sucia o no tuvo nadie que lo protegiera o cuidase), el 62%, convivió o estuvo bajo el cuidado de alguien con problemas de alcoholismo y/o drogadicción, y el 46% consideraba que nadie de su familia lo amaba ni pensaba que era importante y/o especial.

Nuevamente se evidencia un grupo poblacional con múltiples situaciones de riesgo y vulnerabilidad, que pudieron fungir como detonantes para su involucramiento en el consumo de inhalables y otras sustancias.

Prevalencias de consumo

Con respecto a la prevalencia de consumo, es importante evidenciar que la edad de inicio de consumo (promedio) de inhalables es de 15,19 años, siendo la edad mínima reportada 10 años, evidenciando un inicio en el consumo de este tipo de sustancia siendo personas menores de edad lo que supone no solamente el potencial desarrollo de una dependencia sino de otras patologías neurológicas a las que se exponen las personas consumidoras de inhalables.

Lo anterior expuesto debe ser un llamado de atención a las instituciones y organizaciones que laboran con este grupo poblacional, en tanto es indispensable el fortalecimiento de los programas de promoción de la salud (física y mental) como un aspecto más amplio e integrador que vaya más allá de solamente la prevención del consumo de sustancias psicoactivas per se, ya que de la contextualización de la población que ha consumido inhalables alguna vez en la vida se hace evidente que existen una serie de factores de riesgo para el bienestar físico y mental al que estuvieron expuestas estas mujeres y que son de importancia considerar en los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Al analizar las prevalencias de consumo se evidencia que los inhalables son sustancias que las privadas de libertad reportan, mayoritariamente, no haber consumido en más de un año y es la cuarta sustancia de menor prevalencia de consumo alguna vez en la vida. Lo anterior permite hipotetizar que más que un consumo por dependencia, el consumo de este tipo de sustancias está mediado por la experimentación, la presión de grupo o como sustituto de otra sustancia; particularidades en las que se podría ahondar en un estudio en particular.

Tabla 51. Prevalencia de consumo de inhalables según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	0,2%	9,0%	12,0%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	1,0%	0,0%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,0%	0,0%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	0,3%

Al comparar los resultados del presente estudio con los datos de la VI Encuesta Nacional 2015 Consumo de Drogas en Costa Rica (2018), se denota de forma clara que hay una proporción mayor de mujeres en privación de libertad que ha consumido alguna vez en su vida este tipo de sustancias en relación a la población general, particularidad que debe ser analizada dentro de un contexto más amplio en relación al policonsumo y la disposición de la población en estudio por consumir sustancias diferentes a aquellas que son de su preferencia.

El análisis por estratos nos permite visualizar que es en el centro Vilma Curling donde se encuentran las mujeres que en algún momento de su vida han consumido algún inhalante así como quien reporta haber consumido durante su privación de libertad.

Tabla 52. Prevalencias de consumo de inhalables, según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	0,0%	13,2%	12,0%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	0,0%	0,0%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,0%	0,0%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,4%	0,3%

Psicotrópicos de uso médico sin prescripción o en dosis diferentes a las recomendadas.

La Presidencia de la República y el Ministerio de Salud (2012), en el Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicos, definen estas sustancias como agentes químicos que actúan sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. Son sustancias, naturales o sintéticas, comprendidas en las listas 1, 2, 3 y 4 del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y las que se incluyan en el futuro en este u otro convenio que posteriormente lo sustituya y otras drogas que a juicio de la Junta se declaren como tales.

Este tipo de sustancias son indispensables en el tratamiento de algunos trastornos mentales y neurológicos y algunos de ellos forman parte de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) de la CCSS por lo que su prescripción en los entornos penitenciarios costarricenses es totalmente legítima y necesaria. No obstante lo anterior, la dinámica de realizar una sola entrega con todas las dosis de la prescripción a las personas a quienes les fueron prescritas facilita el que se utilicen dosis distintas a las recomendadas o que los medicamentos en cuestión sean compartidos con personas a quienes no les fueron recetados⁶.

Caracterización de la población.

Para identificar y contextualizar de una mejor manera el consumo de psicotrópicos de uso médico sin prescripción o en dosis diferentes a las recomendadas en la población de estudio se hace necesario caracterizar a la población que reportó haber consumido estas sustancias al menos alguna vez en su vida. Los datos evidencian que el 13% de la población vivía en hacinamiento y el 97,6% poseía una escolaridad de secundaria incompleta o menos. El 27,8% reporta que su actividad económica estaba en la categoría de actividades delictivas, y el 44,3% menciona que sus ingresos eran insuficientes. El analizar estas cifras nos permite entender la compleja realidad social que viven estas personas ya que el hacinamiento, como bien lo plantea World Health Organization (2018) está íntimamente ligado a la pobreza y esta última a una baja escolaridad, según Ferguson, Bovaird y Muller (2007), misma en la que se encuentra la abrumadora mayoría de estas mujeres por lo que no es de extrañar que $\frac{2}{5}$ indiquen que sus ingresos son insuficientes, particularidad que como bien lo menciona Matthew (2003) es parte de los motivos que impulsa a algunas personas a involucrarse en actividades delictivas.

Con respecto a su entorno familiar, el 72,2% poseía al menos un(a) hijo(a) a su cargo, lo que implica la posibilidad de que estas personas estuvieran en algún momento expuestas a este tipo de sustancias, particularidad que está asociada al involucramiento y desarrollo de patologías asociadas al consumo de estas sustancias. El 80% poseía un historial de consumo de alcohol y tabaco en su familia, y el 61% presentaban un historial de consumo de drogas en su núcleo familiar. Además, el 94% de las personas que consumieron alguna vez en la vida

⁶ Esta dinámica fue explicada por distintos personeros del Ministerio de Justicia al investigador principal.

psicotrópicos poseían amigos y amigas que consumían alcohol, tabaco y el 92% tenía amigos y amigas que consumían drogas lo que evidencia un entorno consumidor de sustancias psicoactivas, tanto a nivel familiar como social, mismo que según Lander, Howsare y Byrne (2013) es un factor de riesgo para involucramiento de las personas en el consumo de las mismas, así como en actividades delictivas.

Otro aspecto por contextualizar es el relacionado a las experiencias adversas en la niñez y la adolescencia que ha vivido esta población ya que el 54% reporta haber sido víctima de abuso físico, el 66% reportó haber vivido o/y convivido con alguien que le causara temor, y un 52% fue víctima de abuso sexual. También, el 42% mencionó que sufrió negligencia (no tuvo suficiente que comer, utilizó ropa sucia o no tuvo nadie que lo protegiera o cuidase), el 58% fue testigo de situaciones de abuso físico dentro de su vivienda, un 54% convivió o estuvo bajo el cuidado de alguien con problemas de alcoholismo o/y drogadicción, y el 49% consideraba que nadie de su familia lo amaba ni pensaba que era importante y/o especial durante esta importante etapa del desarrollo humano.

Nuevamente, al igual que en otras sustancias, se evidencia la presencia de diversas situaciones que ninguna persona debería vivir en su niñez ni adolescencia y que recalcan la necesidad de identificar y atender estas situaciones como parte de un programa formal del Estado costarricense, máxime cuando la evidencia ya ha puesto sobre la mesa que la presencia de 4 y más eventos traumáticos en esta etapa del desarrollo hacen a las personas más propensas al uso de sustancias psicoactivas, 12 veces más susceptibles a cometer suicidio y a vivir, en promedio, 20 años menos que el resto de la población (Beeks, 2018).

Prevalencias de consumo

Los psicotrópicos de uso médico son las sustancias con las que la población en estudio tuvo un primer contacto de forma más tardía, siendo el promedio de edad de inicio de consumo (promedio) los 23,62 años. No obstante, lo anterior, presentan la tercer más alta prevalencia de consumo en los últimos treinta días y en privación de libertad, superados únicamente por el tabaco y la marihuana.

Tabla 53. Prevalencia de consumo de psicotrópicos de uso médico, según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015*	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	5,0%	20,0%	25,6%
Prevalencia últimos 12 meses	2,0%	10,0%	7,4%
Prevalencia últimos 30 días	1,1%	5,0%	3,9%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	14,9%

*La encuesta en cuestión refiere a medicamentos tranquilizantes

En los centros penitenciarios costarricenses es permitida la tenencia y consumo de este tipo de psicotrópicos en tanto sean recetados por profesionales en la salud debidamente autorizados. Lamentablemente, no existe un sistema de dispensación de las dosis que permita asegurar que a quienes se les receta este tipo de medicación terminen por consumirla en la dosis recomendada, o si es compartida con otras personas que se encuentran en el centro, pero a quienes no le han sido prescritas, aspecto que puede estar incidiendo en las prevalencias denotadas y que desnuda la necesidad de realizar una entrega diferenciada de este tipo de medicamentos⁷.

La realidad de las cifras entorno a este tipo de sustancias es un claro llamado de atención al sistema de dispensación de psicotrópicos de uso médico en entornos penitenciarios ya que el conocer que los mismos son utilizados sin ser prescritos por un médico o en dosis distintas a las recomendadas refiere la imperiosa necesidad que exista un control diferenciado en la entrega de estos medicamentos.

Al analizar el consumo por estrato del estudio, es claro que la problemática está concentrada principalmente en el Centro Vilma Curling no obstante, es una temática que no deja de estar presente en el Centro de Liberia que si bien supone ser libre de sustancias psicoactivas, la dinámica de dispensación de las mismas facilita que su uso en la forma y a las personas a quienes les fueron prescritas podría no cumplirse a cabalidad.

Tabla 54. Prevalencia de consumo de psicotrópicos de uso médico, según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato:Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato:Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	7,1%	27,4%	25,6%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	8,2%	7,4%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	4,3%	3,9%
Prevalencia en privación de libertad	3,6%	16,0%	14,9%

⁷ Preferiblemente en formato de unidosis a ser entregadas a cada persona en particular por un profesional en salud en enfermería, tal como ocurre con las personas internadas en un hospital.

Estupefacientes

La Presidencia de la República y el Ministerio de Salud (2012) definen este tipo de sustancia como:

(...) sustancia que actúa a nivel del sistema nervioso central, pueden provocar sueño o estupor u otras alteraciones del estado mental, cuyo consumo no controlado puede crear dependencia o adicción. Son drogas incluidas en la "Convención Única sobre Estupefacientes" de 1961 de las Naciones Unidas y el protocolo del 25 de marzo de 1972 de Modificación de esta Convención y todas las que queden sujetas a control internacional en el futuro y las que a juicio de la Junta se declaren como tales. (Art. 1)

Se debe mencionar, que los estupefacientes según Pattinson (2008) se caracterizan por su alto potencial de producir una conducta abusiva y/o dependencia, que actúa por sí misma o por medio de la conversión en una sustancia activa que ejerce dichos efectos. Además, parte de sus efectos incluye que aún en pequeñas cantidades pueden deprimir la frecuencia respiratoria y el volumen tidal, particularidades que hacen a este grupo de sustancias sumamente mortales.

Caracterización de la población.

Caracterizando más a esta población se identificó, con respecto a su entorno familiar, que esta persona no tenía hijos(as) a su cargo, la misma poseía un historial de consumo de alcohol y tabaco en su familia, y tenía amigos y amigas que consumían alcohol, tabaco y drogas.

Las experiencias adversas en la niñez y la adolescencia de la persona respondiente se caracterizó por los siguientes aspectos: vivir y/o convivir con alguien con problemas de alcoholismo o/y drogadicción, y considerar que nadie de su familia la amaba ni pensaba que era importante y/o especial.

Si bien esta categoría de medicamentos es la que ha sido menos utilizada en la vida de la población estudiada, los factores sociales que pudiesen actuar como detonantes para el inicio en el consumo de estas u otras drogas que se han encontrado en otras sustancias detalladas en líneas superiores también se hacen presente en este grupo lo que una vez más hace evidente la necesidad de trabajar en dichos posibles detonantes más que en un enfoque sustancioso céntrico.

Prevalencias de consumo

El consumo de estupefacientes de uso médico sin prescripción o en dosis distintas a las recomendadas por un médico es la más baja de todas las prevalencias de vida reportadas por la población en estudio, únicamente el 0,3% reportó haber consumido alguna vez (únicamente una persona de la muestra reportó consumo de estas drogas). Estos datos evidencian que hay un mayor consumo de este tipo de sustancias en la población general con respecto a la población del presente estudio, aspecto que puede estar mediado por el acceso a este tipo de sustancias que si bien tienen uso médico, el mismo es muy específico para el manejo del dolor agudo y

crónico por ejemplo: en el manejo del dolor en casos de pacientes terminales de cáncer. Lo anterior limita la amplitud con que se prescriben estos medicamentos en entornos carcelarios y por lo tanto su disponibilidad a lo interno de los mismos.

