

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería:

*“Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014”*

Integrantes:

Campos Ramírez, Heilyn. A91302

Gamboa Flores, Belén. A92528

Morales Villanueva, Dayanna. A94257

Pizarro Loaiza, Stephanie. A94799

Ramírez Hernández, Katherine. A85112

Villalobos Oliver, Juan. A96788

Directora: Msc. Ligia Murillo Castro.

San José, 2015.

# DEDICATORIAS

## DEDICATORIA

A mi padre Arcadio Campos, por ser mi principal motivación en este camino.

A mi madre Miriam Ramírez, por su amor y apoyo incondicional.

A Carlos Bravo, por haber estado presente en todo momento, apoyarme y alentarme  
cuando más lo necesité.

Ustedes son quienes merecen compartir conmigo este éxito.

*Heilyn Campos Ramírez.*

## DEDICATORIA

Este esfuerzo lleva grabado el apoyo incondicional de toda mi familia, mi hermanita, mi papá y en especial de mi madre, Carolina Flores, por todos sus consejos y su orientación, y quien con su ejemplo ha marcado mi camino a seguir; de mi abuela, Enriqueta Parra, quien desde kilómetros de distancia me ha escuchado y aconsejado con toda su paciencia y su amor. También, de quien apareció dispuesto a todo y siendo capaz de alentarme en los momentos más difíciles de este proceso, Sergio Bolaños; y por último, de mis amigas, Maritza, Kamila, Christine y Daniela, quienes me escucharon en todo momento y con quienes compartí las escapaditas que me ayudaron a recobrar energías para seguir. Dedico este trabajo a todos los anteriores, muchas gracias por contribuir en ser quien soy, los amo.

*Belén Gamboa Flores.*

## DEDICATORIA

A Dios, porque todo lo que he logrado ha sido por Él.

A mi padre Rey Morales y mi madre Yadira Villanueva, por su apoyo incondicional, porque su amor que me ha acompañado a pesar de la distancia y me ha dado la fortaleza para lograr mis metas.

A mis hermanas Tatiana, Daniela y mi sobrino Kaleb, porque son los que me impulsan a seguir.

Y por último a Jonathan Montoya y Kenneth Barboza por estar ahí para mí, cuando más los necesite.

¡Gracias por su amor y su apoyo!

*Dayanna Morales Villanueva.*

## DEDICATORIA

A Ivannia Loaiza, mi querida madre, que me ha acompañado a lo largo de mis estudios, y me ha apoyado ante cada dificultad.

A Eduardo Mora, mi amigo y mi pareja, que me da todo de sí, me aconseja y me consuela, que conoce este trabajo mejor que yo misma.

A Miriam Rojas, mi amada abuela, mi segunda madre; que ha estado conmigo, que me ha dado su mano para levantarme innumerables veces.

A Oscar Redondo, al que a pesar de todo puedo llamar mi padre, que me ha brindado amor y me ha ayudado de tantas maneras.

Y a Rosibel y Kathy Loaiza, mis hermosas tías, que me escuchan, que me acompañan, que me apoyan siempre que pueden.

¡Los amo, gracias!

*Stephanie Pizarro Loaiza.*

## DEDICATORIA

Dedicado primeramente a Dios, sin Él no hubiera llegado hasta aquí.

También a mi madre por su apoyo incondicional, y por último a Rafael Navarro por estar  
en los momentos más difíciles.

Gracias por su cariño y apoyo.

*Katherine Ramírez Hernández.*

## DEDICATORIA

Dedicado a cuatro personas, que poseen todo mi cariño y admiración;

A mi mamá y mi papá, gracias por su consejo y apoyo incondicional.

A Carlos Andrés, por la motivación, la escucha y su amor.

A mi hermano Sebastián, gracias por sus frases de ánimo.

No se hubiera logrado sin ustedes;

*Juan Villalobos Oliver.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Al culminar esta investigación, él y las investigadoras gradecen con mucho estima y  
respecto a:

Las personas que participaron en el estudio, gracias por habernos dado la oportunidad de  
conocer sus experiencias de vida.

Al señor Andrés Rodríguez, funcionario del Instituto Costarricense sobre Drogas, por su  
ayuda y colaboración.

A la profesora Msc. Ligia Murillo Castro, por su consejo y dedicación.

## Tabla de contenidos

Dedicatorias .....	2
Agradecimientos .....	8
Tabla de contenidos .....	9
Capítulo I: Introducción .....	14
1.2. Justificación .....	15
1.3. Definición del problema .....	23
1.4. Objetivos .....	23
1.4.1. Objetivo general.....	23
1.4.2. Objetivos específicos .....	23
1.5. Estado de la cuestión.....	24
1.5.1. Antecedentes internacionales.....	24
1.5.2. Antecedentes nacionales .....	25
Capítulo II: Marco referencial .....	28
2.1. Determinantes Sociales de la Salud .....	28
2.1.1. Primeros años de vida.....	28
2.1.2. El gradiente social.....	32
2.1.3. Trabajo y Desempleo .....	33
2.1.4. Apoyo social .....	35
2.1.5. Exclusión social .....	36
2.1.6. Dependencia a sustancias psicoactivas .....	37
2.1.7. Alimentación.....	38
2.2. Pobreza.....	41
2.3. Situación de calle .....	49
2.4. El Fenómeno de las Drogas .....	55
2.4.1. Descripción del fenómeno de las drogas en Costa Rica .....	56
2.4.2. Descripción de la política del Estado costarricense ante el fenómeno de las drogas.....	59
2.4.3. Consumo .....	61
2.4.4. Dependencia .....	64
2.4.5. Abuso .....	65

2.4.6. Drogas legales e ilegales.....	65
2.5. Teoría de enfermería: Imogene King.....	86
2.5.1. Supuestos Básicos.....	86
2.5.2. Sistemas personales .....	87
2.5.3. Sistemas interpersonales.....	91
2.5.4. Sistemas sociales .....	94
Capítulo III: Metodología.....	98
3.1. Fases del Proceso Metodológico.....	99
3.1.1. Fase preparatoria.....	99
3.1.2. Fase de Trabajo de Campo .....	111
3.1.3. Fase analítica .....	113
3.1.4. Fase informativa .....	115
3.2. Criterios de rigor.....	115
3.2.1. Dependencia .....	115
3.2.2. Credibilidad .....	115
3.3. Consideraciones éticas.....	119
Capítulo IV: Análisis de los resultados .....	120
4.1. Caracterizar a la población en situación de calle según los DSS.....	120
4.1.1. Primeros años de vida de las personas en situación de calle .....	121
4.1.2. Gradiente social .....	184
4.1.3. Trabajo.....	195
4.1.4. Desempleo .....	201
4.1.4. Apoyo social.....	207
4.1.5. Exclusión social.....	217
4.1.6. Dependencia a sustancias psicoactivas.....	227
4.1.7. Alimentación.....	250
4.2. Identificar los factores personales, interpersonales y sociales que han conducido a estas personas a la situación de calle .....	255
4.2.1. Factores del Sistema Personal .....	256
4.2.2. Factores del Sistema Interpersonal .....	260
4.2.3. Factores del Sistema Social .....	263

4.3. Identificar las drogas legales e ilegales que han consumido y consumen las personas en situación de calle .....	267
4.3.1. Identificación de la droga con que las personas iniciaron el consumo .....	267
4.3.2. Sustancias que consumieron las personas en el transcurso de su vida .....	272
4.3.3. Sustancias que consumen las personas actualmente .....	275
4.4. Identificar las consecuencias generadas por el consumo de drogas legales e ilegales en las personas en situación de calle .....	282
4.4.1. Consecuencias físicas .....	283
4.4.2. Consecuencias psicológicas .....	292
4.4.3. Consecuencias sociales .....	297
4.4.5. Consecuencias interpersonales .....	300
4.4.4. Consecuencias personales .....	303
4.4.6. Consecuencias legales .....	307
4.5. Identificar los factores que limitan la superación de la situación de calle .....	308
4.5.1. Factores limitantes del Sistema Personal .....	308
4.5.2. Factores limitantes del Sistema Interpersonal .....	314
4.5.3. Factores limitantes del Sistema Social .....	318
4.6. Describir las vivencias relacionadas con la situación de calle .....	325
Capítulo V: Conclusiones .....	336
Capítulo VI: Recomendaciones .....	351
Recomendaciones para el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia .....	351
Recomendaciones para el Instituto Costarricense sobre Drogas .....	354
Recomendaciones para la Municipalidad de San José .....	355
Recomendaciones para la Asamblea Legislativa .....	356
Recomendaciones para la Defensoría de las y los Habitantes .....	357
Recomendaciones para el Tribunal Supremo de Elecciones .....	357
Recomendaciones para las Instituciones que controlan el tráfico de drogas (Ministerio de Seguridad Pública, Policías de Control de drogas, Policía Municipal, entre otros) .....	357
Recomendaciones para la Junta de Protección Social .....	358
Recomendaciones para el Instituto Mixto de Ayuda Social y el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo .....	358

Recomendaciones para el Ministerio de Salud .....	359
Recomendaciones para el Instituto Nacional de Aprendizaje.....	360
Recomendaciones para el Patronato Nacional de la Infancia .....	360
Recomendaciones para el Instituto Nacional de la Mujer .....	361
Recomendaciones para el Consejo Superior de Educación y el Ministerio de Educación Pública .....	362
Recomendaciones para la Caja Costarricense del Seguro Social .....	364
Recomendaciones para la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica .....	365
Capítulo VII: Referencias bibliográficas .....	367
Capítulo VIII: Anexos .....	402
Anexo 1. Consentimiento informado .....	402
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos .....	404
Anexo 3. Mini Mental Test.....	407
Anexo 4. Guía de categorías, subcategoría, temáticas analizadas y sub-temáticas analizadas.....	409
Anexo 5. Frecuencia de la Caracterización de la población según los DSS.....	412

## **Índice de Tablas**

Tabla 1. Categorización de Unidades de Análisis.....	107
Tabla 2. Total de personas participantes según sustancia de inicio de consumo, Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, Enero del año 2014.....	269
Tabla 3. Total de personas participantes según sustancias que consumieron en el transcurso de sus vidas, Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, Enero del año 2014. ....	274
Tabla 4. Total de personas participantes según sustancias que consumen en la actualidad, sustancia que más utilizan y sustancia que prefieren utilizar, Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, Enero del año 2014. ....	276

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1. Costo per cápita del total por mes de la Canasta Básica Alimentaria.....	44
Gráfico 2. Porcentaje de hogares según el nivel de pobreza.....	46
Gráfico 3. Porcentaje de población en pobreza extrema. Circa 2000 y 2013 .....	47

## **Índice de Ilustraciones**

Ilustración 1. Triangulación Teórica.....	117
---	-----

## Capítulo I: Introducción

En la actualidad costarricense y ante la mirada de las y los transeúntes en el centro de San José, se presentan diversas realidades; entre ellas, una de las más impactantes para la sociedad: la situación de calle. La misma que se observa estrechamente ligada al consumo de drogas, que ocasiona un mayor rechazo ante la colectividad.

En este contexto de rechazo y desamparo, bajo el hallazgo de la escasez de publicaciones relacionadas al tema por parte de profesionales de la salud y la necesidad de realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, nace el interés de un grupo de postulantes al grado académico de Licenciatura en Enfermería, de ahondar en dichas realidades por medio de una investigación cualitativa que analiza los relatos de vida de 30 personas en situación de calle, consumidoras de drogas legales e ilegales y usuarias del Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle, que se ubica en la capital costarricense.

En esta investigación, que fue llevada a cabo en el transcurso del año 2014, se utilizó el método biográfico por medio de la implementación de la técnica llamada relatos de vida, que permitió obtener datos cualitativos a partir de las narraciones biográficas de él o la participante, los cuales fueron analizados desde una percepción de enfermería, a través de temáticas que la representan, como lo son: los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para la caracterización de la población, referencias sobre el Fenómeno de las Drogas, y la utilización de la Teoría de Enfermería propuesta por Imogene King en 1984 llamada Teoría de la Consecución de las Metas.

## **1.2. Justificación**

La situación de calle y la drogodependencia han estado presentes en Costa Rica a través de los años, lo cual representa una necesidad de cambio para el país en diversos ámbitos, ya que corresponde a una problemática que involucra aspectos de índole social, económica y política. Para enfrentar dicha situación, el país por medio de instituciones públicas, ubica en la práctica la ejecución de políticas estatales orientadas al bienestar social.

Como parte de dichas acciones, se establece el Plan Nacional sobre Drogas: Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, mismo que da los lineamientos a seguir con respecto a esta temática en el periodo 2013-2017. Dentro del plan se menciona la participación de muchas instituciones, incluidas la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (UCR) y el Instituto Costarricense sobre drogas (ICD), los cuales intervienen en dicha problemática a través de la realización de investigaciones científicas. Por tanto, se elabora el presente seminario por parte de estudiantes de enfermería con el apoyo del ICD para contribuir en dicho cambio.

El estudio se realiza por dos motivos principales: el primero, para generar conocimiento sobre esta población, dado que existe un limitado acervo de publicaciones científicas desde un enfoque de salud; y en segundo lugar, para contribuir con el ICD como ente político nacional en la toma de decisiones para abordar esta problemática.

Además, es importante indicar que la pobreza, la pobreza extrema y la situación de calle poseen cifras alarmantes tanto a nivel internacional como nacional. Al respecto, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2011) menciona que “[...] el índice de pobreza de la región se situó en un 31,4%, incluido un 12,3% de personas en condiciones de pobreza extrema o indigencia. En términos absolutos, estas cifras equivalen

a 177 millones de personas pobres, de las cuales 70 millones eran indigentes.” (p. 11). Y en el caso específico de Costa Rica, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) la incidencia de la pobreza para el año 2014 es de 22,4%, que según Rodríguez (2014) ha sido el nivel más alto en los últimos cinco años y en el caso de la pobreza extrema, pasó de un 5,8% en el 2010 a 6,7% en el 2014.

Con base en las anteriores referencias, se conservan porcentajes considerables en pobreza y situación de calle en el país, revelando un detenimiento en las mejoras en cuanto a las condiciones sociales y económicas. Aspectos que desafortunadamente, colaboran con la permanencia de esta problemática.

De igual forma, con esta situación no se cumple con lo proyectado por Costa Rica, la Organización de Naciones Unidas (ONU) y el Ministerio de Planificación Nacional y la Política Económica (2010), en relación a los Objetivos del Milenio, cuyo primer objetivo consiste en erradicar la pobreza extrema y el hambre, haciendo más evidente la necesidad de investigar en las diferentes poblaciones vulnerables, para crear estatutos que eviten la experiencia de vivir con la pobreza.

La situación de calle representa una realidad que enfrentan muchas personas diariamente, la cual se caracteriza por presentar condiciones de pobreza extrema y exclusión social; ello se refleja en cómo la sociedad costarricense ha creado un rechazo hacia ellas y ellos, lo que se traduce en violaciones hacia los derechos sociales, civiles, políticos y culturales. Al respecto, Rojas (2006) señala:

Las personas en indigencia se encuentran fuera de los canales de información y no son tomadas en cuenta como un grupo social en la toma de decisiones, ya que su estilo de vida se excluye de la cultura socialmente aceptada [...] formando un grupo sin presión para transformar sus circunstancias. (p. 194)

A partir de la cita anterior, se deriva el interés de él y las investigadoras en aportar recomendaciones a los entes públicos, que prevengan la situación de calle asociada al consumo de drogas y enfrente la existente en el país. Dicha finalidad, además concuerda en lo expuesto como meta por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica de Costa Rica (2010):

La definición e implementación de políticas sociales tanto universales como selectivas, mediante las cuales se propicie el acceso sostenido a los servicios básicos de salud, educación, vivienda y trabajo, así como la generación de oportunidades y desarrollo de las potencialidades para las personas y familias en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión. (p. 27)

Ese acceso debe ser constante, en la medida que garantice soluciones concretas a la realidad enfrentada por la población habitante de calle y les ayude a mejorar sus condiciones de vida. Estas personas, en muchas ocasiones enfrentan contextos agravantes de su situación, como lo es el consumo de sustancias.

Es por lo anterior, que esta exploración se enfoca en las personas en situación de calle que consumen drogas tanto legales como ilegales, por lo que es pertinente nombrar a Amador, Bejarano y Mata (2010) ya que sugieren que la comprensión de las diferencias “presentes entre la población general en cuanto al consumo de drogas y los problemas asociados a dicho consumo, permite no solo el orientar las políticas e intervenciones sobre drogas, sino también evaluar sus resultados” (p. 340).

Lo anterior coincide con la orientación de este trabajo, para contribuir en la creación de pautas públicas que beneficien específicamente a las personas que se

encuentren en situación de calle y que consumen drogas, a través del análisis de los hallazgos encontrados en la realidad social que enfrentan, y ayudando además a una considerable población; ya que según datos expuestos en el Análisis de los Grandes Problemas predominantes de Salud Pública en Costa Rica (2010) sobre el consumo de drogas ilegales, indican que el consumo de dichas sustancias ha sido más intenso en los últimos años.

Asimismo, Astúa y Solano (2000), afirman que la dependencia al consumo de drogas junto con la situación de calle trae consecuentemente desventajas sociales y económicas. En cuanto a ello, también la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) menciona:

El consumo de drogas es una respuesta al resquebrajamiento social y un factor importante que empeora las inequidades resultantes en salud. Brinda a los usuarios un escape ilusorio a la adversidad y el estrés, aunque tan solo empeora sus problemas. (p. 23)

Dichas inequidades son parte de la realidad que enfrenta una parte importante de la población, y a la cual hace referencia la OMS (2008a) al indicar que el empobrecimiento y las drogodependencias son situaciones de la vida diaria que “[...] reflejan deficiencias inadmisibles y evitables que merman la eficacia de nuestros sistemas de salud” (p. 8).

Por otra parte, como se sugirió anteriormente, este estudio está elaborado bajo una perspectiva de enfermería, cuyo objeto de estudio es: el cuidado humano. Paravic (2010) recalca que el cuidado que ejerce esta profesión cuenta con características de humanismo, la cual se preocupa por los intereses, problemas y posición de vida de las personas para maximizar el desarrollo de cada una.

Es así como surge esta preocupación de enfermería por el cuidado del ser humano en situación de calle, por la cual se guía la investigación, en la búsqueda de las experiencias de vida de cada uno y cada una en relación con el consumo de drogas.

Además es importante indicar, que enfermería tienen un papel protagónico en la Atención Primaria en Salud (APS), ya que dentro de sus objetivos se encuentran el ofrecer servicios de acuerdo a las necesidades en salud de la población y brindar respuesta a las mismas.

De acuerdo con la Declaración de Alma-Ata aprobada por la Conferencia Internacional sobre APS de Alma-Ata en 1978 (como se cita en OMS, 2008a, p. 12) la APS se define como:

[...] la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. (p. 12)

Según lo expuesto, enfermería a través de la APS, brinda cuidados que previenen o dan respuesta a las necesidades que presenta una comunidad. Al considerar a las personas en situación de calle, muy fácilmente enfermería puede contribuir en la solución de problemas y asegurar la protección de la salud.

Además, Barreat (2007) afirma que, desde un punto de vista de salud integral, el vivir en situación de calle convierte a estas personas en enfermos y enfermas, lo cual justifica el investigar e intervenir en esta problemática. El mismo autor, indica que dicha situación puede ser clasificada como un “síndrome o condición fatal”, el cual se caracteriza por “[...] las precarias condiciones de vida, de salud, los bajos niveles educacionales, una escala particular de valores, actitudes de desaliento, anonimia, poca integración social y la carencia de inserción en el aparato productivo” (p. 15).

Además, sobre la realidad de una población, actúa directamente la APS, la cual para obtener el conocimiento necesario para orientar su intervención, debe considerar los diferentes determinantes sociales de la Salud (DSS). En el artículo Determinantes sociales de la salud: Los Hechos irrefutables publicado por la OMS en el año 2013, menciona que “Los estilos de vida de las personas y las condiciones en las que viven y trabajan influyen fuertemente en su salud y longevidad” (p. 6).

Dada esta situación, por su estilo de vida y el restringido acceso a los recursos para poder satisfacer necesidades básicas, se puede manifestar que estas personas enfrentan situaciones que los y las colocan en posición de fragilidad, de acuerdo con los determinantes sociales y, en general, en lo que respecta a las condiciones de salud.

De lo anterior, se evidencia la importancia de que este tema se aborde desde una profesión del área de la salud, encargada de trabajar con individuos y poblaciones en la búsqueda de los problemas y necesidades de las personas y los grupos, para brindar una atención integral y eficaz; es así como la profesión de enfermería responde adecuadamente ante las demandas que contiene la investigación.

También es importante indicar, que enfermería como ciencia, posee numerosas teorizantes que postulan sobre el cuidado, en la persona y en la profesión. Para integrar

estos conocimientos de enfermería con el presente estudio, se utiliza la teoría de Consecución de Objetivos elaborada por Imogene King (1984).

En ella, King (1984) define a la persona como un individuo social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo, que participa en las decisiones y elecciones que repercuten en su vida y en su salud y, por ende, acepta o rechaza el cuidado de la misma. Es entonces una interacción, la relación establecida entre enfermería y la persona, ya que la primera tiene como objetivo ayudar a la o el individuo a mantener y restaurar la salud, así como también actuar en promoción de la misma.

A partir de las bases descritas, se demuestra el uso de la teoría de King (1984) como herramienta para el análisis de los hallazgos. Ya que para lograr los objetivos específicos, está implícita la interacción con las personas en situación de calle, y a partir de ella se determinan los factores, que la teorizante asegura, repercuten en la salud: ambiente o entorno y las interacciones del mismo en cada uno de los sistemas de las persona.

Por otra parte, es importante señalar que la elaboración de esta investigación beneficia a la enfermería costarricense porque expone la necesidad de participación de un o una profesional de enfermería en escenarios con poblaciones vulnerables. La cual, a través de su conocimiento científico puede realizar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación para mejorar las condiciones de salud a partir de la realidad social que enfrentan muchas personas.

Además, con este estudio evidencia que enfermería logra fácilmente tomar un rol protagónico en la toma de decisiones públicas y puede contribuir en la búsqueda de soluciones desde una perspectiva de cuidado holístico y humanizado en los distintos escenarios sociales.

Por último se debe afirmar, que el estudio se desarrolla en la Región Central de la provincia de San José, ya que según un artículo presentado en el Diario La Nación (Vargas, 2008) para el año 2008, en dicha localidad existían 2000 personas en situación de calle, dependientes de drogas legales e ilegales.

De igual forma, Rojas (2004) afirma que estas personas tienden a concentrarse en zonas urbanas; que en el caso específico de San José, se pueden ubicar con regularidad en la zona noreste de la ciudad, conocida popularmente como “Zona Roja”.

La “Zona Roja” en San José, es descrita de acuerdo con El Instituto Vial Ibero-Americano (2008) como una zona de riesgo, especialmente en la noche. Además, Rojas (2004) manifiesta que en este sector de la capital se encuentran varios locales comerciales y paradas de autobuses, por lo que por esta zona pasan gran cantidad de transeúntes diariamente, a los cuales las personas en situación calle pueden pedir dinero, cuidar sus vehículos y vender artículos varios entre otras actividades.

Ubicado en este sitio de la capital, se encuentra el Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. Esta institución brinda un servicio para la población habitante de calle, bajo el enfoque de reducción de daños ocasionados por el consumo de sustancias y por la situación de calle. Es por esto, que se ubica una población considerable de personas que se encuentran en esta situación, correspondiendo al lugar de mayor facilidad para él y las investigadoras de encontrar una muestra considerable para el estudio.

### **1.3. Definición del problema**

¿Cómo son las experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014?

### **1.4. Objetivos**

#### **1.4.1. Objetivo general**

Analizar las experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales y que utilizan los servicios del Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica durante el año 2014.