Tabla 55. Prevalencia de consumo de estupefacientes de uso médico, según estudio, 2020

	VI Encuesta Nacional 2015	Estudio 2014 Buen Pastor	Estudio Actual año 2020 total población
Prevalencia de Vida	1,5%	3,0%	0,3%
Prevalencia últimos 12 meses	0,9%	2,0%	0,0%
Prevalencia últimos 30 días	0,5%	1,0%	0,0%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	0,0%

Es importante evidenciar que la edad de inicio de consumo (reportada) de estupefacientes es de 15 años, la más baja de todas las edades, no obstante, este dato debe analizarse a la luz que los resultados están por debajo del margen de error del estudio (3%) particularidad que exige ser cautelosos con la interpretación de las cifras.

El análisis por estrato del estudio evidencia que es en el Centro Vilma Curling en donde existe población que ha estado expuesta alguna vez en su vida a este tipo de sustancias sin que lo anterior sea evidencia que exista patrón de consumo ya establecido en los centros penitenciarios por consumo de estas drogas.

Tabla 56. Prevalencia de consumo de estupefacientes de uso médico, según estrato y total población de estudio, 2020

	Estrato: Centro de Atención Institucional de Liberia	Estrato: Centro de Atención Institucional Vilma Curling	Total Población
Prevalencia de Vida	0,0%	0,4%	0,3%
Prevalencia últimos 12 meses	0,0%	0,0%	0,0%
Prevalencia últimos 30 días	0,0%	0,0%	0,0%
Prevalencia en privación de libertad	0,0%	0,0%	0,0%

Policonsumo: una realidad dentro de los centros penitenciarios

Para efectos del presente documento, el policonsumo se define como el uso concomitante de dos o más sustancias psicoactivas en los últimos treinta días, particularidad que debe ser considerada por los profesionales en salud para el análisis de los datos ya que la realidad de las cifras es que, para algunas sustancias, no existe un consumo exclusivo sino más bien un uso concomitante con otros elementos.

La tabla 57 evidencia que el 36,9% de la población estudiada ha policonsumido en los últimos treinta días, siendo el patrón de consumo de Tabaco-Marihuana, Tabaco-psicotrópicos de uso médico, Tabaco-crack y Marihuana-psicotrópicos de uso médico la problemática de fondo que existe en la población de estudio en cuanto a consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 57. Prevalencias de consumo en los últimos 30 días, 2020

	Alcohol %	Tabaco %	Marihuana %	Cocaína %	Crack %	Éxtasis %	Psicotrópicos %	Porcentaje acumulado %
Alcohol	-	0,3%	0,3%	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%	1,6%
Tabaco	0,3%	-	8,1%	0,3%	1,3%	0,6%	3,6%	14,2%
Marihuana	0,3%	8,1%	-	0,3%	0,3%	0,3%	1,6%	11,2%
Cocaína	0,0%	0,3%	0,3%	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Crack	0,3%	1,3%	0,3%	0,0%	-	0,0%	0,0%	1,9%
Éxtasis	0,3%	0,6%	0,3%	0,0%	0,0%	-	0,3%	1,6%
Psicotrópicos	0,3%	3,6%	1,6%	0,0%	0,0%	30,0%	-	5,8%
Total	1,6%	14,2%	11,0%	0,6%	1,9%	1,6%	5,8%	36,9%

CAPÍTULO III: DEPENDENCIA A LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD

Capítulo III: Dependencia a las Sustancias Psicoactivas de la Población Privada de Libertad

La dependencia, se posiciona como una problemática que forma parte o que se consolida como una posible consecuencia al consumo de sustancias psicoactivas, por ende, para comprender mejor esta condición es necesario que se conceptualice este término, como:

(...)un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga; dificultades para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia. (World Health Organization, 1994, p.60)

La dependencia se incluye como criterio diagnóstico dentro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Décima edición, de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), concretamente en la categoría de enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas⁸ que a su vez se divide en distintos grupos para los cuales existen diez criterios diagnósticos siendo la dependencia uno de ellos.

Los criterios diagnósticos para dependencia establecidos en el CIE-10, según World Health Organization (1994) incluyen que en los últimos 12 meses las personas hayan experimentado 3 o más de los siguientes aspectos:

1. Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia (para controlar el comienzo del consumo o para poder terminarlo)
3. Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, o consumo de la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia: se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia; aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos
6. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (p.61)

⁸ Esta categoría incluye los grupos diagnósticos que van del F10 al F19 siendo que dentro de cada grupo diagnóstico el Fx.2 corresponde al de dependencia.

Con base a la información expuesta anteriormente, por medio de los criterios del CIE-10, fue posible identificar la siguiente información con respecto a la dependencia en este grupo poblacional:

Tabla 58. Dependencia, según sustancia psicoactiva, 2020

Sustancia	Dependencia
Tabaco	38,2
Marihuana	10,7
Crack	5,2
Psicotrópicos	5,2
Alcohol	4,9
Cocaína	1
Ketamina	0,6
Extasis	0,3
LSD	0
Heroína	0
Inhalables	0
Estupefacientes	0

Se refleja en la Tabla 58, la sustancia que presenta mayor dependencia es el tabaco, seguido de la marihuana, el crack y los psicotrópicos y el alcohol. Como se evidencia, tres de las sustancias que presentan mayor dependencia son consideradas legales en el territorio costarricense, y dos de ellas son permitidas en los centros de atención institucional (Sistema Penitenciario Costarricense).

Esto nos evidencia que, a pesar de la legalidad en este tipo de sustancias, existe riesgo en su consumo, aspecto que puede generar implicaciones negativas en la salud de la población. Se observa que estas sustancias definidas como legales, en la población encuestada también ocupan los principales puestos en cuanto a dependencia se trata. Es importante mencionar, que como el tabaco es de libre acceso en el Sistema Penitenciario, las mujeres pueden tanto comprarlo en los denominados “comisariatos” o pueden recibirlo por medio de encomienda o en sus visitas.

Por lo tanto, la disponibilidad de la sustancia mencionada anteriormente, puede ser un factor asociado a que más de la tercera parte de la población presenta dependencia al tabaco. Se debe recordar que el tema del fácil acceso es específico para el CAI Vilma Curling, a excepción del módulo de compromisos y oportunidades (B1) (si se detecta el consumo o el ingreso de esta sustancia, la persona pierde la oportunidad de permanecer en este espacio).

En el caso del CAI Liberia, por normativa institucional, al ser un módulo libre de consumo de sustancias psicoactivas, no se permite la portación y el consumo de ninguna sustancia, incluida el tabaco.

A partir de lo anterior, se hace importante evidenciar las dependencias por centro penitenciario, donde es posible visualizar que las sustancias de mayor dependencia en el CAI Liberia son el tabaco, marihuana y cocaína, las cuales representan el mismo porcentaje de dependencia (3,6). En el caso del CAI Vilma Curling, las tres sustancias principales son tabaco (41,6%), marihuana (11,4%), seguido de crack y psicotrópicos de uso médico sin prescripción o en dosis diferentes a las recomendadas, ambos con un 5,7%.

Estos porcentajes de dependencia podrían ser un indicador de que factores como la percepción por parte de la población de que ciertas sustancias psicoactivas, por ejemplo, la marihuana, generan menor alteración conductual, en comparación otras como el crack, y al encontrarse en un ambiente de “contención” o “supervisión” el interés en sostener una adecuada conducta para lograr su libertad es un factor que motiva la sustitución de la sustancia psicoactiva.

De igual manera, la percepción de que el consumo de crack y la alteración que ésta sustancia provoca en el organismo de la persona podría promover problemas a nivel convivencial que generalmente concluyen en posibles situaciones de violencia a lo interno del centro penal, por lo cual muchas usuarias deciden cesar el consumo de crack para prevenir una situación mayor.

En general, se muestra que el tabaco y la marihuana presentan las mayores dependencias tanto en el CAI Liberia como en el CAI Vilma Curling. Evidenciando que no sólo se encuentran entre las sustancias de mayor prevalencia de consumo, sino también de mayor dependencia.

Tabla 59. Dependencia según sustancia psicoactiva, por centro penitenciario, 2020

Sustancia	CAI Liberia	CAI Vilma Curling
Tabaco	3,6	41,6
Marihuana	3,6	11,4
Crack	0	5,7
Psicotrópicos	0	5,7
Alcohol	0	5,3
Cocaína	3,6	1,1
Ketamina	0	0,7
Éxtasis	0	0,4
LSD	0	0
Heroína	0	0
Inhalables	0	0
Estupefacientes	0	0

Es importante denotar, que si bien el consumo de sustancias psicoactivas puede desembocar en distintas afectaciones a la salud, entre ellas la dependencia, no todo consumo de las mismas es en función de una dependencia o terminará por provocarla, pero el conocer quienes la han desarrollado y los posibles detonantes, son herramientas vitales para dirigir el

tipo de intervención en salud, según cada caso que precisa este tipo de patología, teniendo en cuenta múltiples factores con base en el enfoque de género. Considerando factores como el genético, social, habilidades personales desarrolladas, experiencias adversas en algún momento de su vida, entre otros, que podrían influir en el desarrollo de la dependencia a las sustancias psicoactivas.

Además, tanto como se posicionó en el capítulo 1, la problemática de consumo de sustancias psicoactivas refiere a un policonsumo, y en este caso, a una dependencia a dos o más sustancias, como es posible vislumbrar en la tabla siguiente.

Tabla 60. Policonsumo, según sustancia, 2020

Tipo de sustancia		Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Crack	Extasis	LSD	Ketamina	Heroína	Inhalables	Psicotrópicos	Estupefacientes
Relativos	Alcohol	4,9%	3,6%	2,6%	0,6%	2,6%	0,0%	-	-	-	-	0,6%	-
	Tabaco	3,6%	38,2%	8,7%	1,0%	4,9%	0,0%	-	0,6%	-	-	4,9%	-
	Marihuana	2,6%	87,0%	10,7%	0,6%	2,6%	0,0%	-	0,3%	-	-	2,6%	-
	Cocaína	0,6%	1,0%	0,6%	1,0%	0,6%	0,0%	-	-	-	-	0,0%	-
	Crack	2,6%	4,9%	2,6%	0,6%	5,2%	0,3%	0,0%	-	-	-	1,0%	-
	Extasis	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	-	-	0,3%	-
	LSD	0,0%	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	-	-	-	0,0%	-
	Ketamina	0,0%	0,6%	0,3%	-	-	0,0%	-	0,6%	-	-	0,6%	-
	Heroína	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Inhalable	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Psicotrópicos	0,6%	4,9%	2,6%	0,0%	1,0%	0,3%	0,0%	0,6%	-	-	5,2%	-
	Estupefacientes	0,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

La tabla nos muestra que, las mujeres privadas de libertad presentan una dependencia no sólo a una sustancia, sino a dos (o más). Así, un 8,7% tenía dependencia tanto a tabaco como a marihuana, el 3,6% de la población presentaba una dependencia a tabaco y alcohol, el 4,9% tanto a tabaco como a psicotrópicos y el 4,9% a crack y tabaco. Se aprecia que el tabaco es un común denominador en las relaciones establecidas, considerando que además en los dos estratos poblacionales estaba entre las principales sustancias tanto de prevalencia como de dependencia.

Es importante señalar que las personas policonsumidoras generan dependencia a alguna de las sustancias y no necesariamente a todas las que en algún momento consumieron. De igual manera, la población puede percibir el consumo de tabaco o marihuana como un elemento que permite reducir la ansiedad, cuando cesa el consumo de otras sustancias, por ejemplo la cocaína, el crack y bebidas alcohólicas.

Y para definir dependencias a más de dos sustancias, es posible apreciar la siguiente tabla:

Tabla 61. Porcentaje de dependencia, según sustancia, 2020

Tabaco											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 9,3	Marihuana 22,9	Cocaína 2,5	Crack 12,7	Extansis 0,0	LSD 0,0	Ketamina 1,7	Heronía 0,0	Inhalables 0,0	Psicotrópicos 12,7	Estupefacientes 0,0
Alcohol											
Sustancia % de dependencia	Tabaco 73,3	Marihuana 53,3	Cocaína 13,3	Crack 53,3	Extasis 0,0	LSD 0,0	Ketamina 0,0	Heronía 0,0	Inhalables 0,0	Psicotrópicos 13,3	Estupefacientes 0,0
Marihuana											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 24,2	Tabaco 81,8	Cocaína 6,1	Crack 24,2	Extasis 0,0	LSD 0,0	Ketamina 3	Heronía 0,0	Inhalables 0,0	Psicotrópicos 24,2	Estupefacientes 0,0
Cocaína											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 66,7	Tabaco 100,0	Marihuana 66,7	Crack 66,7	Extasis 0,0	LSD 0,0	Ketamina 0,0	Heronía 0,0	Inhalables 0,0	Psicotrópicos 0,0	Estupefacientes 0,0
Crack											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 50	Tabaco 93,8	Cocaína 50	Cocaína 12,5	Extasis 6,3	LSD 0,0	Ketamina 0,0	Heronía 0,0	Inhalables 0,0	Psicotrópicos 18,8	Estupefacientes 0,0
Éxtasis											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 0	Tabaco 0,0	Marihuana 0,0	Cocaína 0	Crack 100,0	LSD 0,0	Ketamina 0,0	Heronía 0,0	Inhalables 0,0	Psicotrópicos 100,0	Estupefacientes 0,0
LSD											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 0	Tabaco 0	Marihuana 0	Cocaína 0	Crack 0,0	Éxtasis 0,0	Ketamina 0	Heronía 0,0	Inhalables 0,0	Psicotrópicos 0	Estupefacientes 0,0
Ketamina											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 0	Tabaco 100	Marihuana 50	Cocaína 0	Crack 0,0	Éxtasis 0,0	LSD 0,0	Heronía 0,0	Inhalables 0,0	Psicotrópicos 100	Estupefacientes 0,0
Heronía											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 0	Tabaco 0	Cocaína 0	Crack 0	Extasis 0,0	LSD 0,0	Ketamina 0	Heronía 0,0	Inhalables 0,0	Psicotrópicos 0	Estupefacientes 0,0
Inhalables											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 0	Tabaco 0,0	Marihuana 0	Cocaína 0	Crack 0,0	Éxtasis 0,0	LSD 0,0	Ketamina 0,0	Heronía 0,0	Psicotrópicos 0,0	Estupefacientes 0,0
Inhalables											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 0	Tabaco 0,0	Marihuana 0	Cocaína 0	Crack 0,0	Éxtasis 0,0	LSD 0,0	Ketamina 0,0	Heronía 0,0	Psicotrópicos 0,0	Estupefacientes 0,0
Psicotrópicos											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 12,5	Tabaco 93,8	Marihuana 50,0	Cocaína 0	Crack 18,8	Éxtasis 6,3	LSD 0,0	Ketamina 12,5	Heronía 0,0	Inhalables 0,0	Estupefacientes 0,0
Estupefacientes											
Sustancia % de dependencia	Alcohol 0	Tabaco 0,0	Marihuana 0,0	Cocaína 0	Crack 0,0	Éxtasis 0,0	LSD 0,0	Ketamina 0,0	Heronía 0,0	Psicotrópicos 0,0	Estupefacientes 0,0

Se evidencia que de las mujeres que eran dependientes al tabaco, el 9,3% también eran dependientes al alcohol, el 22,9% a marihuana y un 12,7% a psicotrópicos. En el caso de las mujeres dependientes al alcohol, el 73,3% de la población también tenía una dependencia al tabaco, y el 53,3% también era dependiente tanto a marihuana como a crack. Quienes eran dependientes a marihuana, el 81,8% eran dependientes también al tabaco, y el 24,3% a psicotrópicos y alcohol. De las personas dependientes a cocaína, el 100% también tenía una dependencia a tabaco, así como el 66,7% a alcohol, marihuana y crack.

El cuadro muestra que las personas presentan dependencias a múltiples sustancias, aspecto que debe ser un llamado de atención tanto a la institucionalidad pública en general, como al sistema penitenciario en específico. Esto, en tanto se torna indispensable una atención no enfocada meramente en la sustancia de consumo, sino en la problemática de consumo de sustancias psicoactivas como un fenómeno multifactorial, que puede referir a aspectos más allá de la persona como un ser individual, sino aspectos sociales, por ejemplo, la dinámica de los centros penitenciarios y la legalidad de ciertas sustancias.

En ese sentido, se requiere un análisis y evaluación de los programas y/o el tipo de atención que se han desarrollado en el Sistema Penitenciario Costarricense, para atender la problemática de consumo de sustancias psicoactivas. En la actualidad existen programas de autoayuda como por ejemplo Narcóticos Anónimos (NA) y Alcohólicos Anónimos (AA) que ingresan a trabajar con la población penal, y a pesar de que representan importante esfuerzo en

el trabajo de la temática, resultan insuficientes ante la problemática compleja que implica el consumo de sustancias psicoactivas en los centros penales, aunado a las diversas enfermedades mentales y del comportamiento asociadas a esta situación.

Igualmente, estos datos deben ser una evidencia que facilite la toma de decisiones tanto en el Sistema Penitenciario Costarricense (mejorando los controles para evitar el ingreso de sustancias psicoactivas), como en otras entidades e instituciones que trabajan sobre el fenómeno de las sustancias psicoactivas, además de generar evidencia científica para la población en general.

CAPÍTULO IV: RELACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN NIÑEZ Y ADOLESCENCIA Y LA DEPENDENCIA

Capítulo IV: Relación de las Experiencias Adversas en la Niñez y la Adolescencia y la Dependencia

Las experiencias adversas constituyen las situaciones vividas por las personas en la etapa de la niñez y adolescencia, que pueden llegar a constituirse en factores de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades y situaciones específicas, entre ellas el consumo de sustancias psicoactivas. Vale mencionar que las preguntas para dar respuesta a este objetivo forman parte de la prueba ACE (Experiencias Adversas en niñez y adolescencia por sus siglas en inglés). Esta prueba no brinda una categorización, sino que cada respuesta positiva suma un punto. A mayor respuestas positivas mayor puntaje de cada cuestionario ACE.

Se concibe la necesidad de identificar si las experiencias adversas vividas por las mujeres entrevistadas, tuvieron algún tipo de relación con la dependencia a sustancias psicoactivas. A continuación (Tabla 62) se expone el porcentaje de personas que respondió de manera afirmativa a cada una de las variables.

Tabla 62. Porcentaje de población que responde afirmativamente, según característica, 2020

Características	Porcentaje de población que responde afirmativamente
Padres separados	65,7
Temor	45,3
Testigo abuso	38,8
Abuso físico	36,6
Abuso sexual	36,6
Alcoholismo	34,3
Negligencia	31,3
Privación de libertad	26,9
Amor	25,6
Enfermedad mental	24,9

Como se evidencia en la tabla 62, las principales situaciones adversas vividas por la población en estudio fueron: padres separados, sentir temor de una persona con la que vivían o convivían, testigo de abuso, haber sufrido abuso físico y sexual, y vivir o convivir con una persona que padecía alcoholismo.

A partir de lo anterior, se hace fundamental analizar por qué estas experiencias terminan convirtiéndose en factores riesgo potenciales para el consumo de sustancias psicoactivas en la edad adulta e inclusive desde la adolescencia, dado que el desarrollo y desenvolvimiento de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los procesos más complejos de la vida, y cada factor del ambiente familiar puede incidir de muchas maneras, lo cual resulta en la formación de un estilo particular de interpretar la realidad inmediata, así como la forma en la cual se enfrenta.

No resulta sorprendente encontrar entre los resultados que el 65,7% de las mujeres indicaron que durante su infancia sus padres se encontraban separados, dado que el número de hogares donde solamente está presente uno de los progenitores ha ido en aumento en los últimos años en Costa Rica, e igualmente la sociedad costarricense ha sufrido cambios profundos que han dejado en evidencia diferencias en las estructuras familiares, a partir de las cuales no se denota mayoritariamente la familia tradicional compuesto por padre, madre e hijos(as) sino nuevas estructuras familiares.

Desde el 2010 el Programa Estado de la Nación y el Instituto Nacional de las Mujeres han señalado en el estudio “Demanda potencial de cuidado infantil según estructura de los hogares: el caso de Costa Rica” que:

Desde el siglo pasado, la familia nuclear con presencia de ambos padres -el hombre como jefe de hogar, es el que trabajaba remuneradamente y era el único proveedor de ingresos; la mujer, su cónyuge, se encargaba de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos- fue y aún es considerada como el modelo tradicional de familia. Sin embargo, actualmente este modelo no corresponde con la realidad costarricense. La estructura familiar ha cambiado y existe gran diversidad de situaciones. Hoy por hoy, en un contexto de transición demográfica avanzado, han tomado importancia las familias monoparentales, las familias sin hijos o donde ambos padres trabajan remuneradamente. (p.9)

En el 2012 el Instituto Nacional de Estadística y Censos en el informe “Panorama Demográfico” también se pronunció al respecto de esta realidad que se venía presentando:

Con estos datos es que se ha podido demostrar lo que con el paso del tiempo la sociedad ha testificado, la manifestación cada vez más expresa de conformaciones familiares no tradicionales como la cohabitación, las separaciones, divorcios, segundas uniones, hogares unipersonales, parejas sin hijos, hogares jefeados por ambos cónyuges y uniones entre personas del mismo sexo. Todas estas nuevas formas de convivencia son sin duda, evidencia de una serie de cambios socioculturales y demográficos que han venido experimentando los países latinoamericanos y que merecen y deben ser analizados a profundidad (p.28)

Es necesario aclarar que no se pretende en este estudio dar por un hecho que crecer en un hogar donde alguna de las dos figuras parentales no está presente, significa necesariamente que la persona crecerá en un contexto adverso o con más factores de riesgo, sino que para efectos de este estudio, el ACE implica que el hecho de que los progenitores estuvieran separados representó para las mujeres una experiencia adversa en su infancia.

García (2018), refiere que la mayoría de autores están de acuerdo en que la separación de los padres y sus consecuencias es de los acontecimientos vitales más estresantes que pueden ocurrirle a los niños. Igualmente, esto representa una situación estresante para los adultos protagonistas, pues, con excepción de la muerte de la pareja de la persona amada, la separación

y el divorcio son, para la mayoría de las personas, las experiencias más traumáticas y penosas de la vida.

Expertos en pediatría señalan que divorcio o separación de los progenitores en situación de mutuo acuerdo entre la pareja resulta difícil de asimilar para el hijo o hija, y peor aún si ésta se da contraria al acuerdo, los efectos en el/la niño o niña van desde lo físico hasta lo emocional. “El divorcio produce alteración del bienestar del niño si es contencioso y si se asocia a empeoramiento de la situación económica, mal funcionamiento conductual y emocional de los padres, crianza ineficaz, pérdida de contacto con uno de los padres, persistencia de conflictos entre los cónyuges y ausencia de acuerdos en la crianza”. (Roizblatt et al, 2018, párr. 7)

Pero en general según la literatura existente, conllevan a una sensación de vulnerabilidad en el/la niño/a o adolescente que puede terminar convirtiéndose en un factor de riesgo a diversas circunstancias entre ellas el consumo de sustancias psicoactivas. Cantón et al (2002) señalaron lo siguiente: “Durante el año que sigue a la separación, tanto los hijos como las hijas presentan unas tasas superiores de problemas externalizantes (agresión, delincuencia, consumo de drogas) que los de hogares intactos, aunque son más frecuentes y parecen persistir durante más tiempo en los varones” (p.48)

En esa misma línea, el estudio ha evidenciado que el abuso físico, el ser testigo de abuso físico, el abuso sexual y el sentir temor hacia alguna persona que viviera o conviviera en la etapa de la niñez y adolescencia fungen como un común denominador en la población consumidora de sustancias psicoactivas.

Para analizar esto es necesario recordar la relevancia que tiene el contexto familiar en la vida de una persona, como se mencionó anteriormente, lo que sucede al interior del grupo familiar puede incidir directa o indirectamente en la forma en que las personas se desenvuelven y afrontan su realidad. López (2003) citando a Maccoby (1992) y Bogan (1991) señala que, en todas las culturas, la familia es uno de los elementos más importantes de la socialización. Partiendo de esto, se podría decir que, si ese ambiente familiar está permeado por elementos de violencia como el abuso físico, sexual, psicológico o cualquier otra de sus manifestaciones, entre y hacia sus miembros/as, esa configuración de la personalidad en el niño o la niña que está en ese contexto, puede verse afectado en la manera en la cual la persona desarrollará sus herramientas personales y habilidades sociales.

Junco (2014), destaca entre las consecuencias psicosociales que sufren los niños y niñas maltratados: abuso de alcohol y otras drogas, disminución de la capacidad cognoscitiva, comportamientos delictivos, violentos y de otros tipos que implican riesgos, depresión y ansiedad, retraso en el desarrollo, trastornos alimenticios y el sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, hiperactividad, incapacidad para relacionarse, desempeño escolar deficiente, falta de autoestima, trastorno postraumático por estrés, trastornos psicosomáticos, comportamiento suicida y daño autoinfligido, cambios en su sistema de valores, desconfianza (entorno social), cambios en su personalidad (irritabilidad, dependencia etc.).