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

1. Caracterizar a la población en situación de calle según determinantes sociales de la salud: primeros años de vida, gradiente social, trabajo y desempleo, apoyo social, exclusión social, dependencia a sustancias y alimentación.
2. Identificar los factores personales, interpersonales y sociales que han conducido a estas personas a la situación de calle.
3. Identificar las drogas legales e ilegales que han consumido y consumen las personas en situación de calle.
4. Identificar las consecuencias generadas por el consumo de drogas legales e ilegales en las personas en situación de calle.
5. Identificar los factores personales, interpersonales y sociales en las personas, que limitan la superación de su situación de calle.
6. Describir las vivencias relacionadas con la situación de calle.

## **1.5. Estado de la cuestión**

### **1.5.1. Antecedentes internacionales**

Machinea, en el artículo “El alza de los precios de alimentos puede aumentar la pobreza y la indigencia en más de diez millones de personas en América Latina y el Caribe”, publicado en el año 2008 en Chile, el autor hace referencia a como el alza en algunos productos alimenticios perjudica notablemente los porcentajes de pobreza y pobreza extrema en toda América y el Caribe, llegando inclusive a afirmar que con los aumentos de los precios en el año 2007, 15.7 millones de latinoamericanos se unirían a la clase social de pobreza extrema o situación de calle.

Sánchez (2003) en su artículo “Menores en situación de calle: la doble vulnerabilidad hacia el consumo de drogas”, publicado en la revista Española de Drogodependencia, explica cómo la población infantil se encuentra en un alto riesgo de uso y abuso de drogas al ser sumamente vulnerable, y sobre todo en condiciones de pobreza extrema. Los menores en situación de calle se encuentran comúnmente asociados al fenómeno de las drogas y a la marginalidad, con un aproximado de 40 millones de niños y niñas latinoamericanos que viven en las calles, de los cuales un 70% utiliza como drogas solventes inhaladas.

Barreat (2007) realiza un estudio titulado “Estudio Psicosocial de la Indigencia en Mérida”, en una comunidad de Venezuela. Este contempla una muestra de personas en situación de calle de un Centro de Atención para conocer la problemática psicosocial y la calidad de vida, identificando características y el grado de satisfacción que presentan ante una sociedad.

Moyano en el año 2010, realiza un análisis llamado “Salud mental en indigentes”, en el cual hace una evaluación, basada en estadísticas, de los principales problemas

mentales que sufren las personas habitantes de calle en Europa y Estados Unidos. La autora señala que los trastornos mentales que prevalecen son trastornos psicóticos, dependencia de alcohol y otros tóxicos, trastornos de la personalidad y depresión.

Brasesco, Canay y Legisa (2011), realizaron un estudio etnográfico en Buenos Aires de Argentina para conocer las representaciones sociales que acompañan el Consumo de Paco y otras Sustancias Psicoactivas en niños y niñas en situación de calle; dentro de lo analizado se desprende la importancia del desarrollo de políticas públicas en prevención y asistencia en consumo de drogas que contemplen las necesidades de este grupo en específico.

Barreat (2004) en el artículo “Indigencia: Un Síndrome Biopsicosocial” habla sobre las causas de la situación de calle, definiendo principalmente el concepto como tal, relacionándolo luego con las características del habitante de calle, características demográficas, condiciones psicosociales que contribuyen a la aparición y mantenimiento de la situación de calle, entre otras áreas, además de la relación entre salud y situación de calle en la cual se encuentra que el consumo de alcohol o de cualquier otra droga resulta ser un predictor significativo de la situación de calle.

### **1.5.2. Antecedentes nacionales**

La Municipalidad de San José y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS, 2005) realizaron una investigación donde se obtuvo información acerca de ciertas limitaciones que sufren las y los habitantes de calle en la capital de San José.

Entre estas limitaciones se encuentra el bajo nivel educativo, ya que únicamente un 25% de las personas habitantes de calle que fueron consultadas lograron culminar la primaria, cifra que decrece considerablemente para el caso de la secundaria con un 9%. Las

mayores concentraciones porcentuales se dan entonces en la primaria y secundaria incompletas, y solamente un 4% recibió preparación académica en estudios universitarios.

Esto conlleva a un aumento en la poca o nula ocupación u oficio, además de la dificultad de conseguir trabajo debido a la dependencia. Predominan las actividades informales como medio de sobrevivencia con un 51%. Estas corresponden a actividades prácticamente de supervivencia diaria, como lo son el reciclaje de desechos sólidos, cuidado de carros, venta de artículos que compran o hurtan y la mendicidad, entre otros. Esto a pesar de prevalecer la población adulta en edades económicamente activas.

Esta población en situación de calle, siguiendo con las cifras brindadas por la Municipalidad de San José y el IMAS (2005), va entre los 18 y 65 años de edad en un 86%. Esto no solo implica una limitación para las personas, sino que además representa un importante costo económico para el país, ya que disminuye la productividad e implica inversión.

Esta falta de educación y falta de empleo, quedan aunadas al desconocimiento de sus derechos en salud, ya que de acuerdo con el mismo documento, el 79% carece del seguro social. Todas estas limitaciones van ligadas, limitando una a la otra. Esto implica un rezago en la mejoría de la calidad de vida de éstas personas.

Para las autoras Astúa y Solano (2000) en su tesis para optar el grado de Licenciatura en Trabajo Social, titulado "Indigencia: referentes generales en torno a este fenómeno social", hace referencia a las principales necesidades insatisfechas de las personas en situación de calle. Manifiestan que esta situación es una exclusión hacia la participación, prácticas y derechos sociales, que le impide a la persona integrarse a una sociedad, originando sentimientos de insatisfacción en estas personas.

Rojas (2001) en su tesis titulada “Rostros de la indigencia: Un estudio etnográfico en la zona noroeste del Casco Metropolitano de San José”, pone en manifiesto la percepción que tienen estas personas de su vida cotidiana y sus principales necesidades en las calles. Además, incluye la visión que tienen estas personas con referente a los albergues a los que han recurrido.

Por otra parte, Rojas (2006) en el artículo con el tema de “Indigencia en San José: expresión de la exclusión social y el desarraigo” explica acerca de la situación de calle en la capital de Costa Rica, identificando los factores asociados que conllevan a las personas a una vida en la calle, como la exclusión social, la farmacodependencia, el desarraigo, la estigmatización y la manifestación del patriarcado en la masculinidad.

Por último, en el año 2009, Brenes y Chacón en su tesis “Intervención con personas en situación de indigencia: un análisis crítico en cuatro Organizaciones No Gubernamentales”, destaca el papel de estas instituciones para el desarrollo de acciones de mejora hacia esta población, favoreciendo estrategias para lograr su supervivencia en el contexto en que se desenvuelven.

## **Capítulo II: Marco referencial**

### **2.1. Determinantes Sociales de la Salud**

Para efectos de este trabajo, se utilizó la definición de salud publicada el año 2004 por la OMS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entendida como:

La salud es un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, y las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de los problemas de salud que afectan a la gente pobre y marginada. (p. 3)

Por esta definición, surge la necesidad de ahondar en lo que son aquellas implicaciones sociales, económicas y políticas, dentro del concepto de la salud. Ellas, son detalladas por los DSS, descritos en el año 2003 por la OMS como “[...] el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (p. 3), y los que fueron utilizados para caracterizar la población en situación de calle participantes en esta investigación son:

#### **2.1.1. Primeros años de vida**

Según Urbina y González (2012) los primeros años de vida constituyen la etapa más importante para asegurar el potencial de salud. De ahí que para este estudio sea considerado como uno de los determinantes sociales a indagar en la población en situación de calle. Reafirmando lo anterior, la OMS (2009) menciona:

Las experiencias vividas en la primera infancia (definida como el desarrollo del feto hasta los ocho años de edad), y durante el período de educación infantil y posterior, sientan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital. (p. 3)

Al respecto, es oportuno citar a Urbina y González (2012) cuando indican que durante el desarrollo cerebral temprano se forman cerca de 250 mil neuronas por minuto, estableciéndose muchas sinapsis al azar; y que las mismas configuran la arquitectura del cerebro. Además, mencionan que los estímulos sensoriales producen sinapsis con memoria a corto plazo que generan la capacidad de la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo. Por otra parte, la OMS (2009) sugiere que el desarrollo cerebral es muy sensible a las influencias externas de los primeros años de vida y que sus efectos son permanentes.

En el presente estudio se ahonda tanto en las condiciones socioeconómicas de la población como en las psicosociales, ello ya que “[...] las malas condiciones sociales y económicas plantean la amenaza más grande al crecimiento infantil y trazan una trayectoria social y educacional deficiente para niños y niñas” (OMS, 2003, p. 12). Asimismo, Urbina y González (2012) afirman que en los primeros años de vida es cuando el medio ambiente transaccional es el principal determinante social del desarrollo, lo cual lleva a indagar en aquel medio psicosocial en el que socializaron las personas en situación de calle participantes. Al respecto, la OMS (2009) cita:

El desarrollo de la primera infancia, en particular el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo, determina de forma decisiva las oportunidades en la vida de una persona y la posibilidad de gozar de buena salud, pues afecta la adquisición de competencias, la educación y las oportunidades laborales. A través de esos mecanismos y de forma directa, la primera infancia

influye en el riesgo posterior de obesidad, malnutrición, problemas de salud mental, enfermedades cardíacas y delincuencia (p. 2)

Por otra parte, Whitehead y Dahlgren (2010), afirman que la desigualdad indica la escala de oportunidad de mejora posible; también, Urbina y González (2012) aseveran que la inequidad en la primera infancia, además de afectar a quienes la padecen, deteriora el nivel de competencia de la población en términos sociales y económicos. Ambas citas llevan a entender la trascendencia que tienen las experiencias de las personas en su infancia, no sólo para ellos mismos sino para la sociedad, aun siendo las desigualdades sociales en salud en la población infantil los ejemplos más llamativos de injusticia.

Del párrafo anterior se deriva la aseveración de la OMS (2009) en decir que “[...] los niños necesitan vivir en un entorno seguro, salubre, protector, acogedor, receptivo, que favorezca su desarrollo” (p. 4). A su vez, mencionan que “Como parte del contexto general que contribuye al desarrollo del niño, los programas educativos y las escuelas de preescolar también pueden desempeñar un papel esencial en el desarrollo de sus capacidades” (p. 4), de ahí que es fundamental indagar en el nivel educativo alcanzado por los y las participantes.

Otra factor que incide en que los primeros años de vida sean determinantes para la población, son las experiencias vividas alrededor de condiciones minoritarias de las poblaciones, tales como la raza, la etnia y el género. En efecto, los diferentes grupos raciales influyen en los índices de mortalidad infantil de un país (Urbina y González, 2012).

A su vez, la OMS (2009) refiere que:

La posición de las mujeres en la sociedad también está ligada a la salud y la supervivencia infantil, de los niños y las niñas. Las desigualdades entre los sexos

influyen en la salud en distintas formas: pautas de alimentación discriminatorias, violencia contra las mujeres, falta de poder de decisión y reparto desigual del trabajo, el tiempo libre y las posibilidades de mejorar en la vida, entre otras cosas. (p. 15)

De ahí que la presente investigación lleva implícita la perspectiva de género en su análisis. Relacionado a ello, “[...] hay una enorme relación entre el nivel de educación de la madre y la mortalidad infantil” (Urbina y González, 2012, p. 26). La educación a la que hacen referencia los autores está estrechamente relacionada con las condiciones perinatales que experimentan las mujeres. Dicha afirmación se corrobora con lo descrito por la OMS (2009):

Una buena alimentación es fundamental y empieza en el útero materno, lo que exige que la madre se alimente correctamente. La madre y el niño necesitan atención ininterrumpida antes y durante el embarazo, en el parto y en los primeros días y años de vida. (p. 3)

Por otro lado, es “[...] la insuficiencia de sistemas de registro de nacimientos tiene consecuencias importantes para la salud y el desarrollo infantiles” (OMS, 2008b, p. 30). Es decir que las condiciones del nacimiento y los lugares de residencia en la infancia pueden ser determinantes en la salud y el desarrollo infantil.

Por último, cabe mencionar que “[...] la pobreza infantil y la transmisión de la pobreza de una generación a otra son importantes obstáculos para mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades sanitarias” (OMS, 2008b, p. 10), lo que deriva en la importancia de indagar en la condición socioeconómica de la población.

### **2.1.2. El gradiente social**

Corresponde a circunstancias sociales y económicas de las personas que afectan fuertemente su salud durante la vida, vinculadas a las políticas de salud respecto los determinantes sociales y económicos de la salud (OMS, 2003). Según Marmot (2004) como se cita en Whitehead y Dahlgren (2010), se denomina gradiente social al deterioro progresivo o lineal de la salud a medida que desciende la posición social de una persona.

La OMS (2003) señala que:

La mayoría de enfermedades y causas de muerte son más comunes en los estratos más bajos de la sociedad. El gradiente social en la salud refleja desventajas materiales y los efectos de la inseguridad, la ansiedad y la falta de integración social. (p. 7)

Es decir, que aquellos más desposeídos y que habitan en sectores de mayor riesgo social presentan un mayor riesgo de muerte que quienes pertenezcan a un estrato social más alto. En términos prácticos, la ocupación, los ingresos y la riqueza pueden determinar la posición social de las poblaciones; en esa medida, la educación, la vivienda, el área de residencia y la privatización se han usado como importantes indicadores (Buelvas y Agudelo, 2011).

Además, la desigualdad también indica la escala de oportunidad de mejora posible, lo que significa una medida para determinar qué tan mal o bien se encuentra cierta población, de acuerdo a lo cual pueden elaborarse estrategias (Whitehead y Dahlgren, 2010).

Según los autores, el impacto del gradiente social como determinante de la salud se puede expresar como un déficit de salud; esto se traduce al número de vidas que se habrían salvado si todos los grupos de la sociedad disfrutaran del mismo grado de salud que el grupo más favorecido (Whitehead y Dahlgren, 2010).

Por último, Urbina y González (2012) aseguran que “[...] los determinantes no son factores aislados, sino que constituyen cadenas causales que van de lo estructural a lo más inmediato y a lo que más nos impacta” (p. 59), este determinante constituye así, una de las cadenas causales que más impacta a la población.

### **2.1.3. Trabajo y Desempleo**

Según la OMS (2003), la evidencia muestra que el estrés asociado al aspecto laboral contribuye de manera importante a las grandes diferencias en la salud, la ausencia de enfermedad y la muerte prematura relacionadas con la posición social. Y que, el poco control sobre el trabajo está fuertemente relacionado con un mayor riesgo de enfermedades.

Yanés (2003) señala en su artículo del trabajo como determinante de la salud, que desde los años de la revolución industrial se comenzó a evaluar el impacto del trabajo en la salud de la población trabajadora, práctica que en el presente se continúa realizando. Sin embargo, esto no siempre viene de la mano con una mejora en las condiciones laborales.

Benach, Muntaner, Solar, Santana y Quinlan (2010) mencionan por ejemplo que el nivel de poder y participación que tenga un trabajador en su empleo, constituyen un factor fundamental en la toma de decisiones para poder proteger su salud. Por lo que se entiende, que en trabajos o puestos laborales en los que las y los individuos no tienen poder o capacidad de participación, se les dificulta mejorar su situación social y de salud.

Por otra parte, Santana (2012) refiere que si bien, el trabajo siempre ha cumplido un rol central para determinar el status socioeconómico o para medir la clase social, fue hasta que las condiciones laborales se deterioraron lo suficiente que se llegó a tomar en cuenta el aspecto laboral como un determinante de la salud, siendo actualmente uno de los principales determinantes en este aspecto.

La misma autora resalta la importancia del trabajo como una parte de la vida social humana. Afirma que la ocupación de las personas es un componente socioeconómico importante y además que en la determinación de la salud cumple un papel fundamental, por lo que no es posible que las políticas públicas lleguen a ser efectivas, enfocándose únicamente en la superación de las disparidades sociales en salud sin tomar en cuenta las disparidades en el acceso al trabajo digno (Santana, 2012).

En cuanto al desempleo como DSS, cabe citar que “La seguridad laboral aumenta la salud, el bienestar y la satisfacción con el trabajo” (OMS, 2003, p. 19). Este determinante en Costa Rica adquiere más relevancia, ya que el ser desempleado implica el no estar directamente asegurado por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), lo que conlleva un riesgo mayor en casos de situaciones perjudiciales para la salud.

Esto mismo es lo que menciona Moiso (2007), quien relaciona tanto al subempleo como al desempleo con la mala salud, dado que personas que han estado desempleadas una cantidad de tiempo considerable sufren de muertes tempranas, una mayor tasa de suicidios, y enfermedades coronarias, además presentan problemas familiares (parejas e hijos o hijas) y lenta e incompleta recuperación física y mental. También vincula la inseguridad laboral, con el incremento de los problemas de salud mental y enfermedades cardíacas debido a que el no tener estabilidad de trabajo actúa como un estresante crónico, cuyos efectos aumentan conforme se prolonga la situación.

Santana (2012) continúa con el mismo pensamiento, y señala que además de las obvias repercusiones económicas, un largo periodo de desempleo o de oportunidad de empleo digno, afecta la autoestima, la salud mental, la salud autopercebida, y la mortalidad. En efecto, estos aspectos se tomaron en cuenta durante la investigación para observar los efectos del desempleo.

#### **2.1.4. Apoyo social**

“La amistad, las buenas relaciones sociales y las redes sólidas de apoyo mejoran la salud en el hogar, el trabajo y la comunidad” (OMS, 2003, p. 21). En la investigación, este determinante cobra mucho valor ya que, como se describe, el apoyo social ayuda a darles a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan para salir de los círculos de la drogodependencia.

Castro, Campero y Hernández (1997) hacen énfasis en que el papel del apoyo social en la salud de las y los individuos juega un papel fundamental, debido a que permite la adaptación ante las situaciones de estrés. Los autores definen el concepto de apoyo social como la totalidad de los recursos que aportan otras personas.

El mismo criterio presenta Arrogante (2014), en donde expone que el bajo apoyo social conlleva a formas ineficaces de afrontamiento de situaciones (por ejemplo: beber o fumar). También señala que la presencia de otras personas puede reducir el estrés.

Moiso (2007) menciona que las personas con menos apoyo tanto social como emocional, presentan mayores síntomas de depresión, menor sensación de bienestar, un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y de invalidez en enfermedades crónicas.

### **2.1.5. Exclusión social**

La OMS (2003) alude que los procesos de exclusión social y el grado de privación relativa en una sociedad tienen consecuencias significativas en la salud y ocasionan muertes prematuras. Además, refiere que el daño a la salud no solo se debe a la privación material sino también a los problemas sociales y psicológicos de vivir en la pobreza; asimismo recalca:

Los emigrantes de otros países, grupos étnicos minoritarios, obreros extranjeros y refugiados son particularmente vulnerables a la exclusión social, y es posible que sus hijos estén en riesgo especial. En ocasiones se les excluye de la ciudadanía y a menudo de oportunidades para el trabajo y la educación. El racismo, la discriminación y la hostilidad que enfrentan con frecuencia pueden perjudicar su salud. (p. 14)

La descripción anterior hace evidente la determinación que ejerce la exclusión social en la salud de las personas. En efecto, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2010) afirma que “[...] la desnutrición y la muerte evitable de niños son sin duda los rostros más dramáticos de la pobreza y la exclusión” (p. 23). De igual forma, y también aludiendo a la exclusión durante la infancia, mencionan que “[...] si no se actúa en forma oportuna y adecuada es factible que la desigualdad y la exclusión se reproduzcan a lo largo de toda la vida” (p. 25).

Es decir, que la exclusión social en la infancia es capaz de condicionar la vida de las personas en su adultez, lo cual es un importante factor a considerar en la población de estudio de la presente investigación.

Por último, la UNICEF (2010) respecto a la discriminación como forma de exclusión social cita:

La discriminación es un fenómeno que se refleja en varias dimensiones entre las cuales cobra significación aquella relacionada al origen étnico y social [...] las discapacidades y el VIH. El 82% de las personas con discapacidad son pobres. Los niños y adolescentes en esas condiciones sufren exclusión social, económica y política, son estigmatizados, no se toman en cuenta sus necesidades en el diseño de políticas, programas y servicios. En América Latina entre el 20% y 30% de estos niños asisten a la escuela. (p. 25)

Conforme a lo anterior, se entiende entonces que las personas que sufren o hayan sufrido exclusión social a lo largo de su vida están en evidente desventaja en relación al resto de la sociedad ya que se ve vulnerada su salud y con ella la consideración que se les brinda en la elaboración de políticas públicas.

#### **2.1.6. Dependencia a sustancias psicoactivas**

Según la OMS (2003):

El consumo de drogas es una respuesta al resquebrajamiento social y un factor importante que empeora las inequidades resultantes en salud. Brinda a los usuarios un escape ilusorio a la adversidad y el estrés, aunque tan solo empeora sus problemas. (p. 23)

Además, la OMS (2003) recalca que la dependencia del alcohol, el uso ilícito de drogas y el tabaquismo están estrechamente asociados con marcadores de desventaja social y económica.

Moyano (2010) señala que la dependencia o el abuso de alcohol afectan a gran cantidad de individuos en situación de calle y que la gran mayoría de estos cumplen con los criterios de trastorno por dependencia antes de llegar a vivir en dicha situación.

Según Arroyo (2008) la dependencia a sustancias como drogas, generan factores de riesgo a nivel personal, familiar y comunal y puede llevar a las personas a incluso la intoxicación. Indica que las personas en esta condición presentan consecuencias físicas, sociales y psicoemocionales de manera progresiva, y podrían llegar a encontrarse en situación de calle.

Él también sugiere que una vez que la persona se vuelve dependiente a la sustancia, aumenta la vulnerabilidad social y sus oportunidades de superación personal y social se ven limitadas.

### **2.1.7. Alimentación**

“Una buena dieta y un suministro adecuado de alimentos son indispensables para promover la salud y el bienestar. La escasez de alimentos y la falta de variedad son causa de malnutrición y enfermedades por deficiencias nutricionales” (OMS, 2003, p. 26). Es decir, la alimentación que mantengan las personas en situación de calle puede ser un agravante de su condición de vulnerabilidad.

Moiso (2007) aclara que la provisión de alimentos son controlados por las fuerzas del mercado global y que la alimentación saludable es un tema político. Además, hace énfasis en que la diferencia de dietas entre las clases sociales contribuye a las desigualdades en salud. A esto mismo hace referencia Álvarez (2009), en donde expone que la alimentación insuficiente es uno de los riesgos que se llegan a expresar como desigualdades en la salud.

Figueroa (2005) se refiere al acceso a los alimentos principalmente como la capacidad de las personas para adquirir los alimentos disponibles, y además dice que es la principal causa de la inseguridad alimentaria y nutricional en los países en desarrollo. De esto se puede entender que además de problemas nutricionales, también conlleva consecuencias en la salud de las personas.

Al finalizar la descripción de cada DSS, cabe mencionar que la OMS puso en marcha en el 2005 una comisión dirigida hacia el estudio de estos, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la justicia social, la equidad sanitaria y la promoción de un movimiento internacional para alcanzar metas. Para el año 2008(b) está sugiere tener una visión global, manifestando:

Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. (p. 1)

Según lo anterior, los DSS atentan totalmente con lo argumentado en la Carta de Ottawa dirigida hacia la Promoción de la Salud, firmada en 1986, porque no permite que la salud sea vista como un derecho humano fuente de riqueza para la vida cotidiana. Perjudicando el bienestar humano al limitar recursos sociales que favorezcan aptitudes positivas. Además refiere que “[...] las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad” (p. 1).

El abordaje de la salud como un derecho, su definición funcional y sus determinantes, son importantes para las personas en situación de calle dado que corresponde a una población muy vulnerable para aplicar correctamente estas ideologías internacionales en su realidad social.

Smith y Castleman (2006) en la postulación de La Declaración Universal de las Naciones Unidas afirman que los Derechos Humanos permiten “[...] el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana” (p. 17).