Otros autores como García, Mann, et al (2015), refieren que la exposición al maltrato en la infancia es un factor de riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas. En la investigación realizada por los autores (2015) la violencia psicológica es la que se encuentra más presente (30,9%). Se menciona que los espacios domésticos son el lugar donde más ocurren agresiones contra la mujer, con resultado perjudicial para la salud mental y física, además de asociarse al consumo de sustancias psicoactivas.

Asimismo, diversos organismos internacionales se han pronunciado en relación al vínculo que tienen el consumo de sustancias psicoactivas y el hecho de haber vivido experiencias traumáticas o adversas durante la infancia como la violencia física o sexual, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (2006), menciona que se identifican estrechos vínculos entre el maltrato infantil y el consumo de alcohol, sobre todo cuando ese consumo es nocivo o peligroso, principalmente como mecanismo de afrontamiento o para automedicarse. Se evidencia que las consecuencias del maltrato físico en los niños y niñas consisten en traumatismos, hematomas, fracturas, quemaduras, síntomas relacionados al estrés, trastornos del sueño, además, el grado de sufrimiento psíquico puede generar temor, depresión, intentos de suicidio, ya sea en la infancia como posteriormente.

González, Hernández y Otero (2014), posicionan que la violencia y los maltratos sufridos en la infancia son elementos que permiten explicar el porqué las personas se vinculan al consumo de sustancias psicoactivas o a conductas violentas, delictivas o antisociales, esto tomando en cuenta la repercusión del maltrato infantil en la personalidad y la creación de patrones con tendencia a la repetición de estos actos, y consecuentemente, al consumo de sustancias psicoactivas que afectan la conciencia.

Lo anterior también se ve manifiesto en el tema de abuso sexual, el cual fue identificado como experiencia adversa durante su infancia por las mujeres en un porcentaje de 36,6%. Moreno (2013), citando a Prior y Monge (1998) indican que:

Estudios con muestras amplias, demuestran que las mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia presentan mayores tasas de abuso y dependencia de sustancias, y muestran mayores porcentajes de intentos de suicidio y mayores tasas de consumo de fármacos. Y como suele ser habitual, a mayor gravedad y frecuencia de los abusos, mayor gravedad y psicopatología se detecta. (p.146)

Otro de los resultados que arroja el estudio es que un 34, 3% de las mujeres reportó haber vivido con alguien que presentaba alcoholismo. En ese sentido, es importante analizar por qué la presencia de una persona con problemática de alcoholismo puede convertirse en una experiencia traumática para los miembros de su familia y en particular para los niño y niñas del grupo familiar. Casas y Navarro (2001), parafraseando a Chica et al (1983) señalan que: “Si el alcohol transforma los ambientes en los que está y la ansiedad es el síntoma que con mayor frecuencia presenta una familia con miembros alcohólicos, esta afirmación tiene mayores consecuencias cuando se trata de niños, por ser más vulnerables a las situaciones ambientales que les rodean” (p.55)

Igualmente, Casas y Navarro (2001), citando a Macía (1995), señalan que: “(...)los efectos de la bebida en los propios bebedores ocasionan, con bastante frecuencia, cambios de conducta que se van a manifestar en irritabilidad, agresividad, alteraciones del humor, etc. Comportamientos que, por durar largos períodos, transforman el ambiente y originan estrés entre los demás miembros del grupo” (p.54)

Lo anterior debe llevar a las autoridades e instituciones competentes a incorporar dentro de los programas de atención y abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, elementos referentes a la historia de vida de la persona, que permitan con esta población específica atender aspectos del contexto familiar, violencia intrafamiliar, abuso sexual infantil, así como otras problemáticas de los miembros en general. Se considera que estas temáticas deben ser trabajadas con el grupo familiar paralelo al trabajo que se realiza con la mujer privada de libertad, de esta manera se favorecerá el fortalecimiento de las redes de apoyo.

A continuación se presenta el número de variables ACE reportado por la población en estudio, evidenciando que la mayor cantidad de la población se ubica en menos de 5 variables, sin embargo, se debe rescatar que el 37% de la población reportó 5 o más experiencias adversas en su niñez y adolescencia, esto nos refiere a una población con múltiples situaciones de vulnerabilidad y exclusión que pueden convertirse en factores de riesgo no sólo para el consumo de sustancias psicoactivas, sino para aspectos como la dependencia, y otras enfermedades mentales y del comportamiento, estén o no ligadas a un consumo de sustancias.

Tabla 63. Porcentaje de respuestas positivas del ACE, según número de variables, 2020

Puntaje ACE	Frecuencia	Porcentaje
10	5	1,6
9	9	2,9
8	19	6,1
7	26	8,4
6	33	10,7
5	23	7,4
4	31	10
3	33	10,7
2	38	12,3
1	52	16,8
0	40	12,9

Comprendiendo los datos que se obtuvo para el grupo poblacional en estudio, es posible comprender de una mejor manera la relación de dependencia y experiencias adversas en la niñez y adolescencia. Para este cálculo se contó con los datos referentes a dependencia con el fin de correr un ejercicio de correlación de Pearson para la identificación de la intensidad y dirección

de la relación entre las variables Dependencia y Experiencias adversas en la niñez y adolescencia (si es que la hay).

Del análisis de las correlaciones se evidencia que la misma, a excepción de la cocaína y el crack, es positiva, no obstante, dicha relación no es estadísticamente significativa para ninguna sustancia. Al utilizar los criterios de clasificación de COHEN del coeficiente de Pearson, únicamente el alcohol muestra una correlación moderada (0.352) siendo todas las demás correlaciones de una baja intensidad (menores a 0.3)

Para dar respuesta al objetivo, se corrió un modelo de regresión logística (variable dependiente: dependencia) controlado por ACE como variable independiente. Tal y como se estableció dentro de los objetivos de la investigación; se procedió a estimar un modelo de regresión logística binaria, con el fin de evaluar factores de riesgo y/o protectores que podrían intervenir de manera distinta en la dependencia de alguna sustancia. Para tales efectos se consideraron las variables que identifican las experiencias adversas en la niñez y adolescencia.

Se aplicó el método de selección *Introducir* como el procedimiento para la selección de variables en el que todas las variables de un bloque se introducen en un solo paso. Por tal motivo la variable dependiente utilizada para calcular el modelo de regresión fue dependencia según sustancia. Y las variables independientes se enumeran a continuación:

- Tus padres estuvieron separados, divorciados o no viviendo juntos.
- Tu padre, madre o alguien con quien hayas convivido fue a prisión.
- Alguna vez has convivido con alguien que padeciese enfermedad mental, depresión o intentos de suicidio.
- Alguno de tus padres u otro adulto te golpeo tan fuerte que tuviste marcas o resultaste lesionada/o.
- Alguna vez has convivido con alguien que actuara de manera tal que te atemorizara.
- Alguna vez fuiste tocada/o se te pidió que tocaras a otra persona con intenciones sexuales.
- Alguna vez no tuviste suficiente qué comer, utilizar ropa sucia y a nadie que te protegiera, cuidase o que te llevase al médico cuando era necesario.
- Alguna vez fuiste testigo de situaciones en la que adultos de la casa se golpearan, abofetearan, patearan o amenazaran físicamente entre sí.
- Conviviste o estuviste bajo el cuidado de alguien con problemas de alcoholismo o drogadicción.
- Sientes que nadie de tu familia te ama ni piensa que eres importante y especial.

De este modo los resultados del análisis de regresión para cada sustancia se muestran a continuación:

Dependencia de alcohol:

Bondad de ajuste del modelo

El valor de R cuadrado de Nagelkerke es de 0,922 que indica en este caso, que el 92% de la variabilidad está explicada por el modelo propuesto; además la prueba de Hosmer-Lemeshow indica que el modelo en términos generales ajusta adecuadamente. (valor $p > 0,05$)

VARIABLES EN LA ECUACIÓN

Tabla 64. Variables en la ecuación, 2020

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	I.C. 95% para EXP (B)		
						Exp(8)	Inferior	Superior
Paso 1 ^a								
p 99 padres separados	37.596	32273.866	.000	1	.999	.000	.000	.
p100 prisión	1.213	21418.897	.000	1	1.000	.297	.000	.
p101EM	19.417	42191.315	.000	1	1.000	270713457,7	.000	.
p102abuso físico	37.062	27644.463	.000	1	.999	.000	.000	.
p103temor	55.743	48417.319	.000	1	.999	1,618E+24	.000	.
p104abuso sexual	58.539	27712.883	.000	1	.998	2,649E+25	.000	.
p105negligencia	38.720	23211.308	.000	1	.999	6.548+16	.000	.
p106testigoabuso	113.181	30948.034	.000	1	.997	.000	.000	.
p107alcoholismo	36.808	28626.445	.000	1	.999	9,669E+15	.000	.
p108amor	18.406	37229.776	.000	1	1.000	98562271,41	.000	.
Constante	.693	1.225	.320	1	.571	.500		

^a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: p99 padresseparados, p100 prisión, p101 EM, P 102 abuso físico, p 103 temor, p 104 abuso sexual, p105 negligencia, p106 testigo abuso, p 107 alcoholismo, p 108 amor.

El cuadro anterior muestra los resultados del análisis de regresión, donde se muestran los valores de los coeficientes de regresión (β) donde el signo (positivo o negativo) muestra el tipo de relación que tienen las variables independientes con la variable dependiente, además del valor exponencia de β (Exp β) que corresponde al valor de odds ratio.

Para efectos de que el modelo tenga un ajuste adecuado y el mismo produzca estimaciones y/o predicciones adecuadas también, el valor de significancia del estadístico de Wald debe ser menor a 0,05 (sig.<0,05) y los E.T. (errores estándar) inferiores a uno.

Por tal razón y según los resultados de la tabla anterior ninguna variable resultó significativa y los errores estándar presentan valores altos, se concluye que dichas variables no se ajustan bien al modelo y por tanto habría que considerar excluirlas y pensar en incluir otras variables distintas al modelo para estimar la probabilidad de dependencia de alcohol.

Dependencia de tabaco

El valor de R cuadrado de Nagelkerke es de 0,174 que indica en este caso, que el 17% de la variabilidad está explicada por el modelo propuesto; además la prueba de Hosmer-Lemeshow indica que el modelo en términos generales ajusta adecuadamente. (valor $p=0,595$).

VARIABLES EN LA ECUACIÓN

Tabla 65. Variables en la ecuación, 2020

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	I.C. 95% para EXP (B)		
						Exp(B)	Inferior	Superior
Paso 1 ^a p 99 padres separados	.680	.720	.893	1	.345	1.974	.481	8.097
p100 prisión	.147	.793	.034	1	.853	1.158	.244	5.483
p101 EM	-.413	.745	.308	1	.579	.661	.154	2.850
p102 abuso físico	1.086	.928	1.369	1	.242	2.961	.481	18.249
p103 temor	.122	.847	.021	1	.886	1.129	.215	5.943
p104 abuso sexual	.606	.811	.558	1	.455	1.834	.374	8.991
p105 negligencia	-.592	.876	.457	1	.499	.553	.099	3.081
p106 testigoabuso	-.219	.997	.048	1	.826	.803	.114	5.666
p107 alcoholismo	.999	.797	1.574	1	.210	2.716	.570	12.942
p108 amor	.729	.936	.608	1	.436	2.074	.331	12.981
Constante	.871	.560	2.423	1	.120	2.390		

^a Variable (s) introducida (s) en el paso 1: p99 padres separados, p100 prisión, p101 EM, p102 abuso físico, p103 temor, p104 abuso sexual, p105 negligencia, p106 testigoabuso, p107 alcoholismo, p108 amor.

Los resultados del análisis de regresión para dependencia de tabaco muestran los valores de los coeficientes de regresión (β). De igual forma, pese a que los errores estándar (E.T.) son inferiores a uno, el valor p (sig.) para cada variable es superior a 0,05.

Por tal razón y según los resultados de la tabla anterior ninguna variable resultó significativa, hay un alto porcentaje de variabilidad que el modelo no explica (R de Nagelkerke= 0,17) también se concluye que dichas variables deben excluirse del análisis y considerar otros factores que ayuden a estimar de mejor forma la probabilidad de dependencia de tabaco.

Dependencia de marihuana:

Bondad de ajuste del modelo

El valor de R cuadrado de Nagelkerke es de 0,247 que indica en este caso, que el 24% de la variabilidad está explicada por el modelo propuesto; además la prueba de Hosmer-Lemeshow indica que el modelo en términos generales ajusta adecuadamente. (valor p=0,491).

VARIABLES EN LA ECUACIÓN

Tabla 66. Variables de la ecuación, 2020

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	I.C. 95% para EXP (B)		
						Exp(8)	Inferior	Superior
Paso 1ª								
p 99 padres separados	.712	.986	-521	1	.470	2.037	.295	14.069
p100 prisión	.732	.921	.632	1	.427	2.079	.342	12.633
P101EM	-827	.927	.797	1	.372	.437	.071	2.687
p102abuso físico	.971	.999	.945	1	.331	2.641	.373	18.716
p103temor	-246	1.156	.045	1	.832	.782	.081	7.540
p104abuso sexual	1.860	1.042	3.184	1	.074	6.422	.833	49.516
p105negligencia	.915	.981	.870	1	.351	2.496	.365	17.062
p106testigoabuso	-989	1.118	.782	1	.376	.372	.042	3.329
p107alcoholismo	-242	.875	.077	1	.782	.785	.141	4.363
p108amor	-394	.918	.184	1	.668	.674	.111	4.078
Constante	-264	.840	.099	1	.754	.768		

ª Variable(s) introducida(s) en el paso 1: p99 padresseparados, p100 prisión, p101 EM, P 102 abuso físico, p 103 temor, p 104 abuso sexual, p105 negligencia, p106 testigo abuso, p 107 alcoholismo, p 108 amor.

Los resultados del análisis de regresión para dependencia de marihuana, muestran los valores de los coeficientes de regresión (β). De igual forma, pese a que los errores estándar (E.T.) son inferiores a uno, el valor p (sig.) para cada variable es superior a 0,05.

Por tal razón basados los resultados de la tabla anterior ninguna variable resultó significativa y también se concluye que dichas variables deben excluirse del análisis y considerar otros factores que ayuden a estimar de mejor forma la probabilidad de dependencia de marihuana.

Dependencia de cocaína:

No se pudo ajustar el modelo porque el número de observaciones ($n=8$) es menor o igual que el número de parámetros de modelo (10).

Dependencia de crack:

De igual forma no se pudo ajustar el modelo para estimar probabilidad de dependencia de crack. La prueba ómnibus de bondad de ajuste del modelo no dio significativa (valor $p > 0,05$), es decir se aceptó la hipótesis nula de que todos los coeficientes de regresión (β) son iguales a cero. Por tanto, no es posible obtener una ecuación de regresión logística para esta variable.

Dependencia de éxtasis:

No se pudo ajustar el modelo porque el número de observaciones ($n=5$) es menor o igual que el número de parámetros de modelo (10).

Dependencia de LSD:

No se pudo ajustar el modelo ya que la variable dependiente tiene menos de dos observaciones (n=1) Para que la regresión logística se pueda calcular, el valor dependiente debe asumir exactamente dos valores (0 ó 1) en los casos que se están procesando.

Dependencia de Ketamina:

No se pudo ajustar el modelo ya que la variable dependiente tiene menos de dos observaciones (n=1) Para que la regresión logística se pueda calcular, el valor dependiente debe asumir exactamente dos valores (0 ó 1) en los casos que se están procesando.

Dependencia de Heroína:

No se pudo ajustar el modelo ya que la variable dependiente no reportó casos.

Dependencia de Inhalables:

No se pudo ajustar el modelo ya que la variable dependiente no reportó casos.

Dependencia de Psicotrópicos:

Bondad de ajuste del modelo

El valor de R cuadrado de Nagelkerke es de 0,411 que indica en este caso, que el 41% de la variabilidad está explicada por el modelo propuesto; además la prueba de Hosmer-Lemeshow indica que el modelo en términos generales ajusta adecuadamente. (valor p=0,679).

Variables en la ecuación

Tabla 67. Variable en la ecuación, 2020

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	I.C. 95% para EXP (B)		
						Exp(8)	Inferior	Superior
Paso 1 ^a p 99 padres separados	2.598	1.841	1.991	1	.158	13.437	.364	496.005
p100 prisión	-101	2.141	.002	1	.963	.904	.014	60.026
p101 prisión	.318	2.263	.020	1	.888	1.374	.016	115.857
p102abuso físico	-1.390	2.170	.410	1	.522	.249	.004	17.523
p103temor	2.830	3.207	.778	1	.378	16,943	.032	9103.010
p104abuso sexual	-2.863	2.048	1.953	1	.162	.057	.001	3.164
p105negligencia	-3.645	2.566	2.018	1	.155	.026	.000	3.993
p106testigoabuso	1.914	2.287	.700	1	.403	6.780	.077	599.791
p107alcoholismo	-662	1.460	.206	1	.650	.516	.029	9.025
p108amor	1.841	2.149	.739	1	.390	6.341	.094	427.927
Constante	.427	1.331	.103	1	.749	1.532		

^a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: p99 padresseparados, p100 prisión, p101 EM, P 102 abuso físico, p 103 temor, p 104 abuso sexual, p105 negligencia, p106 testigo abuso, p 107 alcoholismo, p 108 amor.

Los resultados del análisis de regresión para dependencia de psicotrópicos muestran los valores de los coeficientes de regresión (β). Los errores estándar (E.T.) son superiores a uno, el valor p (sig.) para cada variable es superior a 0,05.

Por tal razón basados los resultados de la tabla anterior ninguna variable resultó significativa y también se concluye que dichas variables deben excluirse del análisis y considerar otros factores que ayuden a estimar de mejor forma la probabilidad de dependencia de psicotrópicos.

Dependencia de Estupefacientes:

No se pudo ajustar el modelo ya que la variable dependiente no reportó casos.

Por tanto, a manera de resumen, considerando las distintas variables de dependencia según sustancia como variable dependiente del modelo y las variables de experiencias adversas en la niñez y adolescencia como predictoras, se tiene que ningún modelo resultó significativo basados en los criterios de decisión (bondad de ajuste del modelo y significancia de las variables).

Por lo tanto, se debería considerar incluir otras variables para determinar un modelo que estime de mejor forma la probabilidad de dependencia de sustancias.

Con respecto a la Prueba t de diferencia de medias entre los dos grupos de la variable dependencia con los resultados del ACE utilizando un valor crítico de $P=5\%$. Se identifica que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la media de la calificación ACE de los grupos con o sin dependencia excepto con el tabaco ($P=0.009$)

CAPÍTULO V: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS Y DEPENDENCIA A SUSTANCIAS

Capítulo V: Depresión, Ansiedad y Estrés y Dependencia a Sustancias

Las enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, como la dependencia, según Torales, Castaldelli, et al (2019) pueden estar acompañadas por otro tipo de patologías que afectan la salud mental (si las mismas fueron causa o consecuencia de la dependencia no es el foco de este estudio) tales como la depresión, la ansiedad, el estrés, esquizofrenia, demencia, entre otras. Lo anterior se conoce, epidemiológicamente, como comorbilidad, según Valderas, Starfield et al (2009) y en el caso concreto de las enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas se ha acuñado el término de patología dual (Szerman, Martínez, et al, 2017).

Los resultados del estudio evidencian, independientemente de si existe o no consumo de sustancias psicoactivas, que la depresión, ansiedad y estrés están presentes, de forma concomitante y en parámetros fuera de lo normal, en el 34,6% de la población estudiada, siendo que los datos individualizados por patología se observan en la tabla 68, en el cual se demuestra que en al menos el 54,4% de la población existe un grado de depresión que no es normal, en el caso de la ansiedad el 59,2% reportó niveles fuera de los rangos normales, particularidad que suma el 35,9% en el caso del estrés, lo que refleja la necesidad de fortalecer las acciones relacionadas a la salud mental de las mujeres privadas de libertad.

Al respecto, se hace necesario recapitular que el voto 1264-91 de la Sala Constitucional Costarricense reconoce que si bien las penas de privación de libertad implican la supresión del derecho de movilización, no sucede lo mismo con derechos como el de la vida, la salud, la integridad física, la libertad religiosa y otros, por lo que es una obligación del sistema trabajar en torno a estos hallazgos, mismos que deben servir como línea base para la medición de la evolución del fenómeno y claro está, del impacto de las intervenciones que en función de esta realidad se vayan a implementar.

Tabla 68. Niveles del DASS 42, según característica, 2020

Nivel	Depresión		Ansiedad		Estrés	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
normal	141	45,6	126	40,8	198	64,1
medio	25	8,1	18	5,8	27	8,7
moderado	43	13,9	34	11	30	9,7
severo	28	9,1	29	9,4	15	4,9
extremadamente severo	72	23,3	102	33	39	12,6

En el caso concreto de quienes han desarrollado una dependencia, los resultados evidencian que al menos en el 23,3% de los casos existe un nivel de depresión extremadamente severo (Tabla 68). Esta cifra denota que se precisan intervenciones que trasciendan la superación de la dependencia a una u otra sustancia psicoactiva, sino por medio de acciones integrales, las cuales demandan una mayor cantidad recursos, principalmente de profesionales especializados en salud mental (que conciba la patología dual).

Si bien la realidad de este estudio no entra en detalles de los detonantes que estudia el DASS-42, lo cierto es que la privación de libertad, según Stringer (2019), convierte, de facto, a los centros penitenciarios en centros de tratamientos en salud mental. De ahí la importancia de visibilizar e interiorizar lo anterior para con los sistemas estatales que no forman parte del sistema penitenciario, siendo una necesidad apremiante que puede prevenir que personas con el tratamiento adecuado terminen en privación de libertad, según refiere Ghiasi, Azhar y Singh (2020).

Dentro de las personas que reportan depresión, Banner, Brant, et al (2020) señalan que el 40% refiere haber tenido un diagnóstico por problemas derivados de dicho consumo, lo que pone de manifiesto la imperiosa necesidad de posicionar la depresión como una patología prioritaria de atender dentro de la población estudiada.

Tabla 69. Nivel del DASS 42, según dependencia por sustancia, 2020

		Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Crack	Éxtasis	Ketamina	Psicotrópicos	
		si	si	si	si	si	si	si	si	
DASS DEPRESIÓN	normal	Recuento	1	35	5	0	2		1	
		% de dependencia	6,70%	27,10%	15,20%	0,00%	12,50%		6,30%	
	medio	Recuento	2	8	2	1	3			
		% de dependencia	13,30%	6,80%	6,10%	33,30%	18,80%			
	moderado	Recuento	2	17	5	0	2	0	1	
		% de dependencia	13,30%	14,40%	15,20%	0,00%	12,50%	0,00%	50,00%	18,80%
	severo	Recuento	3	13	4	0	2			
		% de dependencia	20,00%	11,00%	12,10%	0,00%	12,50%		0,00%	
	extremadamente	Recuento	7	48	17	2	7	1	1	
	severo	% de dependencia	46,70%	40,70%	51,50%	66,70%	43,80%	100%	50,00%	75,00%

Nota: solamente se reportan las sustancias para las cuales hubo calores de dependencia reportados

La evidencia científica ha mostrado (Brady, Haynez, Hartwell y Killeen, 2013) que la ansiedad y el consumo de sustancias suele darse de forma concomitante por eso se recomienda que el tratamiento de las personas que han desarrollado una dependencia incluya un manejo diferenciado de la ansiedad, de tal modo que la misma no sea el factor detonante para una eventual recaída.

Nótese que de las tres condiciones identificadas por el DASS-42, la ansiedad es la que representa la mayor proporción en el rango de “extremadamente severo” particularidad que debe analizarse en un contexto más amplio que únicamente el del consumo de sustancias psicoactivas.

Es importante mencionar, que Black, Gunter, et al (2010), refieren que $\frac{2}{3}$ partes de los hombres con trastorno de personalidad antisocial presentaban también, un trastorno por ansiedad y, además se menciona que el trastorno de personalidad antisocial está presente en el 35,3% de las personas privadas de libertad. La literatura refiere que la salud mental más que intervenciones aisladas requiere una integralidad según sea la necesidad de la población que se

está atendiendo, además de generar mayor evidencia científica con respecto a temas de salud mental en mujeres privadas de libertad.

Tabla 70. Porcentaje de dependencia por sustancia, según niveles del DASS 42, 2020

		Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Crack	Éxtasis	Ketamina	Psicotrópicos	
		si	si	si	si	si	si	si	si	
DASS ANSIEDAD	normal	Recuento	0	24	3					
		% de dependencia	0,00%	20,30%	9,10%					
	medio	Recuento	1	6	3	1			1	
		% de dependencia	6,70%	5,10%	9,10%	6,30%			6,30%	
	moderado	Recuento	2	13	3	1	4	0	1	
		% de dependencia	13,30%	11,00%	9,10%	33,30%	25,00%	0,00%	50,00%	12,50%
	severo	Recuento	2	12	2	0	2	0		2
		% de dependencia	13,30%	10,20%	6,10%	0,00%	12,50%	0,00%		12,50%
extremadam ente severo	Recuento	10	63	22	2	9	1	1	11	
	% de dependencia	66,70%	53,40%	66,70%	66,70%	56,30%	100%	50,00%	68,80%	

Nota: solamente se reportan las sustancias para las cuales hubo calores de dependencia reportados

En cuanto al estrés, este es un factor ampliamente estudiado como factor de riesgo en el desarrollo de una dependencia, así como para las recaídas (Sinha, 2009). El estrés se asocia a situaciones relacionadas a la privación de libertad, como la incertidumbre respecto a la situación legal, la pérdida del trabajo (cuando lo había), la duda sobre el futuro y la custodia de los hijos(as) (cuando se tienen), entre otros; son factores que per se, son suficientes para que haya intervenciones formalmente establecidas para tratar esta realidad que las cifras del actual estudio evidencian en la tabla 70.