Los autores, aseveran que los derechos fundamentales de los seres humanos son políticos, jurídicos, económicos, sociales, intelectuales y, que las personas que viven situaciones de pobreza disfrutan de muchos menos de estos derechos que quienes no viven bajo la pobreza.

Entre aquellos derechos fundamentales se cuentan: el derecho a la vida y a la integridad física, los derechos a la libertad y la seguridad de las personas, el derecho a igual protección ante la ley, igual acceso a la justicia y medios de reparación efectivos, el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica, a la vida privada y a la protección del domicilio y la familia, derecho a un nivel de vida adecuado, derecho a una alimentación y nutrición adecuadas, derecho al agua y el saneamiento, derecho a una vivienda adecuada, seguridad de la tenencia y prohibición del desalojo forzoso y el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental (Sepúlveda, 2012).

Efectivamente, “[...] aplicar la perspectiva de los derechos humanos al análisis de la pobreza permite entender mejor la interrelación entre ambos, y elaborar programas y políticas más eficaces” (Smith y Castleman, 2006, p. 18). Estas políticas deben implicar que los Estados aprueben y apliquen a nivel nacional una estrategia y un plan de acción

amplios de lucha contra la pobreza, formulados sobre la base de los derechos humanos (Sepúlveda, 2012).

Finalmente, cabe hacer énfasis en que “[...] las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas” (OMS, 2008a, p. 2). Y en ello radica la importancia de la inclusión de los DSS como referente teórico en la presente investigación, y entendiendo que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.

## **2.2. Pobreza**

La pobreza es un aspecto fundamental para el desarrollo del presente estudio, de manera que su definición y los temas relacionados a este fenómeno se utilizaron posteriormente en el análisis de la información. Para hacer uso del término pobreza, es indispensable la comprensión del concepto desde todos sus alcances.

La definición del término pobreza a utilizar, fue obtenida del texto de Feres y Villatoro (2012), que brindan una conceptualización integral de las diversas maneras de comprender el fenómeno. En principio, los autores aclaran que hay dos métodos tradicionales para definir la pobreza, y después agregan un tercer método recopilatorio.

Inicialmente, se refieren al método directo, definiendo a las personas pobres como aquellas con necesidades básicas insatisfechas (NBI), concibiendo la pobreza como una necesidad. Luego, presentan el método indirecto, que identifica a las personas pobres como aquellas que no tienen recursos económicos para satisfacer sus necesidades; además incluye la línea de pobreza, cuyas características se definirán más adelante, pero que incluye un valor monetario bajo el cual se encuentra la pobreza. En síntesis, el método indirecto se centra solamente en patrones económicos, mientras que el directo es más global; sin

embargo, ambos métodos tiene en común la insatisfacción de necesidades básicas, lo cual se traduciría en pobreza.

El tercer método, llamado bidimensional, relaciona las NBI con el costo de las necesidades básicas, lo cual lo vuelve un punto de vista más integral. Divide a las personas pobres en tres grandes grupos:

[...] a) pobres crónicos: son el núcleo de la pobreza, puesto que no cuentan con ingreso para un consumo mínimo y no satisfacen sus necesidades elementales, b) pobres recientes: satisfacen sus necesidades básicas pero tienen una renta bajo el umbral de pobreza. En este grupo, la reducción de sus ingresos no se expresa en un deterioro inmediato en la satisfacción de sus necesidades básicas y, c) pobres inerciales: disponen de un ingreso suficiente para adquirir bienes y servicios, pero no han logrado mejorar ciertas condiciones de su nivel de vida. Estos hogares/personas habrían arrastrado ciertas necesidades desde el pasado, arraigadas en su estilo de vida. (Kaztman, 1989, como se cita en Feres y Villatoro, 2012, p. 30)

Este es un método que considera perspectivas más variadas y globales, de manera que se caracteriza a la población según un compendio de sus necesidades y su incapacidad para satisfacerlas.

Para la CEPAL (2010), existe una lista de necesidades básicas que, al quedar insatisfechas, se relacionan con las experiencias de vida paupérrimas. Ellos indican: calidad de la vivienda, hacinamiento, fuente de agua, sistema de eliminación de excrementos, electricidad y educación. Por otro lado, señalan algunas diferencias entre las necesidades antes mencionadas y las de la pobreza infantil, que incluyen: nutrición, agua potable, saneamiento, vivienda, educación e información.

Conjuntamente, Satriano (2006) viene a enriquecer aún más la obtención de información relevante acerca de la pobreza, explicando las causas de esta. A grandes rasgos sugiere el desempleo, el congelamiento de salarios, el aumento de los precios de los elementos básicos de consumo, caída salarial, distribución de la riqueza, precarización, empleos inestables y bajos salarios. A esto se le podría agregar las políticas sociales, los niveles bajos de educación y la ineficiencia estatal.

A partir de los conceptos teóricos explicados con anterioridad, se describirá la situación de pobreza en Costa Rica. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2013, la medición de la pobreza se da por medio de la estimación del nivel de ingresos y la línea de pobreza, es decir, el método utilizado en el país es el indirecto. Por lo tanto, para una adecuada comprensión de la pobreza en Costa Rica, es necesario hacer hincapié en la línea de pobreza y línea de pobreza extrema.

Es importante aclarar, que entre la pobreza y la pobreza extrema, existe solamente una delgada línea. Según el INEC (2013), la línea de pobreza se define como:

[...] umbral establecido para clasificar un hogar como pobre o no pobre, representa el monto mínimo requerido para que una persona pueda satisfacer las necesidades básicas “alimentarias y no alimentarias”. Para su cálculo se requiere contar con el costo de una Canasta Básica de Alimentos (CBA) y una estimación del costo de las necesidades básicas no alimentarias. (p. 81)

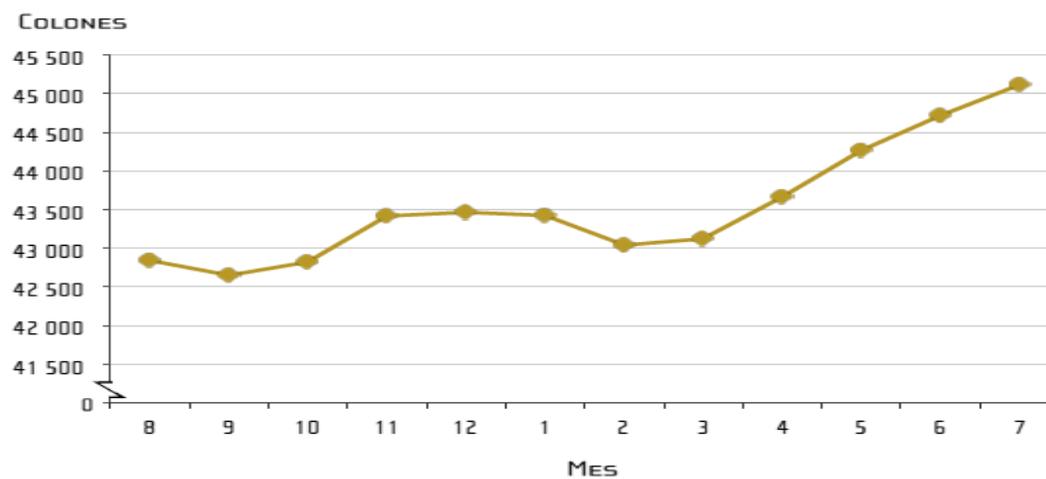
Por otro lado, la línea de Pobreza Extrema según Spicker, Álvarez y Gordon (2011) se refiere al producto de la medición de la CBA, que se basa en los cálculos sobre los umbrales de subsistencia de los hogares. En otras palabras se refiere al ingreso mínimo

mensual que sólo satisface las necesidades básicas de alimentación de una persona; esta es también llamada línea de indigencia. En resumen, la línea de pobreza abarca las necesidades no alimentarias, a diferencia de la línea de pobreza extrema, que sólo se basa en la CBA.

Si bien los términos anteriores se diferencian en la insatisfacción de una u otra necesidad, el significado de la CBA es vital para la adecuada comprensión de la situación de pobreza y pobreza extrema. Según el INEC (2014), esta se define como un “[...] conjunto de alimentos seleccionados de acuerdo con su aporte calórico y a su frecuencia de consumo; expresados en cantidades que permiten satisfacer, por lo menos, las necesidades de calorías promedio de un individuo de una población de referencia” (p. 3).

En este mismo documento, el INEC (2014) afirma que el monto de la canasta básica para julio del año 2014 fue en promedio de 45.116 colones por persona, es decir, 48.255 colones en la zona urbana y 40.040 colones en la zona rural. En cuanto a los cambios evidenciados durante el último año en la CBA, la institución pone al alcance el siguiente gráfico.

**Gráfico 1.** Costo per cápita del total por mes de la Canasta Básica Alimentaria.



**Fuente:** INEC, 2014 (p. 3).

Es claro el aumento progresivo de los costos alimenticios a nivel nacional; si se tiene en cuenta la influencia que tienen estos incrementos en los índices de pobreza se comprenderá el alcance de sus consecuencias. Se evidencia que solamente los hogares que reciban un ingreso mensual con el que puedan realizar una inversión en la alimentación de 45.116 colones por integrante, se encuentran por encima de la línea de la pobreza. Lo anterior permite una visión más clara de la pobreza en términos económicos, y concreta lo comentado acerca de la línea de pobreza y línea de pobreza extrema.

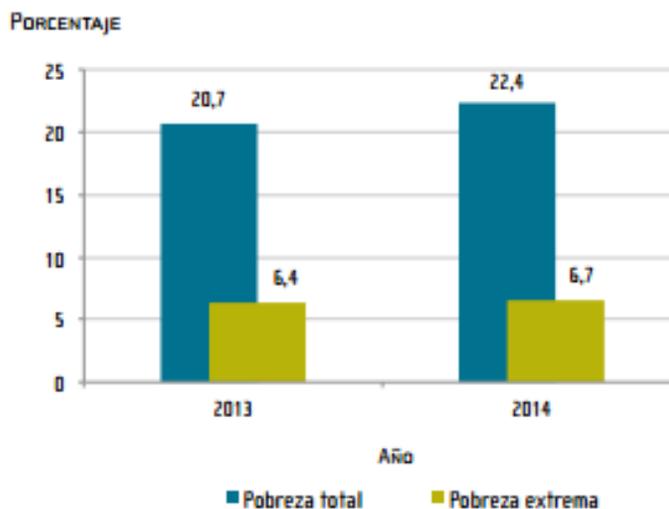
A partir de lo anterior, el INEC (2013) clasifica los hogares del país según su nivel de pobreza en tres grupos:

- Hogares en pobreza extrema: hogares con ingreso mensual igual o menor al costo de la CBA
- Hogares en pobreza no extrema: hogares con ingreso menor al de la línea de pobreza pero igual o mayor al de la CBA o al de la línea de pobreza extrema.
- Hogares no pobres: hogares con un ingreso mayor al de la línea de pobreza.

(INEC, 2013)

Con base en lo anterior, el mismo documento contiene un gráfico que evidencia la cantidad de hogares en pobreza y pobreza extrema para el año 2014.

**Gráfico 2.** Porcentaje de hogares según el nivel de pobreza.



**Fuente:** INEC, 2013 (p. 22).

Queda en claro cuál es la situación actual del país en cuando a pobreza y pobreza extrema, ya que luego de comprender la terminología y observar la evidencia brindada, es posible comprender la definición de pobreza en Costa Rica y las implicaciones de su no disminución.

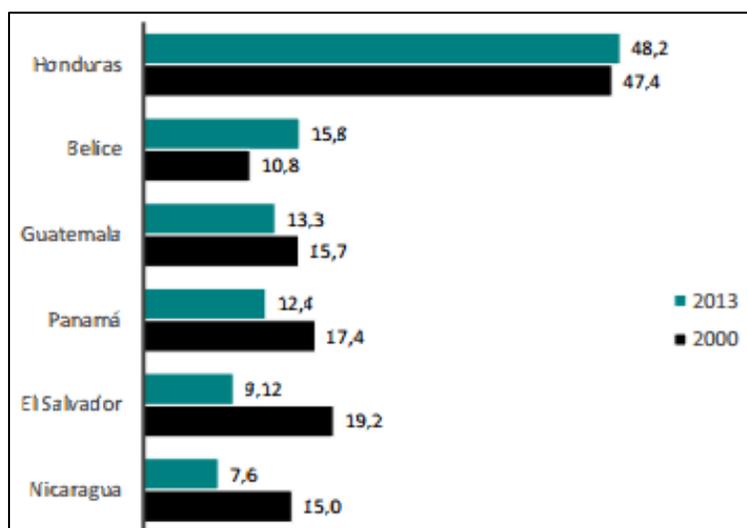
Si bien la erradicación de la pobreza, independiente del significado que globalmente se le otorgue, es el primer objetivo del milenio de la OMS según el documento Declaración del Milenio, pactado y firmado en el año 2000, esta erradicación sigue viéndose lejana a la realidad de muchos países.

Las estadísticas nacionales reflejan el mantenimiento relativo en la pobreza y en algunos casos un aumento de esta, ya sea de manera progresiva o abrupta. El periódico digital CR Hoy, el 6 de noviembre del 2012, publicó el encabezado “Estado de la Nación: Costa Rica nunca había tenido tantos pobres.”, en el que el escritor, Manuel Sancho, comenta que a partir de la Encuesta Nacional de Hogares del 2011, el Estado de la Nación

afirma que el país se encuentra en una crisis de pobreza con los niveles más altos en la historia, comentando que el 45% de las personas en pobreza, son niños y adolescentes. Del porcentaje de personas en pobreza, destacan que el ingreso económico en promedio disminuyó en un 7.2%.

La situación no sólo es dificultosa en Costa Rica, sino que a nivel Centroamericano, los niveles de pobreza extrema son preocupantes. Esto se plasma en la siguiente tabla realizada por el Estado de la Nación.

Gráfico 3. Porcentaje de población en pobreza extrema. Circa 2000



**Fuente: Estado de la Nación, 2014, p. 29.**

Las cifras anteriormente expuestas resultan alarmantes teniendo en cuenta que nuestro país es el que, según lo afirmado en los gráficos expuestos con anterioridad, en mejores condiciones porcentuales se encuentra, y la situación nacional ya es complicada. Esto reafirma la dificultad en el cumplimiento del primer objetivo del milenio promulgado

por la OMS previamente mencionado, esto a pesar de que algunos países han logrado disminuir sus índices de pobreza.

En el Informe de Estadísticas de Centroamérica del 2013, del Estado de la Nación, se extraen 3 puntos destacados con respecto a lo comentado con anterioridad:

- Dado el crecimiento de la población, Centroamérica tuvo en el año 2011 aproximadamente 3 millones más de personas pobres que en el 2000, pasó de 17,8 a 20,8 millones durante ese periodo.
- Respecto a la pobreza extrema todos los países lograron disminuir su incidencia, a excepción de Costa Rica y Belice.
- Belice fue el país del Istmo en que la incidencia de pobreza aumentó más durante la última década, pasando de 34,1% en 2002 a 41,3% en 2009.

(Estado de la Nación, 2013, p. 33).

Además, de los resultados del documento de la CEPAL (2010) salieron a la luz dos datos importantes relacionados con Costa Rica: es el único país, entre todos los incluidos en el estudio, en que la pobreza aumentó considerablemente; y, junto con Chile y Ecuador, Costa Rica tuvo una considerable disminución de los ingresos derivados del trabajo. Es claro que ambos puntos se relacionan de manera inherente, y además permiten caer en cuenta de la necesidad de la toma de medidas urgentes que permitan la solución de estas situaciones.

Empero, la comprensión de la magnitud de lo anteriormente dicho no es del todo clara sin la visualización de las circunstancias en las que viven las personas con peores

condiciones y calidad de vida, y uno de los mejores ejemplos de esta población, son las personas en situación de calle. Esta temática se abordará a continuación.

### **2.3. Situación de calle**

La situación de calle es comprendida como la falta de medios para satisfacer las necesidades básicas, y la privación de una vivienda digna. Así mismo Barreat, Coronado y Gutiérrez (2007) lo menciona como “[...] una forma de pobreza absoluta, definida como la carencia del ser humano muy por debajo de un nivel de necesidad mínima que dificulta severamente su subsistencia” (p.14).

Sin embargo, la situación de calle es un problema social que va más allá de las dificultades del ámbito económico, ya que los factores que influyen para que las personas lleguen a estos ambientes son múltiples y complejas, por lo que el problema debe verse de una forma holística para lograr resolverla. No obstante este es un problema que afecta todos los países, y dificulta en todos los ámbitos el desarrollo de las y los seres humanos de una vida plena, Barreat *et al.* (2007) asegura:

Ha sido uno de los grandes flagelos de la humanidad cualquiera que sea el país o el sistema social considerado. Conjuntamente con el hambre, la marginalidad, el desempleo, el analfabetismo, entre otros, [...] constituye una de las grandes calamidades sociales que indudablemente contribuye a la negación de una vida digna, larga y saludable del ser humano. (p.15)

Así como afirman los autores, las personas en situación de calle no solo se ven flageladas, sino que su estado las lleva a una limitación en su salud y por lo tanto a la restrictiva de lograr una esperanza de vida mayor. Igualmente se ven excluidos y excluidas

de las políticas gubernamentales y programas que promueven mejoras en las condiciones económicas y de salud de la población, por lo que se ven anulados y esto promueve la permanencia en este estado de flagelación.

De forma más concreta, Rojas (s.f.) define la situación de calle como:

[...] una manifestación de la exclusión social, que se caracteriza por el desarraigo y la estigmatización de hombres y mujeres adultos, que viven y satisfacen sus necesidades en las calles de las zonas urbanas, en las que desarrollan su cotidianidad, realizando actividades vinculadas con la precariedad crónica. (p. 4)

Además, agrega que esta población se encuentra al margen de lo que la sociedad considera aceptable, y se ven obligadas u obligados, por una u otra razón, a hacer de las calles su hogar y sobrevivir en un ambiente marginal.

Al enfrentarse a ese ambiente hostil en muchas ocasiones, causa en estas personas acciones desajustadas que no se pueden definir como delictivas, sino más bien como la manifestación del problema real, siendo estas actividades como el consumo de drogas o conductas agresivas, que sin embargo son vistas por la sociedad de una forma negativa y por lo tanto las y los va aislando aún más de su entorno, llevándolos a la despersonificación (Barreat *et al.*, 2007).

Por otro lado, Fernández (2005) caracteriza a esta población desde un factor económico al afirmar que “[...] la falta de ingresos propios es una de las características principales de la indigencia” (p.2). Ya que en su mayoría no poseen empleo o trabaja en condiciones precarias, lo que se traduce en serias dificultades para cubrir sus necesidades y ausencia de un respaldo social.

Visto desde diversos ángulos, el problema social que viven las personas en situación de calle, afecta estructuralmente a muchos países centroamericanos, incluyendo al país. Por lo que sin los programas y leyes oportunas, no se logrará resolver, fomentando en cada generación la continuidad de estas condiciones precarias. Wagle (2000) indica que “[...] hay familias con varias generaciones en la pobreza, sufriendo falencias estructurales de todo tipo, con imposibilidad de acceso a la educación y a la salud” (p.8). Por lo que se refleja la necesidad, que estos programas deben ir enfocados a evitar esta persistencia generacional, dando énfasis a mejorar el acceso a mejores empleos, salud y educación.

Fernández (2005) menciona que la forma de establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes como para cubrir las necesidades básicas de cada miembro, se determina midiendo la capacidad de adquirir la canasta básica. De esta manera, los hogares que no superan ese umbral, son considerados en pobreza extrema y con ello el riesgo de llegar a vivir en situación de calle.

Al mencionar todas las anteriores referencias sobre la situación de calle, se puede afirmar que esta engloba una serie de complicadas circunstancias por las que deben atravesar cada día estas personas, iniciando por el hecho de que muchos de ellos y ellas duermen en la vía pública, expuestos y expuestas a las inclemencias climáticas, a agentes dañinos para la salud y al riesgo de ser agredidos y agredidas por algún transeúnte.

Como parte del proceso de marginalidad que deriva de esta situación, esta población permanece excluida socialmente. Rojas (s.f.) describe tres dimensiones que caracterizan la exclusión que sufren estas personas, correspondiendo:

- Dimensión tecno-económica: en las que se mantiene a las personas en condición deplorables al margen del desarrollo tecnológico, y cualquier beneficio económico que pueda relacionarse a éste.

- Dimensión sociopolítica: se les excluye de la protección social, la vivienda digna, trabajo remunerado, el acceso igualitario a los centros de salud, la satisfacción de necesidades básicas, la justicia, la dignidad y los derechos humanos.
- Dimensión cultural: se les excluye de la educación, del acceso a medios de comunicación, de expresarse libremente, y de vivir según su cultura y sociedad.

Esta autora muestra la complejidad del problema y evidencia el grado de exclusión que posee esta población, ya que estas tres dimensiones engloban aspectos sociales de vital importancia, que logran una invisibilización muy marcada.

Esta exclusión social se ve justificada por los estereotipos que se tienen alrededor de las personas en situación de calle, dado que la sociedad las y los percibe como: “vagabundas”, “improductivas” y “delincuentes”, por mencionar ejemplos. Esto, por su parte, conlleva a estas personas a retraerse, aislarse y comportarse de forma defensiva. Rojas (s.f.) ante esta situación, indica:

Se crea un “círculo de exclusión” que se forma entre la estigmatización y el desarraigo, lo cual torna muy compleja la justificación de acciones para estas personas, debido a que existe una concepción socialmente aceptada, de que es contraproducente atender a la población, ya que se refuerzan sus “comportamientos inadecuados” y se crea un marco de tolerancia ante cuestiones valoradas de forma negativa como la fármaco dependencia, el alcoholismo, el trabajo sexual, el robo como actividad productiva, etcétera. (p. 13)

Con base en lo anterior, se evidencia la pérdida de interés hacia esta población, originado a partir de los estereotipos sociales que se le han atribuido. En el cual, esto implica la necesidad de mayor intervención con programas de ayuda y de apoyo para hacer cumplir los derechos y lograr una vida digna.

Navarro y Gaviria (2009) en su estudio hacen referencia sobre la forma en que la sociedad nombra a estas personas. Estas se originan a partir de designaciones negativas que expresan la diversidad de percepciones y características asociadas a población por su condición económica, social, salud mental, apariencia física, y por último, a la relación que establecen con las drogas. Estos autores mencionan, que estas expresiones se dan debido a la necesidad de categorizar, de reducir la complejidad para darle forma a lo desconocido, a lo extraño, y esto es una característica propia del sujeto social que busca crear una visión coherente y clara de la realidad social para controlarla.

Además, es importante indicar que las percepciones que posee la sociedad ante esta problemática, es la que hace, que se dificulte y se acreciente, ya que estas apreciaciones negativas impiden que se logre una empatía social sobre el modo de vida que conllevan.

Por otro lado, el uso de sustancias psicotrópicas, merma constantemente la salud física y mental de estas personas. Toro *et al.* (1995) menciona que estudios realizados en Estados Unidos sobre la problemática en salud que se presenta en la población en situación de calle, se encontró la existencia de patologías variadas, pero llamó la atención la cantidad de enfermedades mentales severas, trastornos conductuales, personalidad antisocial y drogodependencias.

Barreat *et al.* (2007) también citan enfermedades asociadas como la tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA),

malnutrición, diabetes, hipertensión, discapacidades físicas, entre muchas otras. Por lo que a manera de conclusión, estos autores señalan:

Debe destacarse, sin embargo, que el más prominente hallazgo en el ámbito de la salud y la indigencia ha sido detectar que una gran mayoría de esta población (más del 50%) sufre las secuelas de los desórdenes de salud que provocan el consumo del alcohol y otras drogas. (p. 58)

Los problemas de salud se expresan como una de las más desventajosas circunstancias para esta población, ya que cualquier enfermedad conlleva a un deterioro físico que limita la realización de actividades. Agravado además, porque algunas personas optan por no acudir a los servicios de salud, lo cual origina mayores complicaciones o a la pérdida de la vida.

Todo lo anteriormente expuesto permite a él y las investigadoras afirmar que la situación de calle se ve estrechamente ligada a la pobreza. Las condiciones de precariedad, el desempleo o subempleo, el poco acceso a una vivienda propia (con las condiciones adecuadas para ser habitable), la mala alimentación y el disminuido acceso a los servicios públicos, llegando agravar la condición humana.

Para finalizar este apartado, se debe aclarar que la situación de calle fue comprendida solamente en las personas adultas, porque las niñas, niños y adolescentes se encuentran bajo la tutela del Estado y de los entes encargados de velar por su bienestar, como lo estipula en el Código de la niñez y la adolescencia (Ley N° 7739), que rige en Costa Rica desde 1998, que recalca:

La persona menor de edad tendrá el derecho de ser protegida por el Estado contra cualquier forma de abandono o abuso intencional o negligente, de carácter cruel,

inhumano, degradante o humillante que afecte el desarrollo integral. El Patronato Nacional de la Infancia, el Instituto Mixto de Ayuda Social y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social brindarán las oportunidades para la promoción y el desarrollo humano social, mediante los programas correspondientes y fortalecerán la creación de redes interinstitucionales, así como con las organizaciones de la sociedad civil. (Diario Oficial La Gaceta, 1998, p. 3)

Las anteriores instituciones son las encargadas de velar por las niñas, niños y adolescentes de manera que en forma interinstitucional, brindan resguardo ante cualquier vulnerabilidad, alejándolos de los riesgos de vivir en situación de calle y promoviendo el cumplimiento de sus derechos.

#### **2.4. El Fenómeno de las Drogas**

El fenómeno de las drogas se refiere a la problemática relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, que incluye dimensiones globales y tiene afectaciones diversas. Ortiz y Silva (2005), explican que en Latinoamérica, el fenómeno es visto desde un modelo Geopolítico Estructural, por lo que se incluyen los ámbitos judiciales, políticos, económicos y geográficos, sin embargo, existen además implicaciones culturales y en salubridad.

La definición de drogas es amplia y discutible ya que existen varios tipos y usos, desde drogas genéricas hasta sintéticas, legales, ilegales o en proceso de discusión legal. Esta definición depende también del país, de la cultura, de los criterios personales y de investigaciones científicas realizadas alrededor del mundo.

Sin embargo, para poder clarificar el término, se utilizará en la presente investigación la definición actual de la OMS (1994), que define las drogas como:

Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. (p 34)

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, una droga puede ser utilizada para beneficio de los seres humanos, como por ejemplo las sustancias con fines científicos o terapéuticos. Sin embargo, el consumo excesivo de estas sustancias o su mal manejo, pueden provocar daños en muchas ocasiones irreversibles en el organismo. Este consumo excesivo de sustancias legales e ilegales es dañino para la salud, ocasionando de igual forma problemas no solamente físicos, sino personales, interpersonales y sociales. Además, es importante aclarar, que el presente trabajo le dio énfasis a los aspectos negativos que produce el exceso de consumo de estas sustancias.

#### **2.4.1. Descripción del fenómeno de las drogas en Costa Rica**

Costa Rica es un país con un sistema político democrático, que cuenta con características privilegiadas en cuanto a recursos naturales, indicadores en salud y nivel de desarrollo humano se refiere (ICD, 2013); en cuanto a geografía, este territorio tiene una

posición estratégica para el comercio en general dado que se encuentra en el istmo centroamericano.

De lo anterior, se deriva el hecho de que esa posición geográfica es un atractivo para el comercio de sustancias psicoactivas. Al respecto el ICD (2013), en el Plan Nacional sobre Drogas: Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, señala que Costa Rica ha asumido una posición acorde con lo que se establece en los estándares internacionales vigentes en lo que respecta al tráfico de drogas, desarrollando acciones importantes para la prevención y represión del mismo, orientadas en el ámbito nacional y transnacional.

A pesar de esos esfuerzos por combatir el narcotráfico, existe una importante desventaja con respecto a las autoridades nacionales encargadas de atacar este problema frente a las grandes estructuras o redes criminales que cometen los crímenes (ICD, 2013). De ahí surgen las ventajas de recurso humano, financiero y de estrategias para evadir la justicia con las que cuentan las organizaciones de narcotráfico para lograr su exitoso y creciente negocio.

Como se señaló anteriormente, Costa Rica se encuentra dentro los mercados productores, consumidores y vías de paso para el tráfico de sustancias, esto se debe principalmente a su ubicación geográfica. Unido a esto se da un incremento en la violencia, delitos de secuestro, soborno, homicidios, entre otros crímenes que repercuten en la seguridad, la economía, la salud y la estabilidad del país (ICD, 2013).

Se considera al tratamiento de drogas, un componente fundamental de una estrategia integral para la reducción de la demanda de drogas. La política de tratamiento de drogas definida y asumida por el sector salud, se encuentra articulada a la formulación del Plan Nacional sobre Drogas, del ICD, respondiendo a uno de sus componentes y a las

prioridades incorporadas en dicho documento en específico, a la atención de las y los consumidores de alcohol, tabaco y otras drogas; es aquí donde el marco jurídico de Costa Rica se rige y articula las políticas para luchar contra el fenómeno de las drogas en el país.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en Costa Rica 2010, elaborada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA, 2012a), se refleja el aumento en el consumo de marihuana con respecto a lo que se obtuvo de la encuesta realizada en el año 2006, ya que se pasó de un 0,6% del consumo activo de la sustancia a un 2,0%; además se establece el rango de edad de inicio del consumo a los 16 años y con mayor incidencia en la población masculina.

En la misma encuesta (IAFA, 2012a), se evidencia un consumo activo de un 2,4% de cocaína, con mayor prevalencia en una población ubicada entre 20 a 29 años de edad. La edad de inicio es mayor que en el caso de la marihuana, aunque se presenta una reducción en la edad de inicio con respecto a la encuesta anterior. Asimismo, se presenta una tendencia al incremento en el consumo activo de la droga conocida como crack.

Los medicamentos que contienen drogas psicotrópicas los cuales se distribuyen con receta médica, mostraron un decremento general en el porcentaje de consumo activo en esta encuesta (IAFA, 2012a), lo cual hace un contraste en el caso de las mujeres quienes mostraron un ligero incremento en el consumo activo de los mismos.

En síntesis, las drogas son parte de la población costarricense, se consumen sustancias legales e ilegales y se vive el narcotráfico como parte del comercio y las actividades diarias, exponiendo a la población en general a las consecuencias que dañan la salud de todas personas.

## **2.4.2. Descripción de la política del Estado costarricense ante el fenómeno de las drogas**

### ***Principales instituciones que brindan apoyo para combatir el fenómeno***

De acuerdo con lo que establece el Plan mencionado, el Estado de Costa Rica debe trabajar desde diferentes ámbitos. Como primer punto, debe combatir la oferta y el tráfico desde una forma integral; se señalan en este punto las labores de decomiso de drogas ilegales, desarticulación de organizaciones que se encargan de este comercio, para lo cual se debe “[...] identificar y detener a sus líderes” (ICD, 2013, p. 31) y, por último, lograr la incautación de los bienes y activos con los que cuentan estas organizaciones para su patrimonio y financiamiento.

Las instituciones que deben velar por que se cumpla este primer objetivo son las siguientes, de acuerdo con el ICD (2013): el Ministerio Público como director funcional, la Policía Judicial como policía científica, la Policía de Control de Drogas (PCD) como órgano especializado en esta materia, el apoyo de la Dirección de Inteligencia de Seguridad Nacional (DIS), y otras entidades como por ejemplo el ICD, los órganos de supervisión y los sujetos regulados.

Además, de acuerdo con el ICD (2013), se han realizado acciones interinstitucionales en la lucha contra las organizaciones criminales, para lo cual se han desarrollado proyectos como “La Optimización de Recursos y Fuerzas de Trabajo Conjunto” y el “Proyecto de Atención a las Ventas de Drogas Abiertas y en Vía Pública” (AVENDA).

Se ha progresado además, actividades intersectoriales e interinstitucionales dirigidas a la prevención, represión y atención a la persona menor de edad, así como orientación a la

familia sobre el impacto que puede tener para los y las menores de edad la participación en actividades relacionadas con las drogas (ICD, 2013).

En esto último, el Plan establece que deben participar las siguientes instituciones: el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), al Programa Regional Antidrogas del Ministerio de Seguridad Pública, la Fiscalía Penal Juvenil, el IAFA, la Policía de Tránsito, la Policía de Control Fiscal, las Policías Municipales, el Organismo de Investigación Judicial (OIJ), la Fuerza Pública, todos bajo la coordinación del ICD.

Además el ICD ha desarrollado una estrategia de participación en los centros educativos privados, debido a la vulnerabilidad que posee las y los menores por tener mayor poder adquisitivo, que involucra a los entes académicos y administrativos, así como a las madres y padres de familia, con el propósito de alertar sobre los peligros que enfrentan estas personas en relación con este tema.

Como segundo punto abordado en el Plan (ICD, 2013) se encuentra la prevención del consumo de drogas y tratamiento, para lo cual se desarrolla en las escuelas primarias el programa de “Aprendo a Valerme por Mi Mismo”, además el “Programa de Educación para la Resistencia del Abuso de Drogas” (DARE), efectuó un programa de prevención universal que ha abordado a escuelas y colegios.

En lo que respecta a atención y tratamiento para personas que consumen drogas, se abordan en dos grupos: la población infanto-juvenil, para la cual se ha encaminado el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad, se ha desarrollado el programa “Nuevos Horizontes” por parte de la CCSS, en el ámbito penal se desarrolló el “Programa Penal Juvenil del Ministerio de Justicia” (ICD, 2013).

En lo que respecta a la atención dirigida a la población adulta, se encuentran los Centros de Atención Integral (CAID) administrados y supervisados por el IAFA, los

mismos pueden referir usuarios a la CCSS o a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en caso de que la persona lo requiera para su tratamiento; además se implementó el “Programa de Capacitación y Certificación de los Recursos Humanos en el Marco del Tratamiento de personas con problemas Asociados al Consumo de Drogas” para la formación técnica y gerencial de las personas que se encuentran en programas de tratamiento (ICD, 2013).

Este último, se ha logrado ejecutar gracias a la participación de las siguientes instituciones: ICD, IAFA, Escuela de Enfermería de la UCR, Facultad de Farmacia de la UCR y la representación formal de las ONG que laboran en la materia.

### **2.4.3. Consumo**

La frecuencia con que las y los individuos consumen las drogas tanto legales como ilegales es muy variado, así como las consecuencias generadas a corto y largo plazo; por lo que se hace necesario para el estudio, definir algunos términos de consumo, así como las consecuencias generadas por cada una de estas sustancias dependiendo de la frecuencia y la cantidad ingerida. A continuación se detallan:

#### ***a. Consumo Experimental***

Éste término de acuerdo con el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE, 2008) corresponde a situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias que puede ser seguida de abandono de las mismas o de continuidad en el consumo. La adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surge este tipo de consumo, si bien un alto porcentaje no reincide en el mismo, las motivaciones pueden ser varias: curiosidad,

presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido y disponibilidad de drogas, entre otras.

Como indicadores de evaluación para definir este tipo de consumo según refiere el mismo Consejo, se considera que la y el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo de personas que le invita a probarla. No hay hábito y generalmente no se compra la sustancia sino que se comparte.

### ***b. Consumo Habitual***

Supone, de acuerdo con CONACE (2008) una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, entre otros.

Dentro de las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas siguiendo con el mismo Consejo, están: intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo de personas y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la soledad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio.

Algunos indicadores que definen esta forma de consumo siguiendo con CONACE (2008) son que la o el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; éstas se usan tanto individualmente como en grupo; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por la persona. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

### ***c. Consumo Ocasional***

De acuerdo con CONACE (2008) es el uso intermitente de las sustancias, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales está facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación y transgredir las normas, entre otras. Algunas características generales que definen este tipo de consumo son: la o el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume. No hay hábito y generalmente no compra la sustancia; también se la comparte.

### ***d. Consumo Perjudicial***

Según refiere la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) lo define como una forma de uso de la sustancia psicoactiva que está causando daño a la salud. El daño puede ser físico o mental CONACE (2008).

### ***e. Consumo Problemático de Drogas***

Según comenta CONACE (2008), el consumo problemático de drogas hace referencia al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno. Esto es problemas de salud incluidos los signos y síntomas de dependencia, problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones entre otros.

El consumo problemático es considerado según el mismo Consejo, un indicio de abuso de drogas, por lo cual se han identificado cuatro áreas de problemas relacionados con el consumo de drogas: Incumplimiento de obligaciones (laborales, académicos, familiares);

riesgos de salud o físicos; problemas legales y compromiso en conductas antisociales; y problemas sociales o interpersonales. Además, tiende a estar relacionado con dificultades personales o familiares y con circunstancias sociales y económicas adversas. Estos factores son similares a los que a menudo se encuentran ligados también a otros problemas sociales como, por ejemplo, las enfermedades mentales y la delincuencia.

#### **2.4.4. Dependencia**

La dependencia es un problema principal cuando se hace referencia a las drogas, el cual de acuerdo con CONACE (2008) es la situación fisiológica en la que la o el consumidor ha desarrollado una adaptación o tolerancia al uso de drogas, cuya suspensión brusca puede generar una enfermedad denominada abstinencia. Dicho de otro modo es el conjunto de comportamientos y de reacciones que comprenden el impulso y la necesidad imperiosa de tomar la sustancia en forma continua y regular, ya sea para sentir sus efectos o para evitar el malestar que produce la privación de su consumo.

La dependencia, siguiendo con el mismo Consejo, puede afectar al organismo en general denominándose dependencia física o a actividades específicas del sistema nervioso central (cognitivas, conductas repetitivas, entre otros) denominándose dependencia psíquica.

Estos dos tipos de dependencia tienen sustratos biológicos y son estrictamente hablando dependencias físicas. Suelen diferenciarse terminológicamente por la complejidad a la hora de describir un síndrome de abstinencia psíquico. Este síndrome se denomina *Craving* o deseo compulsivo, anhelo, entre otros, de droga. La dependencia y el síndrome anteriormente mencionado, puede desencadenar en el abuso de sustancias como se verá a continuación.

#### **2.4.5. Abuso**

Algunas personas luego de probar la droga, generan en algunas ocasiones el abuso de la misma. CONACE (2008) hace referencia a que el abuso es la situación en la cual la persona necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar. Incluye al menos las siguientes circunstancias:

- Consumo recurrente de drogas, que acarrea el incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela, colegio, universidad o en casa. Por ejemplo, acarrea situaciones de ausencias repetidas o bajo rendimiento; suspensiones o expulsiones del centro académico; descuido de las y los niños o de las obligaciones de la casa.
- Consumo recurrente de drogas en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso, como por ejemplo, conduciendo un automóvil o accionando una máquina.
- Problemas legales reiterados con la sustancia, como por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso.

#### **2.4.6. Drogas legales e ilegales**

En Costa Rica muchas de las sustancias que producen efectos nocivos tanto a nivel biológico como social son consideradas ilegales. Sin embargo, existen sustancias en nuestro país que afectan de igual forma al individuo como a la sociedad, y son consideradas legales.

De igual forma la drogodependencia es uno de los problemas asociados a la situación de calle, lo cual crea cambios a nivel personal y social, en la persona que se encuentra en dicha situación. De acuerdo con Augusto (2006) el fuerte interés por la droga

y su efecto repercuten a la inversa en la autoestima de la o el drogodependiente, llevándolos a abandonar en forma gradual, su cuidado personal y hábitos de higiene hasta quedar en total desaseo e concluir en la situación de calle.

Debido a esto, se pretendió analizar los efectos más relacionados de las drogas legales e ilegales utilizadas por las personas en estudio, tanto a nivel físico como su impacto a nivel personal y social. A continuación se mencionarán las drogas legales e ilegales más comunes en el país.

#### ***2.4.6.1. Drogas legales***

La investigación, utiliza el concepto de droga legal dado por CONACE (2008), el cual la describe como todas las sustancias cuyo uso no está penalizado por la ley, entre estas el tabaco y el alcohol; también caben dentro de esta categoría todos los medicamentos y fármacos que tienen efectos sicotrópicos, pero que pueden ser usados ilegalmente, cuando se les emplea fuera de un contexto terapéutico. Existe otro grupo de sustancias legales de uso casero o industrial, que también pueden ser empleados para obtener efectos psicotrópicos, tal es el caso de los solventes volátiles o inhalables, como la acetona y el tolueno.

Actualmente en Costa Rica las drogas que caben dentro de ésta categoría son el alcohol y el tabaco, las cuales son ampliamente consumidas; además de algunos medicamentos tipo psicotrópicos, estupefacientes y benzodiacepinas. Dado a su relevancia, se presentan a continuación cada una de ellas más detalladamente.

### *a. Alcohol*

En el diario vivir, el abuso y el consumo de alcohol, tanto de menores de edad como de personas adultas, es muy usual. De acuerdo con Campos y Smith (2004) Costa Rica gasta más de un millón de colones al día en licor, y posee más de 80 mil alcohólicos o alcohólicas en todo el país. Además se menciona que posible que de esas 80 mil personas, una gran mayoría se haya iniciado desde muy joven y en ocasiones por presiones del grupo social en que se desarrollan. Este aspecto vuelve al alcoholismo un aspecto también de relevancia cultural, ya que muchas personas comienzan en el alcoholismo por el deseo de sentirse aceptado y encajar en el grupo social en que se encuentre.

Debido a esto, es muy común en la sociedad costarricense la ingesta de bebidas alcohólicas. A partir de las referencias de los mismos autores, en este problema hay muchas variables que pueden influir, desde la más simple, llamada compromiso, que se refiere al hecho de tener que aceptar una bebida alcohólica por la insistencia de sus acompañantes, hasta la conjugación de múltiples problemas psíquicos que ya llevan a una persona a buscar salida a través del alcohol y demás drogas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007) define a las bebidas alcohólicas como: “[...] aquella bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen.” (p. 37). Por lo tanto, toda bebida que contenga etanol (principio activo), puede considerarse dentro de esta categoría.

De acuerdo con la encuesta realizada por el IAFA (2012a), la prevalencia de consumo activo en Costa Rica fue de 20,5% y experimenta un patrón de descenso sostenido a lo largo de los últimos 20 años, mientras que la ronda del 2010 no fue la excepción. Sin embargo, los problemas asociados con el abuso persisten y, así como en el pasado el país

experimenta condiciones de riesgo y una afectación importante en diferentes ámbitos por el consumo.

Uno de los problemas más importantes con respecto al alcohol, al igual que en las demás drogas, son los efectos adversos causados hacia la salud. Según Richardson (2004) el cuerpo humano por medio de la enzima llamada Alcohol deshidrogenasa (ADH), desintegra el alcohol y lo convierte en acetaldehído. En el cual produce mareos, náuseas, alteraciones en el funcionamiento del hígado, hipoglucemias y acumulación de ácido láctico (enfermedad de la gota)

### ***b. Tabaco***

En Costa Rica según las estadísticas del IAFA (2012b) es la droga legal más utilizada a nivel nacional con una prevalencia de 24,8%. Comparado con los resultados obtenidos en las encuestas de 1990 a 2006, se puede observar un ligero descenso del consumo de tabaco en los diferentes niveles de prevalencia, el cual se ha mantenido constante a lo largo de los diferentes períodos entre 1990 y el 2010.

Con respecto a la definición, se utiliza la propuesta por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007) el cual define al tabaco como: “[...] una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia.” (p. 7).

Además se menciona que durante la combustión del tabaco, se originan más de 4,000 productos tóxicos diferentes. Entre ellos se destacan por su especial peligrosidad y por las enfermedades a que pueden asociarse, los siguientes:

- Alquitrane: responsables de los distintos tipos de cáncer.
- Monóxido de carbono: favorece las enfermedades cardiovasculares.

- Irritantes como los fenoles, amoníacos y ácido cianhídrico: responsables de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.
- Nicotina: como se mencionó anteriormente, causa dependencia al tabaco, además de tener una vida media aproximada de dos horas. Sin embargo, a medida que disminuye su concentración en sangre, se incrementa el deseo de fumar.

Partiendo de ésta definición y de acuerdo con la OMS (1994), el término derivado del francés *tabagisme*, el tabaquismo se refiere al estado de la o el fumador que tiene una profunda dependencia de la nicotina y, por consiguiente, manifiesta síntomas de abstinencia intensos, lo cual es equivalente a lo que se conoce con el nombre de síndrome de dependencia del tabaco.

Mientras que el tabaquismo es un hábito voluntario, el tabaquismo pasivo es la inhalación involuntaria del humo del tabaco, procedente de una persona que esté fumando. El término se acuñó en la década de los 70 en relación con los estudios sobre los efectos de esta inhalación y ayudó a que empezaran a tenerse en cuenta los efectos perjudiciales del tabaco para las personas que están en el entorno inmediato de las y los fumadores.

Entre los efectos adversos del tabaco no solamente está la dependencia, sino que según el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007), entre los efectos inmediatos del consumo están los que conciernen al sistema vascular y respiratorio, debido a que el monóxido de carbono que se encuentra en el humo del tabaco disminuye el transporte de oxígeno a los tejidos del organismo, además de producir fatiga, tos y expectoración.

Además de esto, la nicotina también actúa sobre el sistema cardiovascular aumentando la frecuencia cardíaca y la posibilidad de arritmias. De igual forma produce cambios en la viscosidad sanguínea y aumenta los niveles de triglicéridos y colesterol.

A diferencia de la imagen atractiva que tiene a veces, el tabaco produce al poco tiempo de empezar a consumirse algunas alteraciones poco deseables, como por ejemplo, arrugas prematuras en la zona del labio superior, alrededor de los ojos, barbilla y mejillas; coloración grisácea en la piel que constituye el llamado “rostro de fumador”; manchas en los dientes, infecciones y caries dentales; mal aliento y mal olor corporal por impregnación del olor del tabaco y manchas amarillentas en uñas y dedos (Ministerio de Sanidad y consumo de España, 2007).

Con respecto a los llamados fumadores pasivos, de igual forma por respirar aire contaminado por el tabaco, también corren riesgos, ya que incrementa el riesgo de padecer las mismas enfermedades de corazón y de pulmón, que las y los fumadores o agravar sintomatologías si padecen de asma y alergias. Además, en el caso de las mujeres embarazadas, durante el periodo de gestación existe un riesgo superior de aborto espontáneo, de nacimiento prematuro o de bajo peso al nacer.

Para finalizar, cabe indicar que Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2009), demuestran por estudios epidemiológicos que el tabaquismo pasivo es el contaminante ambiental con mayor poder cancerígeno a nivel de pulmón. Y que existe una relación directa entre la duración y la intensidad de esta exposición y la posibilidad de desarrollar cáncer.

### *c. Psicotrópicos y estupefacientes*

Las sustancias psicotrópicas son aquellas que tienen afinidad con el sistema nervioso central (SNC), en específico, afectan la psiquis (ICD, 2013). Estas sustancias “[...] se clasifican en estimulantes del SNC que provocan aumento de la actividad motora y psíquica; los depresores del sistema nervioso, los narcóticos (o hipnóticos). Existen, también, los alucinógenos que causan desajustes en el sistema nervioso e inducen a la conducta psicótica” (ICD, 2013, p. 109).

Por otro lado, los estupefacientes son medicamentos con propiedades psicotrópicas, usados para tratar problemas relacionados con el sistema nervioso central, cuya venta y distribución es regulada con receta médica y bajo un estricto control. Sin embargo, se consideran sustancias de abuso debido a que se presentan problemas en ese control de la distribución en los mercados nacionales (ICD, 2013).