Como se puede observar, en al menos el 50% de la población que presenta una dependencia existe un nivel de estrés fuera del rango considerado como normal, lo que supone un reto más para estas personas en un eventual proceso terapéutico dentro del centro penal, y para el equipo de atención.

Tabla 71. Porcentaje de dependencia a sustancias, según niveles del DASS 42, 2020

		Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Crack	Éxtasis	Ketamina	Psicotrópicos	
		si	si	si	si	si	si	si	si	
DASS ESTRÉS	normal	Recuento	5	52	14	1	9	0	1	
		% de dependencia	33,30%	44,10%	42,40%	33,30%	56,30%	0,00%	50,00%	25,00%
	medio	Recuento	1	13	2	0				
		% de dependencia	6,70%	11,00%	6,10%	0,00%				0,00%
	moderado	Recuento	2	19	3	0	0			
		% de dependencia	13,30%	16,10%	9,10%	0,00%	0,00%			18,80%
	severo	Recuento	7	7	3		1	1	1	
		% de dependencia	5,90%	9,10%			6,30%	100,00%	50,00%	25,00%
extremadam ente severo	Recuento	7	27	11	2	6	0		5	
	% de dependencia	46,70%	22,90%	33,30%	66,70%	37,50%	0,00%		31,30%	

Nota: solamente se reportan las sustancias para las cuales hubo calores de dependencia reportados

Al realizar el ejercicio de correlación de Pearson se evidencia que únicamente en el caso de la ansiedad con el alcohol, depresión con el tabaco, y la ansiedad con el tabaco existen correlaciones estadísticamente significativas, mismas que mayoritariamente refieren una baja intensidad según los criterios de clasificación de COHEN a excepción del caso de la depresión con el éxtasis, la ansiedad con el alcohol y el éxtasis así como el estrés con el alcohol y la cocaína cuya intensidad es moderada.

Tabla 72. Correlación entre dependencia a sustancias psicoactivas y el DASS 42

Dependencia	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Crack	Éxtasis	LSD	Ketamina	Psicotrópicos
Correlación Depresión	0,275	0,207*	0,204	0,067	-0,203	0,408	NA	NA	0,239
Ansiedad	0,49*	0,211*	0,263	0,174	-0,258	0,375	NA	NA	0,135
Estrés	0,315	0,169	0,228	0,311	-0,218	0,218	NA	NA	0,156

*La correlación es estadísticamente significativa al 0,05%

Se señala NA porque los valores son constantes y no se puede realizar una estimación

Al utilizar los criterios de clasificación de COHEN del coeficiente de Pearson, únicamente el alcohol muestra una correlación moderada (0.352) siendo todas las demás correlaciones de una baja intensidad (menores a 0.3).

Los resultados del test de Ji-cuadrado para conocer si existe alguna relación entre la dependencia a las distintas sustancias y la depresión, ansiedad y estrés mostró que, con un valor crítico de P=5%, únicamente el estrés y la dependencia al crack resultaron ser variables dependientes entre sí, todas las demás estimaciones evidenciaron que las variables son independientes y que un cambio en una no afecta a la otra.

CONCLUSIONES

Conclusiones

Capítulo I

En cuanto a los aspectos sociodemográficos es relevante destacar lo siguiente, en primera instancia, se identificó que un 70,9% de la población tiene entre 1 y 5 años de prisión. La mayoría (56,7%) de la población se encuentra entre los 25 y 39 años, es decir en plena etapa productiva, tanto a nivel económico como personal.

Una característica importante de esta población es el nivel de escolaridad, que muestra una correlación inicial con la dependencia a psicotrópicos, reflejando los resultados que 40,5% cuenta con secundaria incompleta o menos. La presencia de este factor de riesgo se relaciona a su vez con la condición laboral y con los ingresos insuficientes para suplir sus necesidades. Se tiene así que un 42% de las mujeres reportaron tener ingresos económicos insuficientes, un 41,4% reportaron que trabajaban por cuenta propia, lo que puede incluir los trabajos informales, y un 8,4% reporta que se encontraba desempleada en busca de trabajo, por lo que la investigación permite determinar que la pobreza se constituye en un factor presente en la población en estudio, y que puede ser de riesgo para otras situaciones.

En concordancia con lo presentado anteriormente, se tiene que un 59,2% de las mujeres no contaba con seguro médico, lo que las deja en desprotección, aspecto que es un derecho humano. Pero, además, esta dificultad para acceder a los servicios de salud se relaciona con la dependencia a la cocaína.

Fundamental en la caracterización de la población femenina, es señalar que el 64% de estas mujeres vivían con sus hijos(as) previo a su ingreso a prisión, el 72,8% tiene uno o más hijos(as) a su cargo, y de estas el 84% tiene al menos un(a) hijo(a) que era una persona menor de edad. Se logra determinar que tener hijos(as) a cargo se relaciona con la dependencia al alcohol.

Además, un 53% de estas mujeres tenía a su cargo (económicamente y/o de cuidado) al menos una persona. Si sumado a ello se considera que el 45,3% de estas mujeres eran jefas de hogar, se hace evidente la afectación económica y afectiva que sufre el núcleo familiar a raíz de la prisionalización de estas mujeres, y la vulnerabilización a que se expone a los hijos(as) y personas dependientes de ellas. Se logra relacionar esta variable de personas dependientes, con la dependencia al tabaco.

Un 52,4% de las mujeres proviene del Gran Área Metropolitana, específicamente San José y Alajuela. Además, un 6,1% reportó haber vivido en situación de callejización, lo que está relacionado con el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Aunado a lo anterior, el 11% de las mujeres residían en situación de hacinamiento, y se ha encontrado que el hacinamiento se relaciona con la dependencia al crack.

En esa misma línea, no solamente es relevante señalar que hay un 15,5% de la población que expresó abiertamente tener las actividades delictivas como actividad de subsistencia, sino que además un 43,4% indicó la presencia de actividades de esta índole en su contexto familiar,

siendo necesario recordar que estos ambientes delictivos conllevan a una mayor exposición a situaciones de riesgo, incluyendo el consumo de SPA.

También se evidenció en los resultados que un 65,4% de las mujeres tenía familiares que consumían alcohol y tabaco, y que esta variable se relaciona con la dependencia a psicotrópicos y al crack. Un 85,1% tenía amistades que consumían dichas sustancias ilícitas, aspecto que está relacionado con la dependencia al tabaco.

En general se evidencia que existen múltiples factores vinculados con el pasado y presente de la población en estudio, como lo es: historias de vida en donde han sido testigos de personas que consumían sustancias psicoactivas en su grupo familiar, lo que refiere un entorno en donde existía la disponibilidad, amigos-as que consumían alcohol, tabaco y SPA ilegales, siendo estos algunos factores de riesgo asociados a la edad de inicio de consumo de SPA, el cual se gestó mayoritariamente previo al ingreso a prisión y en algunos casos continuo durante la privación de libertad.

Capítulo II

En cuanto a la prevalencia de consumo identificadas según los resultados del estudio, se encuentra en primer lugar el tabaco, siendo en los últimos treinta días 40,8%, y la prevalencia en privación de libertad es de 51,8%, lo que es concordante con el Estudio 2014 Buen Pastor y la IV Encuesta Nacional 2015, donde se evidencia que esta es la sustancia con mayor prevalencia de consumo en la población de mujeres privadas de libertad.

En cuanto a la prevalencia del consumo de psicotrópicos de uso médico sin prescripción médica o en dosis diferente a las recomendadas, en los últimos treinta días es de 3,9% y en privación de libertad de 14,9%, lo que evidencia la necesidad de evaluar la forma en la cual se administran los mismos, y de dónde provienen.

En referencia a la prevalencia de marihuana en los últimos 30 días es de 8,7% y en privación de libertad 23%, lo que nos refleja que durante la privación de libertad, casi un 25% de la población ha consumido una sustancia ilegal, aspecto que debe ser un llamado de atención en temas de oferta de la sustancia, considerando que la misma está siendo ingresada a los centros penitenciarios, a pesar de que la normativa es clara con respecto al delito que implica el ingreso de drogas al Sistema Penitenciario.

En comparación con el Estudio 2014 Buen Pastor y IV Encuesta Nacional 2015 se refleja que el consumo de tabaco, es una problemática que en la actualidad continúa vigente, y que requiere procesos de concientización, y la necesidad de la atención prioritaria, tanto a las personas privadas de libertad como a sus principales redes de apoyo. Esto considerando que en los centros penitenciarios, sí se cuenta con acceso a esta sustancia, y que además puede ser proporcionada por sus redes de apoyo a través de visitas o encomiendas, facilitando que el consumo se mantenga.

Si bien existe una autorización para el consumo de tabaco (al menos en el CAI Vilma Curling), se debe rescatar que este consumo afecta a las personas que deciden no consumirlas, considerando las implicaciones a nivel de salud que tiene el consumo pasivo de la sustancia, por la infraestructura de los centros penitenciarios.

Asociado a lo anterior, el incremento de consumo en el último año, puede estar relacionado con la dependencia, aunado al costo económico de esta sustancia psicoactiva legal, que resulta más accesible de costear en comparación con otros tipos SPA, además de su facilidad de acceder a la misma (en los comisariatos la sustancia es vendida).

En el Capítulo II se evidencia el consumo en los últimos 30 días, y dentro de prisión de una multiplicidad de sustancias, las cuales, a pesar de que tengan un consumo menor, no deben pasar desapercibidas, considerando que pueden ser generadoras de dependencia, y además, que el ingreso de estas es ilegal, aspecto que debe ser un llamado de atención para la autoridades involucradas en la materia.

Capítulo III

No todas las mujeres privadas de libertad que han consumido sustancias psicoactivas han desarrollado una dependencia. Los datos son contundentes en relación con lo anterior ya que las prevalencias de consumo en los últimos doce meses⁹ son superiores a los de dependencia, y no en todas las sustancias el criterio diagnóstico utilizado refería que se estaba en presencia de un consumo en función de la dependencia.

Las dos principales fuentes de dependencia entre quienes consumen sustancias psicoactivas son inhaladas: el tabaco y la marihuana. Siendo que la primera sustancia es legal dentro de los centros penales, y por lo tanto su accesibilidad no es limitada por la policía, es posible que la dependencia al tabaco esté influenciada por su fácil acceso; mismo que también facilita que quienes tienen una dependencia a una sustancia ilegal cambien hacia el tabaco cuando no logran conseguir dicha sustancia.

El crack es una sustancia cuyo potencial para desarrollar una dependencia es ampliamente conocido, y las mujeres que dependen de este derivado del arbusto de la hoja de coca (5,2% de la población) precisan ser identificadas y recibir una intervención diferenciada justo por la naturaleza de la sustancia, y sus efectos nocivos no solamente en el organismo sino en la dinámica de convivencia que sus efectos podrían acarrear.

Los psicotrópicos de uso médico comparten niveles de dependencia iguales al crack, pero a diferencia de este último, que es ilegal, y su acceso prohibido, los medicamentos en cuestión circulan legalmente en los centros penales siendo que son facilitados por el mismo equipo médico a las mujeres privadas de libertad. Esto podría favorecer el desarrollo de este tipo de dependencia en el ambiente carcelario, empezando por las mismas mujeres a quienes

⁹ los criterios de dependencia se corren únicamente a quienes consumieron en dicho período de tiempo

les fue prescrito el medicamento, debido a que en la actualidad no se entrega la dosis requerida para un momento específico, sino todas las dosis necesarias para un período de tiempo determinado. Esto aumenta la disponibilidad de estas sustancias, facilita el incumplimiento a las indicaciones de prescripción y favorece el desvío del fin para el que fueron prescritos.

Los resultados de dependencia a las otras sustancias no son conclusivos, por cuanto están dentro del porcentaje de error del estudio, mismo que es concluyente en que más que una única dependencia, quienes desarrollan esta patología lo hacen en función a varias sustancias. Esto conlleva una complejidad mayor en relación al tratamiento que estas mujeres precisan, el cual debería ser llevado a cabo por profesionales especializados en la materia y en función no únicamente del diagnóstico de dependencia sino de la integralidad de eventuales otras comorbilidades que ellas puedan presentar y que no fueron foco del presente estudio.