### *d. Benzodiacepinas*

Según el ICD (2006a), son drogas depresoras del SNC relacionadas estrechamente en sus estructuras químicas. Son los medicamentos más frecuentemente prescritos a nivel mundial para aliviar la ansiedad, el estrés y para inducir el sueño. Además se usan para contrarrestar los efectos secundarios o por sobre estimulación o sobredosis de otras drogas estimulantes. Las benzodiacepinas difieren entre sí por la velocidad de inicio de su acción, la duración de sus efectos y su potencia.

De acuerdo con la misma institución, las benzodiacepinas que se encuentran en el mercado ilícito son usualmente desviadas desde fuentes legítimas más que las sintetizadas en laboratorios clandestinos.

Con respecto a los efectos en la salud de las benzodiazepinas, el ICD (2006a), menciona que produce una disminución de respuesta emocional a estímulos externos como el dolor, además de reducir la inhibición, la actividad mental y el estado de alerta. Puede producir confusión, letargo y capacidad de juicio y de pensamiento pero en escala menor que los barbitúricos. Sus efectos depresores pueden aumentar el riesgo de sufrir accidentes, por ejemplo al conducir automóvil o realizar tareas complejas.

A grandes dosis puede alterar la coordinación muscular, disminuir la presión sanguínea y desvanecimiento. Sin embargo, a diferencia de los barbitúricos, las grandes dosis de benzodiazepinas combinadas con otras drogas o alcohol, rara vez produce desenlaces fatales.

Sus efectos a largo plazo producen dependencia física y psicológica; la suspensión abrupta luego de un uso prolongado desemboca en síndrome de abstinencia (que puede incluir insomnio, ansiedad, confusión mental, convulsiones, entre otros síntomas) y con el tiempo puede generar tolerancia.

#### ***2.4.6.2. Drogas ilegales***

La definición de drogas ilegales es determinada según el CONACE (2008) como: “[...] todas las sustancias que producen efectos psicotrópicos cuya comercialización y uso no está permitido por la ley, tal es el caso de la cocaína y a marihuana entre muchas otras.” (p. 11).

Según el marco jurídico de Costa Rica y su ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas, la ley número 7233 del año 1991, obedece a la necesidad de adecuar la normativa nacional a los convenios internacionales en materia de drogas. En Costa Rica se consideran ilegales de acuerdo con

IAFA (2010) la marihuana, derivados de la cocaína, heroína, el éxtasis, entre otras; las cuales se describen a continuación.

#### *a. Cannabis*

El *Cannabis sativa*, más conocido como la marihuana, consiste de acuerdo con el CONACE (2008) en las hojas secas y florecencias de la planta, que contiene alrededor de 400 compuestos, siendo su principal componente activo el THC-9 (tetra-hidrocannabinol), que es el que provoca los cambios conductuales conocidos.

El mismo Consejo indica, que en la actualidad es común la utilización de la marihuana con otros aditivos químicos y solventes que provocan daños anexos. Suele consumirse a través del fumado o por su ingesta, y en dosis altas puede causar intoxicaciones graves y efectos “psicodélicos”.

De acuerdo con el IAFA (2012d) el cannabis es la sustancia ilegal más producida y consumida en todo el mundo, cerca de 170 millones de personas entre los 15 a 64 años de edad la usaron en el 2009. En Costa Rica, también es la droga ilegal de mayor consumo con una prevalencia de 7,1% en el año 2010, principalmente entre personas jóvenes de entre los 12 a los 35 años; aunque en general los hombres triplican las tasas de consumo en relación a las mujeres.

A pesar de sus efectos beneficiarios como tratamiento medicinal, como toda sustancia psicoactiva tiene efectos secundarios y repercusiones para la salud. Según Willmore y Costill (2007) los riesgos de la marihuana para la salud todavía están siendo investigados, sin embargo se observan cambios en la personalidad con sólo unos pocos cigarrillos de marihuana.

Además, la memoria a corto plazo se deteriora, lo cual hace que ésta droga cause daños permanentes en el cerebro. El consumo de grandes cantidades puede causar alucinaciones y un comportamiento similar al psicótico y una disminución en la circulación de los niveles de testosterona.

Algunos otros efectos adversos de *Cannabis sativa*, según la OMS (1994), se asocian a una sensación de euforia, ligereza de las extremidades y, a menudo, retraimiento social. Altera la capacidad de conducción y la ejecución de otras actividades complejas; afecta la memoria inmediata, la capacidad de atención, tiempo de reacción, capacidad de aprendizaje, coordinación motriz, percepción de la profundidad, visión periférica, sentido del tiempo y detección de señales; y se han descrito casos a nivel psicológico de esquizofrenia, estados agudos de angustia y delirios que suelen remitir en unos días.

### ***b. Cocaína***

La cocaína fue la droga ilegal más decomisada en Costa Rica según estadísticas del ICD (2012), con 15.596,1 Kilogramos (Kg). La cocaína se describe como:

Potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas. Se trata de una droga que se obtiene a partir del procesamiento químico de las hojas del arbusto de coca *Erythroxylum coca*. A finales del siglo XIX, se consiguió aislar el principio activo contenido en estas hojas y surgieron diversas formas de consumo de la cocaína (esnifada, fumada, inyectada etc.) que producen efectos más rápidos e intensos que la hoja mascada y por tanto aumentan el riesgo de desarrollar adicción y dependencia. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007, p 39)

A pesar de ser la droga más decomisada a nivel nacional, su consumo queda en segundo lugar en el país después de la marihuana con una prevalencia de 3,0% en sus derivados de acuerdo con el IAFA (2012e). Además refiere que al evaluar la tendencia general de estos indicadores en los últimos 20 años, se ha venido manifestando un patrón de aumento, desde el año 1990, aunque no de forma abrupta pero sí mantenido en el tiempo.

Lamentablemente existen diferentes preparados a partir de esta droga, como por ejemplo el crack. De acuerdo con El Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007) el crack se consume por el fumado y su efecto es rápido, intenso y breve y crea dependencia.

El crack como se mencionó anteriormente, es el alcaloide de la cocaína (base libre), un compuesto amorfo que puede contener cristales de cloruro sódico según la OMS (1994). Es de color beige. Su nombre se deriva del sonido que hace el compuesto al calentarse. Cuatro o seis segundos después de inhalar el crack, se produce una sensación intensa; se experimenta inmediata euforia o desaparición de la ansiedad, junto con sentimientos exagerados de confianza y autoestima. También se produce una alteración del juicio y, por tanto, la o el consumidor tiende a emprender actividades irresponsables, ilegales o peligrosas, sin pensar en las consecuencias.

Por otra parte, el habla se acelera y a veces es incoherente y deslavazada. Los efectos placenteros duran sólo 5-7 minutos, tras los cuales el estado de ánimo desciende con rapidez hasta un estado de disforia, y el consumidor se siente obligándola u obligándolo a repetir el consumo para recuperar la excitación y la euforia. Además, el Ministerio hace referencia a que parece que las sobredosis son más frecuentes con el crack que con las demás formas de cocaína.

En Costa Rica sus estadísticas de consumo son separadas a las de la cocaína. En el año 2012 según el ICD, hubieron 156.812 Kg. de crack decomisados en el país, por lo que

la cocaína en sus diferentes formas sigue siendo la droga ilegal más utilizada a nivel nacional.

### ***c. Heroína***

Según estadísticas del ICD del 2012, fueron decomisados 13,0 Kg. de heroína.

Dicha sustancia se define como:

Droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio que se obtiene de la planta *Papaversomniferum*. Se incluye en el grupo de los opiáceos. Fue sintetizada en 1874, tratando de buscar un fármaco con la potencia analgésica de la morfina, pero sin su capacidad adictiva, aunque pronto se comprobó que sus riesgos y efectos negativos eran superiores a los de la morfina y la mayoría de los países occidentales suspendió su uso médico. (El Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007, 49)

Según dicha Institución, su presentación es originalmente como un polvo blanco, inodoro y fino que, dependiendo del proceso de producción, puede presentarse con otro color y textura. La heroína puede ser adulterada con quinina, lactosa, bórax, azúcar, almidón, entre otros; incluso se ha utilizado estricnina y otros depresores del SNC como barbitúricos y sedantes. Las adulteraciones son las causantes de una parte de los problemas médicos derivados de su consumo, a lo que hay que añadir la contaminación con bacterias, virus, hongos o partículas tóxicas.

Puede fumarse, inyectarse o inhalarse por la nariz. Las dos primeras vías de administración son las de acceso más rápido al cerebro y, por tanto, las que producen efectos de forma más rápida. Muchas personas se inician aspirándola por la nariz o

fumándola, pensando erróneamente, que de esta manera no se llega a la dependencia. Sin embargo, a medida que el organismo se acostumbra a la droga y los efectos que produce se hacen menos evidentes, recurren a la inyección para obtener resultados más intensos, como los que experimentan cuando comenzaron a consumir.

Con respecto a los efectos secundarios, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007) comenta que la heroína activa un sistema del organismo denominado “sistema opioide”, que regula procesos físicos y psíquicos tan importantes como la sensación de placer, de satisfacción, el control del dolor y de las funciones respiratorias y cardiovasculares.

Así, el consumo de heroína activa el sistema opioide de forma antinatural y produce cambios en el cerebro que obligan a la administración continuada de esta droga ya que, si se interrumpe, aparece sintomatología de abstinencia, es decir, el SNC necesitará la aportación externa de esta sustancia para mantener la regulación de las funciones que realiza.

Poco tiempo después de consumirse llega al cerebro, donde se convierte en morfina y se adhiere a los receptores opioides, dando como resultado una oleada de sensaciones agradables, calma y euforia. La intensidad de estas sensaciones dependerá de la cantidad de heroína tomada y de la rapidez con que llega al cerebro.

Dicho síndrome de abstinencia produce un conjunto de signos y síntomas entre los que se destacan la ansiedad, agresividad, midriasis, lagrimeo, sudoración abundante, escalofríos, temblores, diarrea, náuseas, vómitos, embotamiento mental, hiperactividad locomotora y dolores articulares.

Inicialmente, se percibe acaloramiento de la piel, sequedad de boca y sensación de pesadez en las extremidades, en ocasiones seguidas de náuseas, vómitos y picor

considerable. Posteriormente, se siente somnolencia durante varias horas, las funciones mentales se ofuscan, las funciones cardíaca y respiratoria se alteran, a veces hasta el punto de causar la muerte, según la dosis consumida.

Además de la dependencia, el consumo de heroína conlleva a importantes riesgos y consecuencias negativas para la salud. De acuerdo con el mismo Ministerio, es necesario tener en cuenta no sólo la sustancia en sí misma, sino también los adulterantes utilizados en la manipulación, los hábitos higiénicos precarios y las conductas y prácticas de riesgo a las que se asocia su consumo.

De igual forma, algunos de los aditivos con los que se mezcla la heroína pueden obstruir los vasos sanguíneos de pulmones, hígado, riñones o cerebro, y causar infecciones y lesiones muy grandes en estos órganos. Además, compartir las jeringas u otros útiles de inyección, así como mantener relaciones sexuales sin protección, provoca infecciones por virus como el de la inmunodeficiencia humana (VIH), los de la hepatitis B y C, entre otras.

#### *d. Éxtasis*

De acuerdo con el ICD (2012), no se encontraron estadísticas de dicha droga hasta el año 2000. En el 2012 fueron decomisadas 293 Kg. Esta droga de acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007) es conocida técnicamente como MDMA o 3-4 metilenedioximetanfetamina, y se trata de una droga sintética, químicamente similar a la metanfetamina (estimulante) y a la mescalina (alucinógeno), aunque los efectos que produce no son claramente la suma de ambas.

Según esta Institución, el éxtasis tiene un efecto vigorizante y de aumento de percepción a través de los sentidos, en especial del tacto, produciendo una sensación de bienestar, de cercanía, y de conexión con las demás personas.

Se ingiere por vía oral, generalmente en forma de pastilla, tableta o cápsula. Cada tableta puede contener una media de 60 a 120 miligramos de MDMA y suelen llevar dibujos impresos que facilitan su reconocimiento a las y los consumidores y que, además, dan lugar a una auténtica jerga: *love*, delfines, pirulas, pastis, entre otros.

McDowell (2007) nos comenta que al éxtasis se lo considera una “droga de club” porque con frecuencia se lo usa en fiestas o bares y clubes de baile nocturnos. Proviene de componentes químicos de laboratorios clandestinos. Las y los fabricantes le agregan químicos como la cafeína y la cocaína, que causan la calidad de la droga en cuestión.

Dentro de los riesgos y consecuencias del éxtasis de acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), se dice que puede producir, de forma inmediata, numerosos efectos adversos para la salud, desde náuseas, escalofríos, sudoración, visión borrosa o contractura involuntaria de los músculos de la mandíbula, hasta la muerte ocasionada por sobredosis.

En las horas o días siguientes a la ingestión de la droga se produce una reducción de ciertas habilidades mentales, en especial de la memoria y de la capacidad del individuo para procesar la información, lo que aumenta el riesgo de accidentes asociados a la conducción. Por ejemplo, existe la asociación del éxtasis a una gran actividad física, como bailar durante horas, puede dar lugar al “golpe de calor” que consiste en un aumento de la temperatura corporal que puede provocar un fallo renal.

Además, en consumidores susceptibles, puede producir deshidratación, hipertensión y fallo cardíaco, así como ansiedad, agitación y comportamientos violentos o de riesgo. Las personas crónicas de éxtasis sufren daño en los procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, disminución del interés por el sexo, pérdida de apetito y

una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño.

McDowell (2007) nos comenta que además, el éxtasis parece ser una droga que crea dependencia. A los quince minutos de tomar la píldora, tiene la característica de producir un clímax que, con frecuencia, hace que la persona pueda realizar actividad frenéticamente durante horas. El efecto dura por lo común entre tres y seis horas. Sin embargo, como todas las demás drogas, tiene un sustancial inconveniente. Después de ese efecto inicial, el consumidor experimenta depresión, soledad, tristeza y ansiedad. Además de esto, el éxtasis tiene muchos otros peligros.

Dentro de dichos efectos peligrosos se encuentran la producción de tensión muscular, rechinar de los dientes, náuseas, visión borrosa, desmayo, escalofríos o exudación. Aumenta la presión arterial y aumenta el ritmo cardíaco. En dosis altas, puede desencadenar tanto problemas de corazón, convulsiones, anomalías del hígado y riñón como la paralización muscular.

#### *e. Hongos alucinógenos*

En los últimos años, se ha observado un aumento en el consumo de sustancias vegetales que poseen efectos alucinógenos; muchas de estas, han sido relacionadas con ceremonias religiosas ancestrales e, inclusive, algunas de las cuales tienen un carácter legal dentro de la sociedad o cuentan con regulación parcial de producción, venta y consumo.

Los hongos alucinógenos han sido sustancias cuyo consumo ha tenido un fuerte incremento hasta llegar a popularizarse como droga de abuso (Burrillo *et al.*, 2013). Al ser sustancias que se encuentran de forma natural en bosques, y en general en la naturaleza, “[...] es relativamente frecuente la presencia de intoxicaciones por estos hongos consumidos

con finalidad lúdica, o cuadros tóxicos orgánicos no delirantes, por la confusión de la especie alucinógena con otras tóxicas, que pueden llegar a ser mortales” (Burrillo *et al.* 2013, p. 511).

Burrillo *et al.* (2013), señalan que los hongos pueden ser recolectados directamente, cultivados u obtenidos *on-line* en cualquiera de sus formas de consumo: en fresco, desecados, con algún tipo de tratamiento previo (hervidos o cocinados en conjunto con otros productos) e, incluso, existen en forma de cápsulas.

La mayoría de los hongos con alcaloides psicótrópos pertenecen a dos grupos: los hongos *Psilocybes* (*Psilocybesemilanceata*, *Psilocybeserbica*, *Psilocybebapilonaceus*, *Pholiotinacyanopus*, *Pluteussalycinus*, *Inocybehamaecta*, *Inocybesaeruginascens*, *Gymnopilusspectabilis*, *Inocybe tricolor*, *Psilocyberetirugis* y *Psilocybe bohémica*) y los agárlicos (*Amanita muscaria* y *Amanita pantherina*). Entre los usuarios se denominan hongos, hongos mágicos, hongos sagrados, monguis, gorras azules, botones, gorras, carne de Dios, hombrecitos, mujercitas, plastilina, etc. (Burrillo *et al.*, 2013, p. 511)

Específicamente el tipo *psilocybes* contiene las sustancias psilocibina y psilocina, las cuales son triptaminas con propiedades psicótrópas que asemejan al LSD. “Tras la ingestión, la psilocibina se convierte enzimáticamente en psilocina, se absorbe en el tracto gastrointestinal y los efectos alucinógenos suelen ocurrir dentro de los primeros 30 minutos, durando entre 4 y 6 horas” (Burrillo *et al.*, 2013, p. 511). De acuerdo a estos autores, dichos efectos dependen de la dosis, la sensibilidad de la persona a las sustancias mencionadas, la especie de hongo que se consuma, el tipo de cultivo, la forma de preparación, entre otras.

Como efectos que se obtienen del consumo de estas sustancias, se encuentran los relacionados al sistema nervioso

[...] comprenden desde estados leves de relajación, mareos, euforia, alteración de los colores, trastornos visuales (movimiento de superficies, olas) o alucinaciones con percepción alterada de acontecimientos, imágenes y caras. Las distorsiones sensoriales pueden asociarse a inquietud, falta de coordinación, ansiedad, alteraciones del tiempo o la distancia, sensación de irrealidad o despersonalización. Los efectos de tipo simpaticomimético se deben a la presencia variable de feniletilaminas en los hongos. Las amanitas se comportan de forma diferente a los *psilocybes*, produciendo un síndrome delirante, al que se añade clínica gastrointestinal y un cuadro anticolinérgico. (Burrillo *et al.*, 2013, p. 511)

Es así como el cuadro clínico ocasionado posterior al consumo de hongos de estas familias puede ocasionar “malos viajes”, además de reacciones de pánico e, incluso, episodios psicóticos.

De acuerdo con Burrillo *et al.* (2013), desde 1971 la *psilocina* y la *psilocibina* son sustancias prohibidas a nivel internacional, sin embargo en muchos países no se ha establecido regulación adecuada en lo que respecta al control de los hongos que poseen estas sustancias.

#### ***f. Opio y sus derivados***

El opio se obtiene de acuerdo con el ICD (2006b) del jugo coagulado obtenido de la planta *Papaver Somniferum L.* planta conocida como amapola o adormidera, el cual

contiene alrededor de 40 alcaloides, siendo los principales la morfina, la codeína, tebaína, papaverina y noscapina (narcotina), entre otros.

Además, se menciona que los opioides es un término genérico aplicado a los opiáceos y sus derivados sintéticos análogos que tienen acción similar a la morfina, sobretodo en la capacidad de aliviar el dolor.

### ***g. LSD***

La dietilamida del ácido lisérgico, más conocida como LSD, es de acuerdo con el ICD (2006c), una de las principales drogas en la categoría de los alucinógenos. Fue descubierta en 1938 y, entre las sustancias químicas que alteran el estado de ánimo, es una de las más potentes. Se fabrica a partir del ácido lisérgico, encontrado en el cornezuelo, un hongo que crece en el centeno y otros cereales.

La LSD, comúnmente llamada “ácido”, se vende en la calle en tabletas, cápsulas y a veces en forma líquida. Es inodora, incolora y tiene un sabor ligeramente amargo. Suele consumirse por vía oral. Con frecuencia, se agrega la LSD a un papel absorbente, como el papel secante, que se divide en pequeños cuadrados decorados, cada uno de los cuales constituye una dosis.

Según el ICD (2006c), los efectos en la salud de la LSD son impredecibles y dependen de la cantidad ingerida, de la personalidad, estado de ánimo y expectativas del usuario; y el ambiente en el que se usa la droga. Por lo general, la o el individuo siente los primeros efectos de la droga de 30 a 90 minutos después de tomarla. Los efectos físicos incluyen dilatación de las pupilas, sudoración, falta de apetito, insomnio, sequedad en la boca, temblores y aumento de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Las sensaciones y los sentimientos cambian de forma mucho más drástica que las señales físicas. Es posible que la persona sienta varias emociones diferentes a la vez o que pase rápidamente de una emoción a otra. Si se toma en una dosis suficientemente alta, la droga produce delirio y alucinaciones visuales. El sentido del tiempo y el de sí mismo cambian en la persona. Las sensaciones parecen “cruzarse”, dando a la persona la impresión de oír los colores y ver los sonidos. Estos cambios pueden ser atemorizantes, causándole pánico al individuo.

Algunas personas que usan LSD sufren pensamientos y sensaciones sumamente aterrorizantes, tienen miedo de perder el control, de volverse locos y de la muerte, y se sienten angustiados. Han ocurrido algunos accidentes mortales durante estados de intoxicación con LSD.

La mayoría de las personas que utilizan LSD disminuyen o abandonan voluntariamente su uso con el transcurso del tiempo. La LSD no se considera una droga que crea dependencia, ya que no causa un comportamiento compulsivo tendiente a la búsqueda de la droga, como sucede con la cocaína, las anfetaminas, la heroína, el alcohol y la nicotina. Sin embargo, al igual que muchas de las drogas que producen dependencia, la LSD produce tolerancia, de manera que algunas personas que usan la droga repetidamente deben tomar dosis cada vez más fuertes para lograr el mismo estado de intoxicación que lograban anteriormente. Dada la naturaleza impredecible de la droga, esta práctica es sumamente peligrosa.

#### ***h. Inhalables***

Estos productos son generalmente domésticos que de acuerdo con el ICD (2014c) son productos tales como desodorantes en aerosol, pegamento, recargas de encendedores y

ambientadores de aerosol que se pueden utilizar como drogas. Dentro del presente trabajo se encontraron como drogas inhalables el pegamento, cemento y thinner.

El uso de sustancias volátiles puede ser definido como la inhalación deliberada de compuestos volátiles para producir efectos psicoactivos. Estos compuestos tienen algunas características en común, aparte de sus efectos de intoxicación y los efectos en el comportamiento que producen. Tales sustancias volátiles se conocen a menudo como inhalantes o inhalables, términos que abarcan un grupo diverso de productos químicos psicoactivos que se define por la vía de administración, en lugar de su mecanismo de acción sobre el sistema nervioso central o efectos psicoactivos.

El uso de sustancias volátiles es diferente a la mayoría de otras formas de consumo de drogas en que se trata de varios compuestos contenidos en productos domésticos o comerciales fácilmente accesibles. Estos compuestos, que son seguros cuando se utilizan para los fines previstos, puede causar intoxicación y en algunos casos la muerte cuando sus vapores se inhalan deliberadamente de forma concentrada.

Con respecto a su uso, el ICD (2014c) menciona que pueden ser aspirados por la nariz o por la boca de varias maneras tales como: Aspirando o inhalando los vapores de los envases, rociando los aerosoles directamente en la nariz o la boca, aspirando o inhalando los vapores de sustancias que han sido rociadas o depositadas dentro de una bolsa de plástico o de papel, colocando en la boca un trapo que ha sido impregnado con un inhalante o por último, inhalando de globos llenos de óxido nitroso.

Las sustancias químicas inhaladas se absorben con rapidez a través de los pulmones y según el ICD (2014c) llegan a la sangre donde son distribuidas rápidamente al cerebro y a otros órganos. Pocos segundos después de la inhalación, la o el usuario experimenta la intoxicación y otros efectos parecidos a los del alcohol. Estos efectos incluyen dificultad

para hablar, incapacidad para coordinar movimientos, euforia y mareo. Además, los usuarios pueden padecer de aturdimiento, alucinaciones y delirios.

## **2.5. Teoría de enfermería: Imogene King**

### **2.5.1. Supuestos Básicos**

De acuerdo con King (1984) enfermería es “[...] percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar frente a frente con la conducta de los individuos que llegan a necesitar de sus cuidados” (p. 14). Es así, que se entiende como un proceso, en el cual el enfermero o enfermera junto con la persona, se comparten información y experiencias sobre sus propias percepciones dentro del contexto de enfermería, mediante acción, reacción e interacción para alcanzar el cuidado.

La autora, en su teoría afirma que las personas son seres sociales, capaces de tomar decisiones dentro de un entorno. Para logra esto, las personas deben interactuar bajo tres sistemas principales: el sistema personal, el sistema interpersonal y el sistema social. Dentro de sus postulados, se sostiene que todos estos sistemas se relacionan entre sí y cuando se da una alteración, repercute en la salud y en la calidad de vida.

La persona se reconoce en su entorno, como aquella que ejerce un rol, en el cual tiene la finalidad de alcanzar objetivos o metas. Donde, debe realizar todas las acciones posibles para lograr satisfacer esa necesidad.

Según King (1984), existen distintos objetivos y metas de acuerdo a cada situación particular. Las enfermeras y enfermeros intervienen en dichos sistemas de cuidado y es ahí, donde se determinan los objetivos que se deben plantear para cada caso específico.

Lo anterior se logra gracias, a la comunicación que se establece en la relación enfermería-usuario o usuaria. Con ello, se identifica los problemas, metas e intereses

específicos, luego enfermería se encarga de buscar los medios que permitan alcanzar esas metas y suplir los problemas para, posteriormente, implementarlos.

Los conocimientos y habilidades que posea enfermería, pueden utilizarse para ayudar a las personas, de forma individual o colectiva, a que se enfrenten a los problemas de la vida diaria y a que sean capaces de conocer mecanismos para adaptarse a los cambios que ocurren cotidianamente. Por lo cual, se hace necesario exponer cada fundamento teórico para su mayor comprensión. Siendo presentados a continuación.

### **2.5.2. Sistemas personales**

En el sistema personal, King (1984) define a la persona como una o un individuo que tiene experiencias con su entorno. Mediante la percepción individual, le permite lograr interpretar la información, conocerse a sí mismo o misma y a otros seres humanos e identificar objetos y situaciones de su medio ambiente inmediato.

La autora, hace referencia que estas o estos individuos son seres sociales, capaces de razonar y poseen un estado de consciencia. Así se determina, que se encuentran preparados para generar pensamientos y acciones críticas en busca de sus objetivos o metas.

En el sistema personal, existen seis elementos vitales que lo componen. Por lo que, se presenta cada uno de ellos:

#### ***a. Percepción***

King (1984) determina que la percepción, “[...] es la representación de la realidad en cada ser humano” (p. 32). Cada individuo, de una u otra forma, elige una manera distinta interiorizar lo que recibe del medio que lo rodea.

A pesar de que todos los seres humanos integren el mismo mundo, las percepciones son propias en cada persona de acuerdo con: “[...] experiencias pasadas, con el concepto de uno mismo (del yo), con la herencia biológica, con los antecedentes educativos y con los grupos socioeconómicos” (King. 1984. p. 33).

La percepción presenta algunas características importantes, como por ejemplo, es universal, porque todas las personas perciben a otras personas y objetos del medio, proporcionándole información. Es también subjetiva, personal y selectiva, dado que cada persona tiene la capacidad de percibir un estímulo de manera individual.

Además tiene una orientación en el presente, esto porque el mundo es percibido según la información que se dispone en ese momento. Y por último, influyen significativamente en las interacciones, debido a que cada persona percibe experiencias, necesidades y conductas durante la relación establecida.

Salazar y Martínez (2008) basado en las referencias de esta teoría, exponen que la percepción le permite a la persona organizar, interpreta y transforma la información de los sentidos, para dar con un significado y explicar el comportamiento humano. Terminando con una representación social de la realidad.

### ***b. Concepto del yo***

Por otra parte, King (1984) menciona que la interacción existente entre la persona y el medio que la rodea, así como la interacción con las y los demás, proporciona el concepto del yo; este es importante ya que si se tiene conciencia del yo, hace una armonía consigo mismo o misma y favorece las relaciones humanas.

El concepto de yo, se encuentra “[...] compuesto por pensamientos y sentimientos, los cuales constituyen la conciencia personal del individuo. Incluye, entre otras cosas, el sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos” (Salazar y Martínez, 2008, p. 111).

Lo anterior, determina que una persona con el concepto del yo, facilita definirse como ser, lo que es y lo que parece ser. Dándole a la persona diferencia y orientación de las acciones u objetivos que mejoren el yo.

### *c. Crecimiento y desarrollo*

Dentro de la teoría de King (1984), se considera imprescindible el análisis de la forma en que cada individuo nace, crece, se desarrolla, envejece y muere; en cada una de las etapas del ciclo vital se establecen cambios físicos, cognoscitivos, fisiológicos y psicológicos que deben ser tomados en cuenta para el abordaje de cualquier situación en salud y que ayudan a comprender mejor las conductas y problemas de las personas.

Con el crecimiento y el desarrollo, se pueden determinar aquellos procesos que experimentan las personas, los cuales les ayudan a explotar sus capacidad de logro y la obtención de experiencia, útiles para una realización personal.

### *d. Imagen corporal*

A través de las experiencias obtenidas a lo largo del desarrollo humano, se adquiere el concepto de imagen corporal. King (1984) señala que éste es un término “[...] muy personal y subjetivo” (p. 43). Cada persona forma su propio concepto de imagen corporal según su percepción y la percepción de los demás sobre su cuerpo, en un momento dado; siendo muy dinámico.

Es cambiante, dado que con el tiempo la persona vive nuevas experiencias y percepciones, las cuales cambian la imagen corporal establecida. Y esto más asociado con las diferentes etapas del desarrollo humano, porque al entrar a una nueva etapa, la persona debe reajustar su definición de su imagen.

Es importante mencionar, que la imagen corporal determina la percepción del propio cuerpo y el tipo de relaciones que se establecen con otras personas por la apariencia, dando una forma de comportamiento hacia sí mismo o misma y hacia las y los demás.

#### *e. Espacio*

“Se describe como existente en todas direcciones y es igual en todos lados” (King, 1984, p. 49). El espacio cobra importancia en el análisis porque es en él, donde surgen las distintas acciones del ser humano para alcanzar los objetivos propuestos.

Salazar y Martínez (2008) tomando en cuenta los postulados de King (1984), mencionan que el espacio personal corresponde a un área física que es única para la persona y que está influenciado por las necesidades, experiencias pasadas y la cultura.

Por lo anterior el espacio es importante, porque es el medio donde se encuentra la persona, le da sentido a una identidad y justifica el comportamiento del yo, ante las diferentes situaciones.

#### *f. Tiempo*

King (1984), define al tiempo como “[...] la duración entre un evento y otro experimentado por cada ser humano de una forma única; es la relación entre un acontecimiento y otro” (p. 56). Posee relación estrecha con la percepción de cada persona y, en particular con la forma en que perciben su salud en un momento actual o presente.

También, Salazar y Martínez (2008) reconocen que el tiempo corresponde a una secuencia de eventos que se mueven hacia el futuro, en donde esos flujos de situaciones sucesivas y ordenadas implican cambios.

### **2.5.3. Sistemas interpersonales**

En la teoría, King (1984) pone en manifiesto que los seres humanos deben interactuar para lograr sus objetivos. En el cual puede relacionarse con otra persona, con dos personas o grandes grupos aumentando la complejidad de las interacciones.

A continuación se describirán algunos conceptos que son necesarios, para comprender la interacción que realizan las personas:

#### ***a. Interacciones humanas***

Es a partir de la psicología social que surge el proceso de interacciones humanas. En estas, dos individuos definen en conjunto los objetivos y los medios necesarios para alcanzarlos; una vez hecho este paso, el mutuo acuerdo, continúan a las transacciones; éstas “[...] ocurren en situaciones concretas en las cuales los seres humanos participan activamente en los eventos, y esta participación activa en el logro de una meta trae como consecuencia el cambio en los individuos” (King, 1984, p. 70).

Por lo tanto, se afirma que las interacciones humanas corresponden a las relaciones que establecen dos o más personas para alcanzar algún objetivo. Salazar y Martínez (2008) refiriéndose al concepto de interacciones que establece la teoría, manifiestan que estas se encuentran influenciadas por la percepción, el ambiente y el tipo de comunicación entre las personas, en el cual juzgan mutuamente los comportamientos verbales y no verbales dirigidos hacia ese objetivo.

La percepción y el ambiente son fundamentales, debido a que influye la conducta humana. Y la comunicación dado a su componente informativo. Este proceso hace que las y los seres humanos identifiquen objetivos y los medios para alcanzarlos, luego cuando están de acuerdo, llegan a las transacciones que involucran el logro de la meta.

### ***b. Comunicación***

Conocer las ideas de las personas es de suma importancia para el proceso de socialización. Por lo tanto, para lograr un objetivo es necesario poseer habilidades para comunicarse con las y los demás, considerando capacidades y características personales.

King (1984) afirma que la comunicación:

[...] es el intercambio de pensamientos y opiniones entre los individuos. La comunicación verbal es eficaz cuando satisface las necesidades básicas de reconocimiento, participación y autorrealización el contacto directo entre las personas. La comunicación no verbal incluye gestos, expresiones faciales, acciones y posturas al escuchar y al sentir. La comunicación es el medio por el cual se lleva a cabo la interacción social y el aprendizaje. (p. 72)

Es por lo anterior, que la comunicación es de suma importancia para establecer y dar significado a las interacciones humanas. Porque explica la forma de conducta a través de signos o símbolos y hace evidente los objetivos, necesidades y expectativas de las personas.

Tomando lo citado por King (1984) Salazar y Martínez (2008) aluden que todo comportamiento humano es comunicable. Por lo que con base a esa información

transmitida, las personas reaccionan, comprenden y dan respuesta a los eventos presentados.

### *c. Transacciones*

King (1984) cita que “[...] las transacciones son el proceso de interacción en el cual los seres humanos se ponen en contacto con su ambiente a fin de alcanzar metas que tengan valor. Las transacciones son conductas humanas encaminadas hacia los objetivos” (p. 91).

Las transacciones, son únicas en un tiempo y en un espacio, porque las personas tienen una percepción propia de su realidad. Además, se refiere que son definidas por la experiencia. Esto porque, cuando las y los sujetos entran en contacto, poseen un marco de referencia previo (hechos, creencias, expectativas y preferencias), que brindan conocimiento para establecer metas mutuas.

### *d. Rol*

En la teoría, se hace mención que el rol corresponde a una serie de conductas que se esperan de alguna persona que se encuentra en una posición, dentro de una estructura social. Además incluye las obligaciones, derechos y funciones que son atribuidas a ese miembro.

Para lograr esto, se necesita que las y los individuos se comuniquen y logren una interacción positiva para alcanzar metas. Además, es importante mencionar que el rol se aprende cuando la persona se desenvuelve en un sistema social y puede ser cambiante dependiendo de la situación que se presente.

### *e. Estrés*

King (1984), alude que el estrés:

[...] es un estado dinámico por medio del cual un ser humano interactúa con el medio ambiente para mantener un equilibrio para el crecimiento, desarrollo y función, que implica un intercambio de energía e información entre la persona y el medio ambiente para regular y controlar los causantes del stress. (p. 107)

Por lo tanto, el estrés puede ser una causa que interfiera en la capacidad de la persona para responder y afrontar situaciones que pueden interferir en alcanzar sus objetivos. Involucra la habilidad para manejar gran cantidad de información y de afrontación.

Se determina además, que el estrés es dinámico debido al constante cambio de eventos que puede experimentar el ser humano; tiene una dimensión temporal espacial, porque depende de situaciones pasadas que pueden aumentarla o disminuirla. Y por último es individual, personal y subjetivo, dado que las personas presentan únicas percepciones e interpretaciones.

#### **2.5.4. Sistemas sociales**

Un sistema social, según King (1984) corresponde a “[...] un sistema organizado de límites, roles sociales, conductas y prácticas desarrolladas para mantener valores y mecanismos para regular las prácticas y las normas” (p. 123).

Este sistema brinda la estructura para la interacción social, determina relaciones sociales y establece reglas de conducta y modo de acción. Además determina aspectos

como creencias, actitudes, patrones de conducta, valores y costumbres debido a que son aprendidas dentro del sistema. Los principales corresponden a la familia, escuela e iglesia.

A continuación, se presentaran los componentes conceptuales que conformar los sistemas sociales:

### ***a. Organización***

King (1984) para referirse a la definición de organización, hace mención que es una unidad social constituida por las personas y los grupos, la cual crean un sistema para realizar actividades continuas para alcanzar objetivos.

Por lo tanto, ella argumenta que “[...] una organización está compuesta de seres humanos con roles y posiciones prescritas que utilizan los recursos para lograr objetivos personales y de la organización” (p. 127).

Dentro de una organización, se establecen relaciones, grados de autoridad, responsabilidad, comunicación y posiciones con funciones específicas. Salazar y Martínez (2008) haciendo a lución a este componente, señalan que la organización depende también de los roles y las posiciones en que se encuentren las personas, en el cual cada uno de ellos o ellas demuestra sus valores humanos, los patrones de conducta, necesidades, metas y expectativas.

### ***b. Autoridad***

La autoridad según King (1984) se entiende como:

[...] un proceso transaccional que se caracteriza por relaciones recíprocas y activas, en las cuales los valores, antecedentes y percepciones de los miembros influyen para definir, validar y aceptar la autoridad de los individuos dentro de una

organización. Una persona influye en otra quien reconoce, acepta y acata la autoridad de esa persona. (p. 131)

Este concepto hace referencia al poder de tomar decisiones para dirigir actividades propias o para otras personas. Y es esencial para conformar una organización, dado que permite establecer orden, seguridad y una dirección de las acciones.

Una característica esencial, es que la autoridad es reciproca porque necesita de dos personas para que exista, el que influye y el que acepta. Además se necesita la cooperación entre ambas partes para alcanzar objetivos.

### *c. Poder*

Para King (1984) el poder corresponde a “[...] un mecanismo mediante el cual uno o más personas influyen en otra determinada situación. El poder se da en una situación en la que la gente acepta lo que está haciendo aunque pudiese no estar de acuerdo con ello” (p. 135).

Es por esto, que ella menciona, que el poder se encuentra ligado al rol que desempeña y ocupa una persona. Esto quiere decir que existe dentro de las relaciones sociales, el cual es ejercido por la persona que tiene el control sobre una persona, grupos, organizaciones o naciones.

También se menciona, que el poder posee cuatro características principales. La primera, es universal, ya que todas las personas y organizaciones la experimentan, de forma que sea el que controle o el que se deje controlar. La segunda se encuentra dado según la situación, esto depende del dominio, que en algunos casos puede tenerlo o carecerlo.

La tercera, argumenta que es dinámico, debido a los acontecimientos y las personas están en constante cambio. Y por último, se encuentra orientado hacia un objetivo.

#### *d. Estatus*

King (1984) lo define como “[...] la posición que tiene un individuo dentro de un grupo o de un grupo en relación con otros grupos dentro de una organización” (p. 137). Lo que implica es un rol o una posición dentro de una estratificación social que involucra lo que la persona hace, privilegios, deberes, logros y obligaciones.

#### *e. Toma de decisiones*

King (1984) sugiere que la toma de decisiones corresponde a un “[...] proceso dinámico y sistémico por medio del cual se hace la elección de alternativas con base en los objetivos y se dirige a los individuos o grupos a fin de solucionar un problema y lograr un objetivo” (p. 140).

Esto según la autora, consiste en definir el problema, analizar y seleccionar la mejor alternativa para alcanzar el objetivo propuesto, tomando en cuenta los riesgos, ganancias, esfuerzos, tiempo y limitaciones. Además, se establece que las decisiones regulan la vida de cada persona; y estas se encuentran basadas en los valores, metas, experiencias pasadas y conocimientos personales.

### **Capítulo III: Metodología**

En este apartado se presenta la forma en que se elaboró este proceso investigativo, describiendo desde su comienzo hasta su culminación, dando principal relevancia al diseño metodológico establecido, porque con él se obtuvieron y se analizaron los hallazgos significativos, y además se alcanzaron las conclusiones y recomendaciones.

Inicialmente, según el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica (2003), se establece que las y los estudiantes para alcanzar el grado de Licenciatura deben realizar un trabajo final de graduación. Para dicho fin, él y las estudiantes de enfermería elaboraron esta investigación, donde lograron utilizar los conocimientos adquiridos durante la carrera para plantear soluciones, emplear técnicas y métodos de investigación relativos a la disciplina y demostrar sus capacidades creativas, investigativas y científicas (Artículo No. 2, Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la UCR, 2003).

De igual forma, dicho reglamento menciona diferentes modalidades. Para el presente estudio, se siguió con los lineamientos, en cuanto a la modalidad de Seminario de Graduación.

Se entiende por Seminario de Graduación una actividad académica valorada en cuatro créditos que se ofrece a lo largo de uno, dos o tres ciclos consecutivos, como máximo, a un grupo de estudiantes no menor de tres ni mayor de seis quienes, mediante su participación reiterada alrededor de algún problema científico o profesional, se familiarizan con las teorías y métodos de investigación propios de la disciplina y su aplicación a casos específicos bajo la guía del director del trabajo.

(p. 2)

Basados en dicho estatuto, se presentó este informe escrito cuya problemática se focalizó en el estudio de las experiencias de vida de las personas en situación de calle, a través de teorías y métodos de investigación que caracterizan a la disciplina de enfermería. Fue realizado por seis estudiantes postulantes al grado de Licenciatura bajo la orientación de la Directora de Trabajo Final de Graduación elegida.

Continuando con el proceso de investigación, él y las estudiantes optaron seguir las Fases del Proceso Metodológico propuestas por Rodríguez, Gil y García (1999). Dichas fases son cuatro (Preparatoria, Trabajo de Campo, Analítica e Informática), y a continuación se presenta lo que se realizó en cada una de ellas.

### **3.1. Fases del Proceso Metodológico**

#### **3.1.1. Fase preparatoria**

En el desarrollo de la fase inicial del proceso de investigación, según Rodríguez *et al.* (1999) es posible definir dos etapas: la reflexiva y la de diseño. Ambas se cumplieron de la siguiente manera:

##### ***3.1.1.1. Etapa reflexiva***

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la problemática, que concretó la base para justificar la investigación y además facilitó la elaboración de un marco de referencia que orientó y respaldó el estudio. Dentro de esta revisión se consideraron los artículos científicos, trabajos finales de graduación, políticas e informes existentes, mencionadas anteriormente en el apartado titulado: estado de la cuestión.

### *3.1.1.2. Etapa de diseño*

Durante esta etapa, se determinó el lugar y la población a estudiar, el diseño de investigación, y se eligió el instrumento necesario para recolectar la información. A continuación se detalla cada aspecto:

#### *3.1.1.2.1. Lugar*

Esta investigación se realizó en el Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle, debido a que el servicio que ofrece permitió ubicar a las y los participantes, que por características propias de la situación en la que viven no poseen una residencia propia.

El centro se encuentra ubicado a 350 metros al Norte de la Iglesia La Merced en la provincia de San José, Costa Rica. Es administrado por la Municipalidad de San José y atiende cada noche un total de 102 personas en situación de calle.

El modo de selección es por orden de llegada, teniendo como prioridad las mujeres y las personas adultas mayores. En el momento de saturar la capacidad del lugar cesan los ingresos, pero se determina que aquellas personas que no obtuvieron el servicio, por esa noche, al día siguiente tendrán un espacio garantizado.

No se permite el ingreso de usuarias o usuarios que porten o que se encuentren bajo efectos de drogas legales o ilegales. Además deben de poseer un documento de identidad en óptimas condiciones, ser requisado por parte de las autoridades policiales y registrarse en un expediente institucional.

Según el sitio web oficial de la Municipalidad de San José (2014), esta institución tiene como objetivo general mejorar la calidad de vida de las personas en situación de calle

ofreciéndoles un centro de pernoctación que promueva la dignidad y favorezca las oportunidades de recuperación y reinserción social.

Lo anterior, lo realiza por medio de la prestación del servicio de alojamiento, alimentación, asistencia para la higiene personal y capacitaciones en distintas áreas para mejorar la calidad de vida.

También valora, gestiona y refiere el ingreso de estas personas a cualquier otra institución o servicio que requiera, como por ejemplo: la atención en salud e institucionalización en hogares para personas adultas mayores, centros de desintoxicación, rehabilitación, entre otros.

Cabe mencionar, que este servicio cuenta además con el apoyo de instituciones públicas, organizaciones sin fines de lucro y de empresas privadas que aportan ya sea mano de obra, bienes materiales o capitales económicos para la atención.

#### *3.1.1.2.2. Población, muestra y muestreo*

La presente investigación tuvo como población a las personas que se encuentran en situación de calle. Como ya se mencionó en el marco referencial, esta población se caracteriza por ser excluida socialmente, carente de medios para satisfacer necesidades básicas y no poseen un lugar de residencia propia.

Para elegir el tamaño de la muestra, se siguió con lo recomendado por las y los funcionarios del ICD, al afirmar que un estudio es representativo cuando posee un total de 30 participantes. Por lo cual, esta cifra correspondió al número de personas investigadas.

Con lo que respecta al muestreo, se seleccionó por conveniencia. Esto según Hernández, Fernández y Baptista (2010) quiere decir que se eligieron los casos disponibles a los cuales él y las investigadoras tuvieron acceso.

Lo anterior, fue debido a que este tipo de población es muy cambiante y desafortunadamente de difícil ubicación, por lo que se aprovecharon al máximo aquellos casos que se encontraron disponibles en el centro.

Para definir las personas que participaron en el estudio, se establecieron los criterios de inclusión mencionados a continuación:

***Persona en situación de calle***

Las personas no debían poseer los medios para satisfacer las necesidades básicas (como alimentación, vestido, higiene personal, entre otros). Por otro lado, si realizaba acciones remuneradas, estas debían ser no periódicas, de bajo ingreso y que no superaran la línea de pobreza extrema. No se incluyeron las consideradas como trabajo estable.

Además, debían carecer de residencia propia, viviendo en las calles durante un periodo superior a cuatro meses.

***Persona que consumiera drogas, ya sea legales, ilegales o ambas***

Las personas debían ser consideradas como consumidoras activas de algún tipo de droga, con un periodo de consumo mínimo de cuatro meses.

***Persona mayor de edad***

Según el artículo No. 90 de la Constitución Política de Costa Rica (1949), una persona mayor de edad es aquella que supera los 18 años de vida. Este rango de edad se eligió como criterio de inclusión para que las y los participantes gozaran de todos los derechos que la legislación costarricense estipula.

***Persona que goce de capacidades cognitivas***

El consumo de drogas puede ocasionar alteraciones en el estado mental de las y los participantes, afectando principalmente sus capacidades cognitivas. Por lo tanto,

previamente a la aplicación del instrumento de recolección de información, él y las investigadoras aplicaron el *Mini-Mental State Examination* de Folstein (Ver anexo n. 3).

Para González, Podlech, Ilhe, Uribe y Rodas (2012), este instrumento permite identificar si la persona presenta alguna alteración cognoscitiva, evaluando la orientación espacio-temporal, recuerdo inmediato, atención, memoria, lenguaje y la función visoconstructiva, a través de lo siguiente:

- Orientación: respuesta a interrogantes referentes a la ubicación de lugares y fechas.
- Fijación: repetición ordenada de palabras.
- Atención: repetición de series de números o deletreo de palabras.
- Recuerdo: recuerdo de palabras anteriormente mencionadas.
- Lenguaje: repetición de palabras y la comprensión de órdenes.

Este test se califica por medio de puntos, en donde se le asignó a cada participante un punto a cada acción si la realiza adecuadamente. Luego se ubicaron de acuerdo al puntaje en las categorías propuestas por Folstein (1975, como se cita en González *et al.*, 2012), correspondiendo a:

- 30 puntos: Normal.
- 29 a 24 puntos: Déficit leve
- Menor a 24 puntos: Deterioro cognitivo.