Capítulo IV

Fue posible apreciar que la etapa de la niñez y adolescencia de la población en estudio estuvo permeada por múltiples experiencias adversas, donde los padres separados, sentir temor y ser testigo de abuso encabezan la lista. No es posible invisibilizar, el hecho de que el 36,6% de las mujeres fue víctima de abuso sexual, aspecto que los estudios han revelado que tiene múltiples repercusiones en la vida de las personas.

La mayor cantidad de mujeres (16,8%) reporta una situación adversa, además, el 37,1% reporta haber vivido cinco o más situaciones adversas durante su niñez y/o adolescencia, evidenciando una población con múltiples situaciones de exclusión y vulnerabilidad, que pudieron haber mediado la situación actual de las mujeres.

Sin embargo, al determinar la relación entre dependencia a sustancias psicoactivas y experiencias adversas vividas en la niñez y la adolescencia, se determina que estas no resultan significativas para predecir dependencia, al menos en este grupo poblacional. Por lo tanto, a pesar de que estas experiencias adversas pudieron ser factores de riesgo para diversas situaciones, en la población en estudio no fungieron como un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia a sustancias psicoactivas.

Capítulo V

La relación entre enfermedad mental y problemática de consumo de sustancias psicoactivas o bien patología dual no se encuentra definida en la presente investigación, sin embargo, independientemente la persona presente o no consumo de sustancias psicoactivas, es posible visualizar depresión, ansiedad y estrés en un porcentaje de 34,6% de la población, lo cual evidencia un panorama a tomar en consideración para el respectivo abordaje de la población femenina privada de libertad.

En cuanto al desarrollo de la conducta dependiente hacia las sustancias psicoactivas, se identifica que en la categoría extremadamente severo, se obtiene como resultado que en un 33% de los casos existe un nivel de ansiedad, un 23,3% de depresión y un 12,6% de estrés, lo que evidencia la importancia de ampliar el marco de intervención hacia esta población por medio

de la atención integral, considerando la patología dual como una realidad que amerita el debido abordaje, dado que podría ser un factor de vulnerabilidad ante el consumo.

Si bien las personas privadas de libertad podrían presentar síntomas de depresión, ansiedad y estrés no diagnosticado, los centros penitenciarios no presentan capacidad para brindar la atención individualizada a esta población, además de que las características de los mismos podrían afectar o aumentar el deterioro en la persona.

Se identifica que existe una relación entre la ansiedad, depresión y estrés y el consumo de sustancias psicoactivas, en el caso de la depresión se encuentra asociado en la categoría extremadamente severo al consumo de cocaína con un 66,7% de la población y un 75% con psicotrópicos de uso médico; en el caso de la ansiedad, se encuentra asociado al consumo de alcohol, marihuana y cocaína en un 66,7%, un 100% a éxtasis y un 68,8% a psicotrópicos de uso médico; y en el caso del estrés, un 66,7% asociado a la cocaína y un 46,7% asociado al alcohol. Lo anterior permite identificar la importancia del abordaje integral en dichas temáticas.

RECOMENDACIONES

-

Recomendaciones

Capítulo I

Se recomienda que a nivel del Estado y de las ONG, se busquen alianzas que permitan abordar la drogodependencia desde una enfoque integral; con acciones dirigidas a la atención del desempleo femenino, que aseguren la protección de los derechos laborales de las mujeres que trabajan en el sector informal de la economía, a fin de lograr que no solo la mujer se vea beneficiada al estar incorporada en el sector productivo de la economía, sino que además, ella y su familia puedan favorecerse de la seguridad social, garantizando un acceso a los servicios de salud.

De igual manera, es importante generar espacios de sensibilización dirigidos a las empresas con el fin de apoyar a este grupo poblacional, facilitando su reinserción laboral y social, además de promover espacios libres de estigmas sociales hacia esta población, considerando que brindarles una oportunidad podría generar beneficios para estas mujeres y sus familias.

Aunado a lo anterior, se considera pertinente que ese amalgamiento de esfuerzos interinstitucionales que contribuyan a la ejecución de acciones para la identificación de hogares con características de riesgo por ser proclives a la actividad delictiva, a fin de garantizar el seguimiento a sus miembros desde una perspectiva preventiva, en la cual la institucionalidad brinde herramientas a los(as) mismos(as), para la atención de los factores de riesgo.

En cuanto a la atención de la población privada de libertad femenina, se sugiere el fortalecimiento de la Red Interinstitucional de Atención a Mujeres en Conflicto con la Ley y sus familiares dependientes, a fin de que se amplíe el trabajo hasta ahora realizado con la atención de las familias, generando un mayor acercamiento a éstas desde opciones de estudio, empleo y capacitación, así como subsidios y/o financiamiento para el acceso a tratamientos ambulatorios o permanentes.

Un aspecto por analizar es el apoyo que a nivel estatal se podría brindar a los hijos e hijas y personas dependientes de las mujeres privadas de libertad. Si bien es cierto que el Estado brinda apoyo económico por medio del Instituto Mixto de Ayuda Social, no se facilita la ayuda a la totalidad de la población que tiene personas menores de edad en situación de riesgo, quedando en largas listas de espera según el presupuesto nacional. Este apoyo podría ser integral, abordando diferentes ejes que consideren la parte económica, social y emocional.

Capítulo II

En esta investigación se recomienda que las autoridades competentes que tengan relación con la temática de consumo de sustancias psicoactivas, tanto las que atienden de forma directa a la población, como de forma indirecta; a través de procesos de supervisión, generación de protocolos e investigaciones, sean entidades estatales como no gubernamentales. Se considera que se requiere de forma prioritaria brindarle atención a esta problemática, y de esta manera unificar esfuerzos, conocimientos y acciones acompañadas de objetivos puntuales de

manera que se realicen coordinaciones necesarias para la cesación de tabaco y SPA, además de mejorar los controles para evitar el ingreso de este tipo de sustancias a los centros penitenciarios, siendo necesario la creación de programas, la implementación de clínicas de cesación tabaco, y tratamiento para otro tipo de SPA.

Capítulo III

Es indispensable la implementación de esfuerzos de concientización y sensibilización en la población de estudio sobre las consecuencias negativas del consumo tanto activo como pasivo del tabaco. Esto considerando los efectos que esta sustancia atañe no únicamente a quienes son consumidoras directas sino también a quienes conviven con ellas. En este sentido, también se hace urgente el establecimiento de lugares específicos para el fumado, de tal modo que quienes no consumen tabaco no se vean expuestas a inhalar el humo del mismo, y por lo tanto, se evite exponer a las no fumadoras a la amplitud de patologías ajenas a la dependencia que genera el humo del cigarrillo.

Además de la sensibilización y concientización sobre los efectos adversos del consumo e inhalación pasiva del humo del cigarrillo de tabaco, es necesario que se implementen clínicas de cesación ya sea por parte de la CCSS o del IAFA, logrando la implementación de este tipo de clínicas, por parte del Estado, dentro de los recintos donde se encuentra la población estudiada.

Tanto para la marihuana, como para las demás sustancias ilegales es mandatorio que se establezcan medidas de control realmente efectivas como el uso de sistemas de rayos-X corporales¹⁰. Los datos son concluyentes en que a lo interno de la cárcel hay suficiente oferta de sustancias ilegales como para que las mujeres privadas de libertad puedan consumir este tipo de sustancias, lo que no solamente favorece que quienes ya consumen al momento de ser privadas de libertad se mantengan en dicha dinámica, sino que quienes nunca lo han hecho tengan la posibilidad de hacerlo por la disponibilidad de estas, y que eventualmente puedan desarrollar una enfermedad asociada al consumo.

Para poder mejorar la situación relativa al consumo de psicotrópicos de uso médico sin receta o en dosis distintas a las indicadas, es indispensable que se implemente un sistema de entrega unidosis a quienes se les ha prescrito este tipo de medicamentos. Esto implica que se precisa una persona profesional en salud (farmacia o enfermería) que se encargue de entregar la dosis específica recetada a cada privada de libertad en los momentos a los cuales les fue indicado consumir sus medicinas, de tal modo que las usuarias de estos medicamentos no tengan acceso a los mismos, sino únicamente al momento de consumirlos, siendo esto último algo que la persona profesional en salud asignada debe de verificar.

¹⁰ Existen distintos equipos en el mercado como Securpass Whole Body Digital Security Imaging System del cual se puede conocer su funcionalidad en <https://www.dxsinc.com/security/securpass/>. Es vital mencionar que el equipo en cuestión se menciona como un ejemplo práctico pero no es el único disponible en el mercado, mismo que el Ministerio de Justicia debería de explorar para finalmente implementar sistemas de vigilancia de última generación.

Los resultados han evidenciado que quienes han desarrollado una dependencia suelen tenerla no a una única sustancia sino a dos o más, lo que considerando la bibliografía disponible en la materia, llama a la necesidad de que se realicen evaluaciones psiquiátricas integrales que permitan identificar la eventual existencia de otras enfermedades mentales y del comportamiento que pueden estar acompañando la dependencia a las distintas SPA. Logrando que se les brinde a estas mujeres una atención completa y no orientada únicamente al problema de consumo.

Vale mencionar que en la actualidad, los programas de tratamiento que se brindan en el país, están orientados principalmente a la abstinencia total, y se comprende que en estos contextos, los programas de tratamiento de abstinencia total, puede que no sean 100% efectivos, en un contexto donde el policonsumo forma parte de la cotidianidad de las personas privadas de libertad, de ahí la necesidad de considerar alternativas como el modelo de reducción de daños, que permita y/o facilite la inclusión social y laboral de este grupo poblacional, el cual presenta múltiples condiciones de vulnerabilidad, entre ellos el ser mujer y encontrarse en privación de libertad.

Capítulo IV

Se torna indispensable que las instituciones que trabajan en temas de niñez y adolescencia, como lo es el Ministerio de Educación Pública, el Patronato Nacional de la Infancia, los centros de cuidado, entre otras, consideren dentro de sus temas a trabajar, las experiencias adversas en la niñez y adolescencia; esto a fin de poder brindar una respuesta oportuna a las diversas situaciones que pudieron vivir los niños, niñas y adolescentes. Esto considerando que las mismas pueden convertirse en factores de riesgo para diversas situaciones, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, problemas de salud crónicos, y en la salud mental.

Es necesario que el Sistema Penitenciario Nacional trabaje sobre las situaciones adversas que vivieron las mujeres privadas de libertad durante su niñez y adolescencia, considerando que son aspectos que pueden ser detonantes a diversas situaciones durante la etapa de adultez. Por lo tanto, el brindar atención a las mujeres sobre estas experiencias, puede ser una forma de sobrellevar diversas situaciones que se están presentando en la cotidianidad y que pudieron estar asociadas a estas experiencias adversas.

Estas situaciones deben ser un tema que se trabaje y evalúe en diversas etapas de la vida de las personas, siendo de las principales la etapa de la adolescencia, donde es posible trabajar estos temas, y lograr la translaboración de la situación o las situaciones consideradas como traumáticas.

Capítulo V

Es importante brindar seguimiento al abordaje de la salud mental, debido a que los resultados de la presencia de ansiedad, depresión y estrés en la población femenina privada de libertad representan un porcentaje a considerar. Por ende, se recomienda el seguimiento

profesional de un equipo interdisciplinario, dado que el mismo podría convertirse en un factor de vulnerabilidad para la ingesta de sustancias psicoactivas.

La atención en cuanto a personas que presentan dependencia a las sustancias psicoactivas, aunado a los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, resulta prioritario. Esto considerando que se requiere de un abordaje profesional y especializado en la atención de la patología dual y sus múltiples características.

De igual manera, resulta pertinente la evaluación psiquiátrica de la población privada de libertad, con el fin de realizar un mapeo que permita identificar las personas que presentan padecimientos psiquiátricos, con el objetivo de valorar posibles alternativas a la privación de libertad, donde se priorice la calidad de vida. A fin de poder brindarle a la persona una atención integral, que contemple un abordaje multidisciplinario.

Se considera importante realizar investigaciones que permitan obtener evidencia científica en cuanto a la presencia de trastornos psiquiátricos, como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas. Este aspecto facilitaría enfocar o redireccionar posibles proyectos dirigidos a la prevención, información y atención a los diversos grupos que son más vulnerables al consumo de SPA.

Resulta pertinente aumentar los estudios científicos en cuanto a la salud mental, y a la realidad de las mujeres privadas de libertad, dado que la mayoría de las investigaciones se encuentra dirigida a los hombres, y pese a que se consideran aportes importantes, no reflejan la cotidianidad de las mujeres.