Las personas participantes en el estudio, debieron encontrarse en la categoría que indica que su capacidad cognoscitiva se encuentra normal. Cabe mencionar, que se adecuó

el instrumento a las personas en analfabetismo omitiendo los puntos “d”, “i” y “j”, disminuyendo el puntaje total a 23 para la categoría normal, ya que estos mismos autores afirman que los resultados pueden ser afectados por la educación que posea la persona, por lo que él y las investigadoras consultaron previamente a la persona si se le dificultaba la lectura y la escritura, para no realizar dichas evaluaciones.

Además, él y las investigadoras observaron las conductas que mostraba la persona, según las recomendaciones dadas por Smeltzer, Bare, Hinkle y Cheever (2012) para determinar la coordinación de la capacidad cognoscitiva. Esto involucró la presta de atención en la forma de vestido, arreglo, higiene personal, postura, gestos, movimientos y expresiones faciales, para evitar que la información manifestada fuera entorpecida por los efectos del consumo de drogas.

***Persona que asistiera con regularidad al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle***

Las personas participantes debieron tener una regularidad en la asistencia al centro de al menos dos semanas, lo que permitió a él y las investigadoras asegurar una continuidad para el estudio, y además contar con un lugar específico que fuera óptimo y seguro para la recolección de la información.

***3.1.1.2.3. Diseño metodológico***

La realización de la investigación tuvo un enfoque cualitativo. Rodríguez *et al.* (1999) explican que este “[...] estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas” (p. 32).

Por lo tanto, se eligió este tipo de enfoque porque facilitó la comprensión y brindó significado a las diferentes experiencias de vida que han tenido estas personas al ser una o un habitante de calle consumidor de algún tipo de droga.

Ligado a lo cualitativo, se utilizó un método de tipo biográfico, que de acuerdo a Pujadas (2002) es comprendido como la biografía de una persona, que narra los acontecimientos de vida de los que ha sido protagonista.

Asimismo, Rodríguez *et al.* (1999), manifiestan que este método pretende “[...] mostrar el testimonio subjetivo de una persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia” (p. 57).

A partir de lo anterior, se escogió este método con el fin de conocer las narraciones de vida contadas por las y los mismos participantes, para agrupar los acontecimientos que han experimentado por encontrarse en situación de calle y evidenciar cómo valoran su propia existencia en la sociedad costarricense.

Por otra parte, para recoger los datos de esta investigación se utilizó como técnica los relatos de vida. Según lo manifestado por Pujadas (2000) este término puede ser reconocido con el nombre de relato biográfico, *récit de vie* o *life story*, pero para el presente estudio se optó para referirse a esta técnica de la forma descrita inicialmente.

Desmarais (2010) afirma que los relatos de vida corresponden a una “[...] expresión individual de una cierta porción de la realidad sociocultural, a partir de la conciencia que de ella tiene el sujeto-actor” (p. 33). Igualmente para Pujadas (2002) esta técnica utiliza como fuente de información solamente la narración biográfica que la o el sujeto hace, conservando las peculiaridades lingüísticas que se mencionan.

Con base en lo referido por los autores anteriores, él y las investigadoras recurrieron a los relatos de vida, porque permiten conocer parte de la realidad de vivir en situación de calle a través de la conciencia personal, utilizando como fuente de información las narraciones biográficas, tal y como fueron expresadas.

Cornejo, Mendoza y Rojas (2008) señalan que para utilizar esta técnica, debe existir un tema de investigación y una formulación de preguntas previas que permita centrar los relatos en los acontecimientos de interés. Consecuentemente, él y las investigadoras elaboraron una categorización de unidades de análisis previa para obtener los relatos de vida según los objetivos del estudio.

Y por último, basados en las recomendaciones dadas por Sanz (2005) para efectos de dicho estudio se utilizan relatos de vida múltiples cruzados: múltiples para poseer diferentes informantes que originen representatividad y cruzados para evidenciar que distintas narraciones explican un mismo hallazgo.

#### *3.1.1.2.4. Instrumento de Recolección de Información*

El instrumento de recolección de información, correspondió a una guía de preguntas que diera respuesta a los acontecimientos de vida, de interés para el estudio (Ver Anexo n. 2).

Esta guía fue elaborada a partir de una matriz para obtener las unidades de análisis. Con ello, permitió mantener un eje secuencial y se evitó la redundancia en la narración biográfica. A continuación se presenta dicha matriz:

Tabla 1. Categorización de Unidades de Análisis

Categoría	Sub-categoría	Objetivo	Interrogante
Aspectos social-demográficos de la población en situación de calle según los DSS	Primeros años de vida	Identificar aspectos sociodemográficos relacionados con los primeros años de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuénteme, ¿Dónde nació?</li> <li>• ¿Cómo fueron su niñez y su adolescencia?</li> <li>• ¿Cuáles experiencias considera significativas o traumáticas que vivió durante su infancia o adolescencia?</li> <li>• ¿En qué lugares vivió durante su infancia y adolescencia?</li> <li>• ¿Cómo fueron las casas donde vivían?</li> <li>• Cuénteme ¿Con quién o con quienes vivió en su infancia y adolescencia?</li> <li>• ¿Alguno de ellos o ellas padecía de alguna enfermedad?</li> <li>• ¿Cómo se mantenían?</li> <li>• ¿Durante su niñez o adolescencia padeció alguna enfermedad?</li> <li>• Cuénteme ¿Tuvo la experiencia de vivir en un Centro de Acogida para menores?</li> <li>• ¿Cómo fue su educación?</li> </ul>
	Gradiente social	Identificar aspectos sociodemográficos relacionados con las variaciones en el gradiente social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuénteme ¿Hay más personas en situación de calle en su familia?</li> <li>• ¿Ha mejorado o empeorado su condición económica con el paso del tiempo?</li> </ul>
	Trabajo	Identificar aspectos sociodemográficos relacionados con el trabajo en el transcurso de la vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué ha trabajado a lo largo de su vida?</li> <li>• ¿El dinero que le pagaban satisfacía sus necesidades?</li> <li>• ¿En qué lo utilizaba?</li> </ul>

	Desempleo	Identificar aspectos sociodemográficos relacionados con el desempleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se mantiene?</li> <li>• Su condición de desempleo, ¿Le limita el acceso a algunas necesidades o servicios?</li> </ul>
	Apoyo social	Identificar aspectos sociodemográficos relacionados con el apoyo social que tienen las persona en situación de calle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo está formada su familia actualmente?</li> <li>• Cuénteme, ¿Usted está o ha estado casado/casada o en unión libre?</li> <li>• Cuénteme, ¿Tiene hijos?</li> <li>• ¿Cómo es su relación con ellos?</li> <li>• ¿Su familia lo apoya cuando usted lo necesita?</li> <li>• ¿Cuenta con amigos?</li> <li>• ¿Esos amigos lo apoyan cuando usted lo necesita?</li> <li>• ¿A quién busca en el caso de necesitar ayuda?</li> <li>• ¿Siente o ha sentido apoyo de instituciones públicas o privadas a lo largo de su vida? (Organizaciones No Gubernamentales, políticas, religiosas y/o deportivas), ¿Qué tipo de apoyo?</li> <li>• En este momento, ¿Recibe ayuda económica por parte de alguna institución o de alguna persona?</li> <li>• ¿Ha recibido atención para su problema de dependencia a sustancias?</li> </ul>
	Exclusión social	Identificar los aspectos sociodemográficos relacionados con factores atribuidos a la exclusión social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo siente que lo tratan las demás personas por ser una persona en situación de calle?</li> <li>• ¿Participa en actividades sociales?</li> <li>• ¿Cuál ha sido su experiencia con el sistema salud?</li> <li>• ¿Qué enfermedades padece actualmente?</li> <li>• Si es inmigrante o perteneciente a una raza étnica: ¿Siente que el ser inmigrante le limita el acceso a servicios?</li> <li>• ¿Ha sentido discriminación?</li> </ul>
	Dependencia a sustancias	Identificar aspectos sociodemográficos relacionados con la	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuénteme ¿Algún otro familiar consume drogas?</li> <li>• ¿Sabe si su madre consumió drogas durante el embarazo?</li> <li>• ¿Tuvo amigos o amigas que consumieran algún tipo de droga?</li> </ul>

		drogodependencia como determinante social de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué ha hecho usted para conseguir la droga?</li> <li>• ¿Cómo consigue usted la droga?</li> <li>• ¿Ha recibido seguimiento a su caso luego de egresar del centro de tratamiento?</li> <li>• ¿Cuáles son los motivos por los que ha recaído, después de haber acudido al centro de atención?</li> </ul>
	Alimento	Identificar aspectos sociodemográficos relacionados con la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuántas veces come al día?</li> <li>• ¿Qué alimentos consume?</li> <li>• ¿Dónde y cómo los consigue?</li> <li>• ¿En qué condiciones se los come? (Higiene, preparación y vencimiento de los alimentos, lavado de manos, lugar donde los consume, compañía al comerlos, entre otros.)</li> </ul>
Factores que conducen a la situación de calle	Factores del sistema personal	Determinar factores del sistema personal que han conducido a estas personas a la situación de calle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál fue la situación específica que lo llevo a la situación de calle?</li> <li>• ¿Qué piensa de usted mismo?</li> <li>• ¿Considera que su forma de ser lo influyó a que haya llegado a la situación de calle?</li> </ul>
	Factores del sistema interpersonal	Determinar factores del sistema interpersonal que han conducido a estas personas a la situación de calle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuénteme ¿Alguien ha influido en que usted esté en situación de calle?</li> </ul>
	Factores del sistema social	Determinar factores del sistema social que han conducido a estas personas a la situación de calle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera usted que la pobreza, el desempleo, el rechazo social, su educación, las leyes de Costa Rica o su familia le ha influenciado para que usted se encuentre en situación de calle?</li> </ul>
Consumo de drogas legales e ilegales	Consumo	Identificar las drogas legales e ilegales que han consumido o que consumen las personas en	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Con cuál droga inició su consumo?</li> <li>• ¿Cuáles consumió luego?</li> <li>• ¿Cuáles consume ahora?</li> </ul>

		situación de calle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es su droga de preferencia?</li> <li>• ¿Cuál es la que más usa? ¿Por qué?</li> </ul>
Consecuencias generadas a partir del consumo	Consecuencias del consumo	Determinar consecuencias generadas por el consumo de drogas en la vida de estas personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Usted considera que el consumo de drogas ha tenido efectos positivos en su vida?</li> <li>• ¿Usted considera que el consumo de drogas ha tenido efectos negativos en su vida?</li> <li>• ¿Qué situaciones le causan estrés?</li> <li>• ¿Qué hace ante esas situaciones?</li> </ul>
Barreras que limitan la superación de la situación de calle	Factores del sistema personal, interpersonal y social que limitan la superación de la situación de calle	Identificar factores del sistema personal, interpersonal y social que limitan la superación de la situación de calle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los motivos que le impiden salir la situación de calle?</li> </ul>
Experiencias vividas en la situación de calle	Vivencias de la situación de calle	Reconocer experiencias de vida en las personas en situación de calle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A qué edad comenzó a vivir en situación de calle?</li> <li>• ¿Podría mencionar, algunas experiencias que usted ha vivido por ser una persona en situación de calle?</li> <li>• ¿Cómo es un día suyo en la calle?</li> <li>• ¿Cómo es una noche cuando no está en el centro?</li> <li>• ¿Cuáles son sus principales temores?</li> </ul>

**Fuente: Elaboración propia.** Campos, Gamboa, Morales, Pizarro, Ramírez y Villalobos. (2015). Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014.

De manera que las preguntas fueran de fácil comprensión para las y los participantes y lograran relatos significativos para la investigación, fueron sometidas a un proceso de validación, el cual se realizó a través de tres acciones consecutivas. Inicialmente, se aplicaron las preguntas a un grupo de cinco personas en situación de calle que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos; al finalizar, dichas personas brindaron sugerencias sobre el orden y la comprensión de las mismas.

A continuación, se aplicó el instrumento con las recomendaciones manifestadas anteriormente a otra persona en situación de calle, verificando la funcionalidad de los cambios efectuados. Y por último, cada interrogante fue revisada por un funcionario del ICD y por el encargado del Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. Así, luego de este proceso, se obtuvo un instrumento que contemplaba las modificaciones y recomendaciones dadas, para que fuera apropiado para la recolección de la información.

Por otro lado, él y las investigadoras, antes de la aplicación de la guía de preguntas, realizaron actividades con las personas que acudían al centro para establecer una relación empática, que facilitó la aplicación del instrumento y creó un ambiente de confianza; esto por medio de actividades dinámicas de presentación, participación de tareas propias del lugar y conversaciones de temas de interés con las personas que asistieron.

### **3.1.2. Fase de Trabajo de Campo**

Rodríguez *et al.* (1999) afirma que dentro de esta fase se realizan dos acciones importantes, las cuales corresponden a:

### ***3.1.2.1. Acceso al campo***

Se solicitó el permiso respectivo a las y los encargados del Centro Dormitorio y de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle para realizar la investigación en el lugar. Posteriormente, él y las investigadoras realizaron visitas para familiarizarse con el ambiente y los recursos disponibles.

Después, con la colaboración de las y los funcionarios del centro, se identificaron aquellas personas que de acuerdo a los criterios de inclusión, podían formar parte de la investigación. Luego, él y las investigadoras dialogaron, solicitaron la participación en el estudio, verificaron con cada persona que cumpliera con los criterios preestablecidos y aplicaron del Mini-Mental State Examination. Una vez cumplidos los anteriores requisitos, se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de información.

### ***3.1.2.2. Recogida productiva de datos***

En esta parte de la investigación, se aplicó la guía de preguntas a las 30 personas participantes. Una vez solicitado el permiso correspondiente a cada persona, se procedió a grabar en audio las respuestas dadas, con el fin de que la conversación fuera fluida y la persona se sintiera cómoda.

De la misma manera, la aplicación del instrumento se dio en lugares en los cuales se garantizó privacidad de la o el participante y de la información que suministró al equipo investigador. Además cabe mencionar que según cada caso, se realizaron de una a tres sesiones para completar la narración biográfica.

Para finalizar con esta fase, es importante señalar que durante el acceso al campo y la recogida productiva de datos no se presentaron dificultades, por lo que en todo momento se percibió un ambiente de respeto y empatía.

### **3.1.3. Fase analítica**

Una vez que se obtuvo la narración biográfica de las y los participantes, se inició con el proceso de análisis. Rodríguez *et al.* (1999) mencionan que no existe un método único para llevar a cabo el análisis de los resultados, pero es posible seguir una serie de tareas que son muy comunes en la mayoría de estudios.

Por lo tanto, esta investigación contempla dichas tareas, y a continuación se detallará la forma en que se cumplieron:

#### ***3.1.3.1. Reducción de los datos***

Inicialmente, cada narración biográfica grabada en audio fue trasladada a palabras escritas, conservando las particularidades de la expresión lingüística manifestada por las personas y manteniendo el anonimato de cada participante.

Seguidamente, los relatos de vida contenidos en cada una de las narraciones fueron agrupados en las categorías de análisis propuestas por él y las investigadoras. Para eso él y las investigadoras introdujeron la información transcrita en un programa llamado ATLAS.ti; una herramienta informática que según Abarca y Ruiz (2014) permite la codificación de los datos cualitativos, de acuerdo a las categorías de análisis establecidas, en el cual facilita el manejo del volumen de información de manera cuidadosa.

Por otro lado, y en relación con este proceso, se debe aclarar que aquellos relatos que no contenían temáticas referentes a los objetivos del estudio, no fueron contemplados en la investigación.

### ***3.1.3.2. Disposición y transformación de los datos***

Para obtener la información, fue necesario presentar los datos de manera ordenada, por lo que gracias al programa informático, se concretaron las respuestas de las personas según cada categoría de análisis.

### ***3.1.3.3. Obtención de resultados***

Durante esta etapa, se utilizó cada categoría para valorar la reiteración de relatos entre las distintas narraciones biográficas y determinar los hallazgos significativos de la investigación, siendo presentados a través de textos estructurados. Cada texto siguió lo recomendado por Rodríguez *et al.* (1999), al sugerir que deben brindar la explicación, la comprensión y el conocimiento de la realidad estudiada.

Así, se pretendió mostrar las experiencias de vida por medio de su descripción, la reiteración y la confrontación teórica, en contraste con el marco referencial elaborado con anterioridad.

### ***3.1.3.4. Verificación de Conclusiones***

La obtención de las conclusiones correspondió a una inferencia realizada por él y las investigadoras, lograda a partir de los resultados obtenidos confrontados con el marco referencial, a partir de la cual se extrajeron afirmaciones, basadas en la realidad social en la que se encontraban inmersas las personas en estudio.

#### **3.1.4. Fase informativa**

Para divulgar los resultados de la investigación, se elaboró este informe escrito dando respuesta a los objetivos propuestos, de manera que se pretendió contribuir con la sociedad costarricense en el conocimiento de dicha temática.

### **3.2. Criterios de rigor**

Para obtener un trabajo de calidad y que fuera confiable, esta investigación cumplió con los requisitos propuestos por Hernández *et al.* (2010) para otorgarle su validez. A continuación se menciona cada uno de ellos:

#### **3.2.1. Dependencia**

Se cumplió cuando él y las investigadoras recolectaron datos similares, respetando rigurosamente el procedimiento metodológico establecido. Además todas las narraciones biográficas fueron codificadas y analizadas bajo las mismas categorías, generando resultados congruentes y similares.

Igualmente, se aseguró que la investigación previamente tuviera un marco referencial que sirviera como criterio para la recolección de datos y el análisis, un diseño metodológico definido, un contexto específico, la documentación completa para cada intervención, y que las y los participantes completaran la guía de preguntas.

#### **3.2.2. Credibilidad**

Esta se obtuvo principalmente por medio de:

***a. Compromiso:***

Las y los participantes recibieron un trato igualitario. Además, él y las investigadoras tomaron una posición neutral para evitar influir en las respuestas brindadas, aclarando cada interrogante si no fue comprendida y confrontando los hechos cuando no concordaban.

Además, la permanencia de él y las investigadores en el campo fue solamente durante el tiempo determinado previamente, esto con el fin de obtener la información completa y sin apresurar al informante, pero evitando influir de manera negativa en las actividades preestablecidas en el lugar.

***b. Triangulación:***

Picado (2006) menciona que la triangulación examina la información obtenida desde diversos ángulos, con el fin de compararla y contrastarla; de esta manera se lograrán resultados que involucren interrelación de distintas visiones y la generación de credibilidad en los argumentos encontrados en la investigación.

Entonces, con la triangulación se logró comparar los resultados, disminuyendo la posibilidad de malas interpretaciones, y permitió visualizar desde diferentes enfoques los hallazgos en el campo, dando validación y facilidad para la comprensión.

Diversos autores (Picado, 2006 y Hernández *et al.*, 2010) mencionan varios tipos de triangulación, pero para efectos de esta investigación se ejecutaron dos triangulaciones.

La primera, fue la triangulación teórica, la cual implicó la utilización de diferentes teorías o referencias para generar un criterio homogéneo y teórico en el grupo investigativo (Ver ilustración 1).

### Ilustración 1. Triangulación Teórica.



**Fuente: Elaboración propia.** Campos, Gamboa, Morales, Pizarro, Ramírez y Villalobos. (2015). Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014.

Con este tipo de triangulación se tomaron diferentes perspectivas para valorar las experiencias de vida de esta población, además con ello, los hallazgos obtuvieron una confrontación y respaldo teórico.

La segunda triangulación fue la proveniente de informantes claves, la cual consistió en someter en primera instancia los resultados obtenidos de las narraciones biográficas a criterios de personas con experiencia en el campo.

Lo anterior fue logrado por él y las investigadoras por medio de un foro al que fueron invitadas personas con experiencia en la temática, entre los que se contaron funcionarias y funcionarios del ICD, trabajadoras sociales y personal administrativo del Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas en Situación de Calle, y docentes de

la Escuela de Enfermería de la UCR. Todas las personas que se mencionaron anteriormente, se caracterizaban por ser especialistas en las perspectivas que conformaban la triangulación teórica.

Por lo tanto, en dicho foro se expusieron la justificación, el marco referencial, la metodología y los resultados de la investigación, de manera que las y los invitados se empaparan del contenido y pudieran realizar recomendaciones para el fortalecimiento del estudio y la realización de un análisis crítico y respaldado.

***c. Saturación:***

La saturación corresponde a la “reunión de un número suficiente de evidencias que garantizan la credibilidad de la investigación” (Hernández y Opazo, 2010, p. 9). Él y las investigadoras lograron esta saturación cuando detectaron la repetición de relatos dentro de cada categoría, por lo cual la información recolectada no aportaba más hallazgos.

***d. Transferencia:***

Diversos autores establecen que este criterio se logra cuando el conocimiento obtenido puede ser utilizado en otras investigaciones. Por lo tanto, el grupo investigativo insta a las y los investigadores interesados a que utilicen este estudio como referencia para investigaciones posteriores.

***e. Confirmación:***

Este apartado se cumple cuando se evitan los sesgos de información, al recopilar todos los datos a partir de la fuente primaria. En este caso, él y las investigadoras transcribieron estrictamente las narraciones biográficas que fueron expresadas de manera

oral por las y los participantes (respetando su forma de expresión). Esto con el fin de utilizar este documento escrito como fuente primaria de información.

### **3.3. Consideraciones éticas**

Para la participación en el presente estudio, cada persona dio su aprobación para formar parte de la investigación por medio de un consentimiento informado (Ver anexo n. 1). Dicho documento tomó en consideración lo manifestado por la OPS (2008), al afirmar que las y los participantes deben conocer el propósito de la investigación, los procedimientos a realizar, la descripción de los beneficios-riesgos, las garantías de confidencialidad-anonimato y el aseguramiento de la participación voluntaria.

El consentimiento informado estuvo basado en los tres principios éticos: autonomía, beneficencia, y justicia. Laguna, Caballero, Lewis, Mazuera, Salamanca, Daza y Fourzali (2007) afirman que el principio de autonomía radica en la posibilidad de que a cada persona le sea otorgado tiempo, y oportunidad para decidir. El de beneficencia permite asegurar el bienestar, maximizando los beneficios y minimizado los riesgos. Y el de justicia, que plantea la interrogante de quién debe cargar con los riesgos del estudio y quien debe recibir sus beneficios.

Dichos aspectos fueron respetados y garantizados por el equipo investigativo, en beneficio de las y los partícipes, durante todo este proceso. Por otro lado, cabe resaltar que todas las acciones propuestas en este apartado fueron aprobados de manera previa a su aplicación por la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Enfermería de la UCR

## **Capítulo IV: Análisis de los resultados**

En el presente apartado se encuentran los resultados y el análisis de las unidades establecidas. Con el fin de facilitar su lectura y comprensión, se adjunta en el Anexo No. 4, una guía que oriente a la o el lector durante la revisión de los contenidos.

Inicialmente, se debe mencionar que la muestra fue conformada por 27 hombres y tres mujeres (aclarando que uno de los participantes se identificó con el género femenino), cuyo rango de edades fue comprendido entre los 23 años a los 71 años.

La mayoría de las personas eran de nacionalidad costarricense, a excepción de cuatro personas (un panameño y tres nicaragüenses), con estados civiles variables, predominando el estado de soltería (19 personas), seguido por el de divorciado (seis personas), casado (dos personas), separado (dos personas) y viudez (una persona).

Por último, según referencias de las y los mismos participantes, existieron 17 casos de personas con seguro social, 11 personas no aseguradas y dos personas que no sabían.

### **4.1. Caracterizar a la población en situación de calle según los DSS**

Con base en el primer objetivo de la investigación, se estudiaron las características de las personas en situación de calle participantes. Dichas características hacen referencia a los DSS, que han incidido a lo largo de la vida de las personas; con ello se valoran también las consecuencias que estos determinantes han tenido o posiblemente tendrán sobre el desarrollo de las y los individuos.