Parte de las acciones profesionales del Ministerio de Justicia y Paz, deberían ir dirigidas a la atención de la salud mental, principalmente el estrés, especialmente en ambientes cerrados como los centros penitenciarios, esto aunado a lo que la sociedad demanda hacia las mujeres, pudiendo aumentar los niveles de estrés y ansiedad, como se visualiza en la presente investigación.

Este abordaje integral de la salud mental es de relevancia, dado que es un factor de riesgo para el desarrollo de la conducta dependiente hacia las sustancias psicoactivas y las recaídas. Por ende, es necesario el fortalecimiento de programas dirigidos al deporte y la recreación, que faciliten a la población privada de libertad canalizar de forma positiva las diversas emociones que pueden llevar a la persona a recurrir al consumo de SPA como forma de escapar de su realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas

- Abeldaño, R.; Fernández, R.; Estario, J.; Arena, C. (2014). El consumo de sustancias psicoactivas y su relación con condiciones de vulnerabilidad y pobreza en Argentina. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 10 (3), 111-118. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Arana, X.; Markez, I.; & Montañés, V. (2012). Introducción al enfoque de género en las políticas europeas de drogas. *Oñati Socio-legal*. 2 (6). Recuperado de https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Introduccion-Enfoque-Genero-Pol%C3%ADticas-Europeas-Drogas_comp.pdf
- Araujo, C.; Lasiuk, G.; Barton, S.; de Fatima, M; da Silva, E. (2017). Una exploración de la adicción en adultos que han sufrido estrés durante los primeros años de su vida: una metasíntesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 25. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2939.pdf
- Arellanez, JL; Ito, M; Reyes, I. (2009). Características psicométricas de una escala de ocurrencia e intensidad del estrés migratorio (OIEM) en población migrante mexicana a Estados Unidos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*. 1 (27), pp. 133-155. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645443008>
- Arellanez, J. (2010). Factores psicosociales de aculturación para el consumo de drogas en migrantes mexicanos en Estados Unidos. Tesis de doctorado. México, D. F., UNAM.
- Beeks, K. (2018). The lifelong consequences of childhood trauma. *High Country News*. Recuperado de <https://www.hcn.org/articles/the-montana-gap-the-lifelong-mental-health-consequences-of-childhood-trauma#:~:text=Adverse%20childhood%20trauma%20affects%20physical,loss%2C%20neglect%20and%20serious%20illness>
- Benavides, F.; Ruiz, N; Delclós, J.; Domingo, A. (2012). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. *Gac Sanit*. 27 (3), pp.248-253. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v27n3/original8.pdf>
- Black, D; Gunter,T; Loveless, P; Allen,J; Sieleni,B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *National Library of Medicine*. 22 (2). pp.113-120. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20445838/>
- Brady, K; Haynes, L; Hartwell, K; Killen, T. (2013). Substance Use Disorders and Anxiety: A Treatment Challenge for Social Workers. *Social Work in Public Health*. 28, pp. 407-423. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19371918.2013.774675>

- Brugal, T., Barbaglia, M., Parés, O., & Bosque, M. (2018). Abordaje integral para la prevención y reducción de las consecuencias adversas del uso de drogas en poblaciones en situación de alta vulnerabilidad: una estrategia de salud pública. COPOLAD. Recuperado de <http://copolad.eu/es/actividades/ficha/26>
- Cantón, J., y Cortez, M (2002). Consecuencias del divorcio en los hijos. *Revista de Psicopatología Legal, Clínica y Forense*. 2(3), pp.47-66. Recuperado de <https://masterforense.com/pdf/2002/2002art16.pdf>
- Carpio, J; Vargas, C; Villareal, K (2017). Consecuencias sociofamiliares de la prisionización en el CEDES de Reynosa Tamaulipas. *Revista de Historia de las Prisiones*. 4, pp.93-108. Recuperado de <https://www.revistadeprisiones.com/wp-content/uploads/2017/05/4.consecuencias-1.pdf>
- Casas, M., y Navarro, J. (2001). Hijos de padres alcohólicos: su nivel de ansiedad en comparación con hijos de padres no alcohólicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 33(1), pp.53-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80533106>
- Cortázar, A; Fernández, P; Léniz, I; Quesille, A; Villalobos, C; Vielma, C. (2015). ¿Qué pasa con los hijos de las madres encarceladas? Cómo amortiguar los efectos nocivos para los niños cuyos padres están privados de libertad. *Claves de Políticas Públicas*. Recuperado de <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=117002&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- Díaz, B; García, R. (2008) Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panam Salud Pública*. 24 (4), p.223-232. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9927/v24n4a01.pdf?sequence=1>
- Dirección General de Salud Pública y Consumo. (2020). Información y prevención sobre drogas. Gobierno de la Rioja, España. Recuperado de <https://www.infodrogas.org/>
- Esbec, E.; Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*. 28 (1). Recuperado de <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/790>
- Estrada, C.; Rodríguez, F.; Cerros, E.; Solano, C. (2015). Implicaciones parentales en las conductas delictivas de adolescentes: tendencias y narrativas. *Papeles de población*. 21 (84). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252015000200005

- Ferguson, H; Bovaird, S; Mueller, M. (2007). The impact of poverty on educational outcomes for children. *Paediatr Child Health*. 12 (8), pp.701-706. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528798/>
- García, M; Mann, R; Hamilton, H; Erickson, P, Brands, B; Giesbrecht, N; Miotto, M; Cumsille, F; Sapang, J; Khenti, A. (2015). Relación entre el consumo de drogas y maltrato infantil entre estudiantes universitarios de la universidad en Colombia. *Contexto Enferm*. 24, pp.40-44. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/tce/v24nspe/0104-0707-tce-24-spe-00040.pdf>
- García, J. (2018). El hijo de padres separados o divorciados. *Pediatría Integral*. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 22(6) Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-06/el-hijo-de-padres-separados-o-divorciados/>
- Gea, M. (2017). Maternidad en prisión. Situación de los hijos e hijas que acompañan a sus madres compartiendo condena. *Papers*. 102 (2), pp.287-310. Recuperado de <https://papers.uab.cat/article/view/v102-n2-gea>
- Ghiasi, N; Azhar, Y; Singh, J. (2020). *Psychiatric Illness and Criminality*. StatPearls. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537064/>
- Gómez, M.; Álvarez, F. (2009). Problemas laborales en pacientes dependientes del alcohol: Evolución en un año de tratamiento. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 55 (216). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000300003#:~:text=Durante%20el%20a%C3%B1o%20que%20recibieron,%25%20y%20el%20desempleo%2014%25.
- González, I; Hernández, A; Otero, A. (2013). El ciclo de la violencia en consumidores de sustancias tóxicas. *MEDISAN*. 17 (12). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200008
- Guzmán, L. (1994). *Relaciones de Género y Estructuras Familiares: Reflexiones a propósito del año internacional de la Familia*. Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000114.pdf>
- Hernández, M; Álvarez, K; Osorio, I. (2015). Consumo autoreportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle de Cali, Colombia. *Revista Salud Pública*. 17 (2), pp.217-228. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a06.pdf>
- Inciarte, A; Sánchez, G; Ocando, F. (2010). Consecuencias psicosociales en niños cuyas madres se encuentran cumpliendo pena privativa de libertad. *Revista de Ciencias Sociales*. 16 (1). Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182010000100014

- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y adolescentes. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2015). IV Encuesta sobre consumo de drogas en población general. IAFA. Recuperado de www.datosabiertos.iafa.go.cr
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2018). VI Encuesta Nacional 2015: Consumo de Drogas en Costa Rica. IAFA. Recuperado de <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/investigaciones/Encuesta--Nacional-de-Drogas-2015.pdf>
- Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo presentes en recaídas con el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Recuperado de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2383/1/38217.pdf>
- Junco, J. (2014). Análisis psicosocial del maltrato infantil. *Avances En Psicología*, 22(2), 179-191. Recuperado de https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014_2/179_Jenny_Junco.pdf
- Lander, L; Howsare, J; Byrne, M. (2013) The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. *Social Work in Public Health*. 28, pp.194-205. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19371918.2013.759005>
- López, F., León, R., Godoy, J., Muela, J., y Araque, F. (2003). Factores familiares que inciden en las drogodependencias. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 13(1), pp.203-230. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=654/65413107>
- Medina, O; Rubio, L. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 41 (3), pp. 550-561. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a07.pdf>
- Míguez, H. (2016). Cocaína, pobreza y nueva pobreza. *Inmanencia*. 5 (1), pp.24-28. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/view/10718>
- Milán, H; Pérez,E. (2019). Educación, pobreza y delincuencia ¿nexos de la violencia en México? *Convergencia*. 26 (80). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352019000200001

- National Drug Intelligence Center (2006). Crack de cocaína. Recuperado de <https://www.justice.gov/archive/ndic/spanish/13420/index.htm>
- Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas. Recuperado https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006). Maltrato infantil y alcohol. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_child_es.pdf
- Pattinson, K. (2008). Opioids and the control of respiration. *British Journal of Anaesthesia*. 100 (6), pp.747-758. Recuperado de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0007091217342915?token=6BF4757C3AC3E90B7958C57B9C55A23C61D86F840848FB258ECEA2CEAB83504336D6CCE4A29A6EBBFDC8E513997952B4>
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*. 32, pp.147-173.
- Phillip, F. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. Segunda Edición. PEARSON. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=ZnHbCKUCtSUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Presidencia de la República y Ministerio de Salud. (2012). Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas No 37111-S. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72642&nValor3=88740&strTipM=TC
- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española 23 ed.[versión 23.3 en línea].<https://dle.rae.es>
- Roizblatt, A., Leiva, V., y Maida, A. (2018). Separación o divorcio de los padres. Consecuencias en los hijos y recomendaciones a los padres y pediatras. *Revista Chilena de Pediatría*. 89(2), 166-172. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200166
- Romo, N.; Camarotti, A. (2015). Haciendo género en un mundo de varones: el consumo de pasta base de cocaína entre las mujeres de la ciudad de Buenos Aires . 19, pp.229-235. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/235048285.pdf>
- Sánchez, R.; Pérez, V.; Rodríguez, S.; Arellanez, J.; Ortiz, R. (2006) El consumo de drogas en migrantes desde una perspectiva de género. *Un estudio exploratorio. Región y sociedad*. 18 (35). Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252006000100005

- Sinha, R. (2009). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Ann N y Acad SCI.* 1141, pp.105-130. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732004/>
- Soto, V. (2019) Perfiles personales y sociodemográficos de las personas que reciben tratamiento en Organizaciones no Gubernamentales autorizadas por el IAFA en Costa Rica. Instituto Costarricense sobre Drogas. San José, Costa Rica. Recuperado de http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/Perfiles_personales_y_sociodemograficos_personas_que_reciben_tratamiento_en_ONGs_autorizadas_IAFA.pdf
- Stringer, H. (2019). Improving mental health for inmates. American Psychological Association. 50 (3). Recuperado de <https://www.apa.org/monitor/2019/03/mental-health-inmates>
- Szerman, N.; Martínez, J.; Baler, R.; Roncero, C.; Vega, P.; Basuarte, I.; Grau, L.; Torrens, M.; Casas, M.; Franco, C.; Spinnato, G.; Maremmanni, I.; Marín, R.; Medina, M.; Ruiz, P. (2017). Joint statement on dual disorders: Addiction and other mental disorders. *Salud Mental.* 40 (6), pp.245-247. Recuperado de <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2018/12/joint-statement-on-dual-disorders-2113-6870-1-pb.pdf>
- Torales, J; Castaldelli, J; Geraldo da Silva, A; Campos, M; González, I; Barrios, I. (2019). When Mental Disorder Meets Addiction in Youth: Dual Pathology. *Current Drug Research Reviews.* 11 (1). Recuperado de <https://www.eurekaselect.com/167836/article>
- Uceda, F.; Navarro, J.; Pérez, J. (2016). Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia. *Revista de Estudios Sociales.* 58, 63-75. Recuperado de <https://journals.openedition.org/revestudsoc/346>
- Valderas, J; Starfield, B; Sibbald, B; Salisbury, C; Roland, M. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *The Annals of Family Medicine.* 7 (4), pp. 357-363. Recuperado de <https://www.annfammed.org/content/7/4/357>
- World Health Organization (2004). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. World Health Organization. Washington. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- World Health Organization (2018). Who Housing and Health Guidelines. Geneva. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535293/>
- Yuen, A; Mak, Y. (2013). Family Process and Peer Influences on Substance Use by Adolescents. *Int. Environ. Public Health,* 10, pp. 3868-3885, Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799532/pdf/ijerph-10-03868.pdf>