La importancia del presente apartado radica en la injerencia que puede generar sobre las políticas públicas que se elaboren a favor de mejorar las condiciones, que

eventualmente influyan en la población costarricense. En efecto, como menciona la OMS (2003) “La historia reciente de la salud pública puede mostrar ejemplos de una falta de acción inexcusable, incluso cuando los hechos son claros” (p. 4). De ahí, es que se caracterizó a la población según las vivencias en los primeros años de sus vidas, el gradiente social al que han estado expuestos, sus experiencias de trabajo y desempleo, el apoyo y la exclusión social con que cuentan o han vivido, la dependencia a sustancias que padecen y sus estándares de alimentación.

A continuación, se detalla la caracterización según los DSS de la población en situación de calle estudiada, aclarando que se adjunta en el Anexo No. 5, una tabla con el número de total de personas que poseían dichas características.

#### **4.1.1. Primeros años de vida de las personas en situación de calle**

Se analizaron las condiciones de los primeros años de vida de la población estudiada bajo el entendido de que “[...] un buen comienzo en la vida significa apoyar a las madres y a los niños y niñas: el desarrollo temprano y la educación ejercen un impacto sobre la salud que dura toda la vida” (OMS, 2003, p. 4). Es decir, la influencia de las condiciones sociales sobre el desarrollo de un ser humano, es considerable desde que el mismo está en el vientre materno. De ahí que a continuación, se abordan las características de los primeros años de vida de los y las participantes, desde que están en el vientre materno hasta su socialización secundaria.

#### *4.1.1.1. Características socioeconómicas durante el periodo de embarazo materno y el nacimiento*

La pobreza durante el embarazo puede causar que el feto no se desarrolle en un nivel óptimo debido a diferentes circunstancias; una de ellas, es la mayor probabilidad de que la madre fume o abuse de las drogas y el alcohol (Wilkinson y Marmot, 2003). Entre las personas que colaboraron con la investigación, se relata haber tenido madres drogodependientes, de las cuales hubo quienes consumieron durante el embarazo. Uno de los participantes, al referirse sobre si su madre consumió drogas durante su gestación, menciona lo siguiente:

Sí, ella era adicta a el crack, cocaína, marihuana, duró muchos años, ella después me regaló, ella me regaló a una tía, ella digamos, en su adicción no podía estar conmigo, vivir conmigo, entonces una tía, [...] ellos me recogieron y me adoptaron.  
(Participante n. 24, 2014)

Así, el relato anterior hace referencia a cómo la drogodependencia durante el embarazo materno tuvo una importante consecuencia negativa en la vida del participante, como lo es la desvinculación madre-hijo. Otras circunstancias que influyen a modo de DSS en los primeros años de vida del ser humano son, por ejemplo, las carencias en la nutrición durante el embarazo materno, el estrés maternal durante el embarazo, la falta de ejercicio o la atención prenatal insuficiente (Wilkinson y Marmot, 2003).

Al respecto, un participante menciona que como consecuencia del consumo de tabaco y las condiciones de pobreza durante el embarazo de su madre, ella sufrió varias amenazas de aborto y le “inyectaron hormonas femeninas” para detener el sangrado. Ello, según relata el sujeto, influyó en su orientación sexual y de género; y debido a dicha

orientación, a los 14 años sufrió el rechazo y la exclusión por parte de su familia, lo que lo llevó a exponerse a situaciones de peligro siendo aún menor de edad (Participante n. 8, 2014).

Otro participante de la investigación, indicó que como consecuencia del consumo de drogas de parte de su madre durante el embarazo, él nació prematuramente (cincomesino) y sufrió abandono materno, según lo cual relata:

Supuestamente, mi abuela me contó que la hija de ella, mi mamá, tomaba pastillas, estupefacientes o esas cosas, para abortarme, pero Dios no lo permitió, pero igual nací mal, tuvieron que reconstruirme partes y estuve como diez meses en una incubadora. (Participante n. 18, 2014)

El anterior relato recalca, como último ejemplo, el hecho de que las malas condiciones sociales en el embarazo significan para el ser humano un determinante de la calidad de vida que tendrá en un futuro. Sin embargo, aparte de los tres casos antes referidos, varias personas participantes aseguraron que su madre, ya sea que del todo no consumió sustancias durante el embarazo, o bien no creen que ella consumiera; y la minoría aseguró no saber sobre las condiciones de embarazo maternas.

Analizando las condiciones del nacimiento de las personas participantes, cabe mencionar la diferencia que hace la OPS (2009a) entre las circunstancias en que se puede llevar a cabo un parto:

En América Latina y el Caribe [ALC] existen desigualdades considerables entre los países y dentro de ellos. Las poblaciones urbanas y rurales más pobres y, de éstas, los pueblos indígenas y las comunidades de ascendencia africana, tienen tasas de alfabetización inferiores, menos acceso a la infraestructura básica y cobertura

insuficiente de los servicios esenciales de salud de la madre, el recién nacido y el niño. (p. 7)

La población en estudio, según sus narraciones biográficas, nació en su gran mayoría en hospitales ubicados en zonas urbanas cercanas al lugar de residencia. Esto indica que la mayoría de ellos y ellas tuvieron acceso tanto al sistema nacional de vacunas como a los protocolos de atención intra-hospitalaria vigentes en la época de cada nacimiento (OPS, 2009a).

También, dentro la población en estudio, hubo al menos tres relatos que hicieron énfasis en la condición de pobreza en la que se dio el nacimiento, algunos de los cuales aludieron que el parto se dio en el hogar, esto debido a la dificultad de acceso a la atención médica relacionada con las barreras físicas entre el hogar y el centro de salud. Al respecto, la OMS (2009) manifiesta que las tasas de mortalidad neonatal son más altas cuando los partos se dan en el hogar, ya que estos no están bajo supervisión de personal capacitado para valorar las complicaciones que tenga el parto y la intervención hacia las mismas es inoportuna o nula.

Es decir, que las y los participantes que sufrieron condiciones adversas durante su nacimiento, se vieron expuestos a situaciones que pudieron afectar su desarrollo el resto de su vida, significando un determinante para su salud.

En la presente investigación se mencionaron lugares de nacimiento en el área urbana, como Cartago, Heredia y San José; al igual que en algunas áreas rurales de Guanacaste, Naranjo, Turrialba, Puntarenas, entre otras. En ambos extremos (rural y urbano) hay existencia de hospitales y centros de atención de diferentes categorías, pero en general, todas las áreas manejan un servicio de primer nivel de atención, lo que lleva al

supuesto de que las madres de los y las participantes debieron haber tenido acceso a la atención de salud durante sus partos, eso si el servicio de aquellos centros era eficiente en promover la salud de la población (CCSS, 2003). En efecto, en las 30 narraciones no hubo referencia de muerte materna asociada a las condiciones perinatales.

También, hubo participantes que nacieron en zonas rurales en el extranjero, y particularmente dos que nacieron en Nicaragua en período de guerra. El sobrellevar condiciones de guerra, con los riesgos que ello implica, determina efectos negativos, nocivos y absolutamente malignos sobre los niños y niñas sujetos de derecho (Pachón, 2009).

#### ***4.1.1.2. Zonas de residencia durante la infancia***

En este apartado se realizó una revisión de las zonas habitadas durante la infancia por las personas en situación de calle participantes, a fin de determinar si se vieron expuestos a condiciones socioeconómicas adversas que pudiesen determinar su salud.

Según lo explica la OPS (2007) “[...] tres de los numerosos factores críticos determinantes de las desigualdades de salud en los lactantes y los niños son el grupo étnico, la ubicación geográfica y la educación” (p. 14). A raíz de lo mismo, se determinaron las zonas de residencia durante la infancia de los y las participantes.

Por una parte se relataron, zonas rurales ya sean de fácil acceso como Puriscal o difícil acceso como Río Jiménez de Guácimo. Al respecto, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2012) afirma que realizando una comparación, a pesar de tener cerca los servicios básicos y de salud, los niños y niñas que crecen en entornos urbanos pobres enfrentan considerables riesgos para su salud y que en algunos casos, esos riesgos son mayores que los que encaran los niños y las niñas en las zonas rurales. Es decir, que

para este estudio se puede aseverar que quienes están en mayor riesgo de vivir condiciones sociales y de salud desfavorable en su adultez, son aquellos niños y niñas que crecen en zonas urbanas pobres.

Por lo demás, hubo quienes expresaron que migraron hacia otras zonas rurales o zonas urbanas de acuerdo a las diferentes circunstancias familiares. Al respecto, la OPS (2007) indica que las migraciones constituyen componentes poblacionales que contribuyen a generar desigualdades, esto por cómo las personas salen de sus territorios y la forma en que se mueven dentro de ellos. Esta circunstancia, mencionan, tiene consecuencias importantes en el bienestar, y en el campo de la salud puede tener efectos negativos tanto para las y los que migran como para quienes no lo hacen.

En cuanto a lo anterior, un participante narra: “Ya cuando me pasé a vivir a San José, yo ya llegué a segundo grado de la escuela, ya tuve un ambiente diferente, estaba en la ciudad...” (Participante n. 9, 2014). Él describe cómo el traslado de la familia desde una zona rural hacia San José marcó su infancia y determinó el resto de su vida:

Si claro, porque el ambiente que se vivía era así. Eh, cuando mi papá nos llevó al puro frente del paso de la vaca [San José], al frente había un prostíbulo, al lado derecho había los bares, al lado izquierdo había un motel que recibía a los famosos homosexuales, los travestis. Entonces yo crecí rodeado de ese tipo de cosas, de ese ambiente. Y mis compañeros tenían papás que eran maleantes, eran ladrones, y las mamás de ellos eran... No todos ellos verdad pero, las mamás de unos eran prostitutas, y otras eran traficantes, ¿verdad? Entonces yo me crie en ese ambiente. (Participante n. 9, 2014)

Si bien el entorno violento en el que estuvo inmerso el participante marcó su vida, su salud se vio determinada por las condiciones en las que vivió cuando aún habitaba con su familia en una zona rural, esto por el difícil acceso a servicios de salud:

En [...] Santo Domingo de Heredia hasta los seis años, pero como yo padecía y padezco pero ahora ya me siento mucho mejor, tengo, yo soy asmático crónico, es decir me ponía morado, porque me ahogaba, entonces mi papá me trasladaba desde Santo Domingo de Heredia hasta el hospital, le salía muy caro a él, porque los transportes de ahora no existían antes [...] (Participante n. 9, 2014)

Él menciona condiciones de vivienda que a su vez pudieron influir en su situación de salud o determinar las de la adultez: “[...] la casa era de madera [...] Una casa llena de hendijas, y llena de alacranes, y entraba frío” (Participante n. 9, 2014). La situación del participante la explica claramente la UNICEF (2012) en la siguiente cita:

Hay pruebas de que más niños carecen de vivienda y servicios de saneamiento que de alimento, educación y atención de la salud; y de que el saneamiento deficiente, la falta de ventilación, el hacinamiento y la poca luz natural que es común en los hogares de los pobres que residen en las ciudades son responsables de las enfermedades infantiles crónicas. (p. 14)

También, siguiendo el relato del participante, cabe nombrar a la OPS (2007) quien afirma que las desventajas sociales y económicas en las zonas rurales y en los centros de población más pequeños han llevado a las personas a emigrar hacia las zonas urbanas en busca de empleo y mejores condiciones de vida. Ello, representa la historia familiar del

sujeto, quienes migraron de una zona rural de difícil acceso a una urbana en donde a los niños y niñas les rodeaba la violencia.

Por otro lado, hubo quienes relataron haber habitado en zonas urbanas durante toda su vida; como por ejemplo Tres Ríos de Cartago; y urbano marginales como La Peregrina en La Uruca de San José. Al respecto, la OMS (2008a) expone que “[...] aunque por término medio, los valores de los indicadores sanitarios son mejores en las ciudades que en las zonas rurales, la enorme estratificación social y económica en las zonas urbanas da lugar a grandes inequidades en salud” (p. 8). Entonces, la OMS (2008a) concuerda claramente con lo afirmado por la UNICEF (2012), citado anteriormente.

Para hacer más categórica esta afirmación, cabe mencionar a la UNICEF (2012) cuando recalca que:

En muchos países, los niños pobres de las zonas urbanas están en condiciones similares, o peores, que los niños pobres de las zonas rurales, desde los puntos de vista de la proporción entre estatura y peso y la mortalidad entre los menores de 5 años. (p. 5)

A su vez, varios de los y las participantes expresaron que durante su infancia habitaron en tres o más lugares, siendo todos de riesgo social; uno de los participantes con la investigación, señaló lo siguiente:

Diay a mí me anduvieron en todo lado, como en cuarterías, me entiende, mi mamá, mi papá, alquilaban así, en cuartillos, a lo que me contaron, ellos vivían juntos, vivimos en Barrio Cuba, después en Tibás, Heredia, Aserrí, por todo lado [...] (Participante n. 24, 2014)

El anterior relato hace referencia a vivir en cuarterías, las cuales son representativas de barrios tipo tugurio o precario. Los mismos son descritos por la OMS (2008a) como “[...] lugares con viviendas precarias, sin suficiente superficie habitable, sin acceso a agua salubre y servicios de saneamiento, y sin seguridad en la tenencia” (p. 8). La misma cita indica que al vivir en esas condiciones, las personas están más expuestas a sufrir incendios, inundaciones, deslizamiento de tierras, a la contaminación, accidentes, peligros en el trabajo y la violencia urbana. Lo anterior, lleva a entender las condiciones en las que se vio inmersa está la población participante durante su infancia.

Por otro lado, muchas veces los múltiples cambios de residencia de los y las participantes estuvieron sujetos a abandono familiar. Se entiende por concepto de abandono o negligencia infantil la situación de desprotección donde “[...] las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad donde convive el menor” (Moreno, 2002, p. 1).

Se puede resaltar el caso de un participante que habitó hasta los nueve años en Cinco Esquinas de Tibás con su madrina, en una casa que él describe como muy pobre y de madera; luego vivió en un centro de acogida del PANI y a los diez años fue reubicado junto con sus hermanos en Limón, a cargo de una tía que los maltrataba. Finalmente, a sus once años fue llevado a Cristo Rey en San José para vivir en una casa alquilada por el padre de uno de sus hermanos (Participante n. 27, 2014).

El relato anterior contrasta en cierta medida con el Código de la Familia (2011) en Costa Rica, ya que este dice en su artículo 161 que un menor de edad que pase a ser

custodiado por el PANI, debe consignarse en adopción en una institución, familia o con una persona idónea, lo cual sucedió de manera contraria en el caso del participante.

Retomando, las condiciones sociales en las que se desarrolla la infancia determinan la calidad de vida que se tenga durante la niñez. Al respecto, una de las personas de origen nicaragüense dice:

En el sentido de pobreza muy mal, económicamente por el sistema de vida del país, había guerra y eso de dolores, correr, huir, cambiar de un pueblo para otro, porque si estábamos aquí nos mataban si estábamos allá pues también, entonces había que estar huyendo en ese tiempo, en esa época de mi infancia que yo me acuerde.

(Participante n. 11, 2014)

Según Pachón (2009), el resultado de las experiencias de guerra muestran cómo las y los niños que crecen sin lazos familiares sólidos, con los valores e ideales de la guerra y con la experticia en el manejo de armas y las estrategias militares, no logran construir un nuevo proyecto de vida e insertarse en la vida civil de sus sociedades. Además, agrega que la delincuencia incrementa con delincuentes jóvenes y experimentados.

Por último, existieron casos para esta investigación en los que se carecía de un hogar y acogimiento en la niñez. Un participante describe que vivió: “En las calles, si en las calles ahí por Barrio Los Ángeles, ahí fue donde yo andaba oliendo cemento y ese fue mi barrio cuando yo era un mocoso” (Participante n. 27, 2014). Al respecto, la UNICEF (2010) sugiere que “En América Latina, del total de niños en pobreza extrema, alrededor del 43% pertenece a hogares cuyos ingresos son potencialmente insuficientes para satisfacer las necesidades alimentarias, es decir, que se encuentran en situación de indigencia” (p. 8).

En otro relato el participante menciona:

Cuando yo me escape me fui para Puntarenas, y me quede ahí, lo que me saliera, fue cuando una señora que trabaja en no sé qué, me vio tarde que andaba en las calles y me preguntó qué andaba haciendo tan tarde en las calles y le digo yo “me escapé de la casa y tengo miedo”, entonces me dijo “venga móntese”, “pero no me lleve con mi mamá porque tengo miedo que me pegue”. Yo tenía miedo, amanecí, hablamos, y me dio plata para venirme, fue cuando me vine y empecé oler cemento, por medio de mi hermano; él olía [...] (Participante n. 27, 2014)

Con respecto al relato anterior, Makowski (2010) manifiesta que existe una importante asociación entre la inseguridad de los entornos en los que viven los niños, niñas, adolescentes y jóvenes y el uso de drogas, y lo mismo también lo relaciona con el “narcomenudeo”, es decir los niños y niñas que mendigan en las calles como mecanismo para mantener el consumo.

Finalmente, y como se valoró en la mayoría de los relatos, en las zonas de residencia durante la infancia hubo una fuerte tendencia de las y los participantes hacia zonas de residencia que implican haber experimentado condiciones de pobreza y la marginación en los primeros años de vida.

#### ***4.1.1.3. Antecedentes patológicos personales durante la infancia***

Con respecto a las patologías presentadas durante los primeros años de vida de las personas participantes, alrededor de 13 personas dijeron no haber padecido alguna enfermedad importante. En suma, cinco personas dijeron haber padecido asma, y otras hablaron de convulsiones, o que estuvieron internados por cirugías.

Respecto a las enfermedades en la infancia vistas como determinante social de la salud futura, la UNICEF (2012) en el Estado Mundial de la Infancia, determina que “La insuficiencia de los servicios de agua potable y saneamiento aumenta el riesgo de enfermedades, desnutrición y muerte entre los niños” (p. 4). Es decir, que aquellos participantes que vivieron su infancia con dificultad de acceso a los servicios básicos, están más expuestos a enfermedades que aquellos que vivieron de manera más acomodada, tema que se ahondará en el apartado de este capítulo que caracteriza a la población participante según su gradiente social.

Luego, es posible inferir por los relatos de los y las participantes, que muchos de ellos presentaron síntomas de trastornos depresivos. Al respecto se rescata el siguiente relato:

[...] cuando yo me di cuenta que mi madre, era una adicta, una piedrera, que vivía en las calles, todo eso me tiró a la borda, yo me di cuenta de eso como a los 12, 13 años, entonces fue cuando ahí perdí, fue un choque emocional fuerte, yo me acuerdo que después de ahí no era el mismo de antes, lloraba, lloraba solo, perdí el sentido de la vida, este, este, choques, problemas conmigo mismo [...] (Participante n. 26, 2014)

Como lo evidencia el relato del participante, los factores familiares pueden ser uno de los detonantes para el primer contacto con las drogas, y que los hábitos y los conflictos que el niño o la niña vayan experimentando pueden contribuir para una introducción a las costumbres y prácticas sociales (Ramírez y Andrade, 2005).

También, la UNICEF (2012) afirma que “[...] los problemas de salud mental durante la infancia y la adolescencia pueden afectar seriamente el crecimiento y el desarrollo, el

rendimiento escolar y las relaciones familiares y entre pares, además de incrementar el riesgo de suicidio” (p. 24). Efectivamente, como el sujeto lo expone, el choque emocional que sufrió en su infancia le trajo consecuencias emocionales a lo largo de su vida.

#### *4.1.1.4. Antecedentes patológicos del entorno de los y las participantes durante su infancia*

La UNICEF (2012), en el Estado Mundial de la Infancia, menciona que la pobreza, el alcoholismo, la disfuncionalidad familiar, el uso indebido de drogas, el abuso sexual y la violencia doméstica, aumentan la vulnerabilidad infantil; y que los y las que se encuentran des-escolarizados, en las calles o internos en instituciones, también están en alto riesgo.

Respecto a ello, como hallazgo entre los y las participantes se obtuvo que la patología más frecuente entre sus familiares es el alcoholismo, generalmente relacionado a la figura paterna; lo cual según la bibliografía, corresponde a un patrón social de consumo de las poblaciones, en el que la figura masculina tiene más relación con el consumo de sustancias que la femenina (Herrera y Arena, 2010).

Sin embargo, algunos relatos sugirieron cómo el alcoholismo era característico en la figura materna, y otros que formaba parte de la dinámica familiar, ya que varios integrantes de la familia consumían; incluso, un relato recalca que el padrastro consumía licor y que el participante “[...] siguió el mismo camino” (Participante n. 30, 2014).

Entonces, se evidencia cómo la vulnerabilidad a la que eran expuestos con el alcoholismo los y las participantes, como lo mencionan los autores, tuvo consecuencias negativas en la vida de los mismos en su adultez.

Asimismo, el alcoholismo era acompañado de consumo de tabaco, lo cual igualmente describen que significó un ejemplo para ellos y ellas. Al respecto una persona

narra: “Este yo... Él me decía que le botara las colillas y yo me las fumaba [risas], desde los nueve años” (Participante n. 3, 2014). Por lo que es pertinente citar:

El modelado ejercido por los padres y su importancia, tiene su fundamento en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1984) quien mantiene que la observación directa y el modelado de un comportamiento por parte de las personas más cercanas al sujeto es el proceso esencial para adquirir tal comportamiento. Esta influencia se ejerce de forma directa, observando a los padres en su consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias y de forma indirecta, a través de la transmisión de actitudes y valores más o menos permisivos con respecto al consumo. (Laespeda, Iraurgi y Arístegui, 2004, p. 25)

Lo anterior lleva a entender por qué eventualmente muchos de los y las participantes se volcaron a la drogodependencia, entendiendo que vieron el consumo como parte de su día a día en su infancia. Otro relato que refleja la teoría del aprendizaje social antes mencionada, es:

[...] mi tío si consumía droga, pero cuando él consumía esas drogas, yo las compraba para él, no me afectaba, esas drogas para mí, vainas, cualquier cochinada, me interesaba la marihuana, piedras y eso que él consumía, pero él siempre guardaba su privacidad [...] (Participante n. 19, 2014)

Como en el relato anterior, hubo más participantes que destacaron el consumo de sustancias por parte de abuelos, abuelas, tíos y tías, siendo dichos familiares quienes tuvieron la custodia de los y las participantes durante la infancia. En relación a ello, Laespeda, Iraurgi y Arístegui (2004) determinan que “El consumo habitual de drogas

vendrá determinado por el consumo en la familia, en los amigos, por el malestar emocional del propio sujeto y su déficit en habilidades de afrontamiento adaptativas” (p. 34).

En efecto, existieron relatos que afirmaron haberse sentido mal ante el consumo de sus familiares en frente de ellos o ellas; hubo otros sujetos que dijeron que les era indiferente que consumieran, a excepción de cuando se expresaban con agresiones y violencia.

Un participante indicó al respecto: “Se iba y regresaba a media noche [el padre], ya sabíamos que si no regresaba a la media noche, ya sabíamos que andaba tomando y teníamos que esconder todo, cuchillos” (Participante n. 11, 2014). Otro relato describe cómo el alcoholismo del padre llevó a la madre a ceder la custodia de él y los hermanos ya que la situación en el hogar se volvió insostenible (Participante n. 4, 2014). A propósito, la bibliografía muestra que:

La conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza para la resolución de conflictos personales, surge cuando existe un desequilibrio de poder, permanente o momentáneo, en el cual se establece una relación de abuso. Por medio de ese tipo de conducta se busca someter, doblegar o subordinar al otro miembro de la relación, ocasionándole daño físico, psíquico, económico, social y/o sexual. (Herrera y Arena, 2010, p. 559)

Así, se evidencia cómo en el caso de los y las participantes en los que en sus hogares vivieron violencia doméstica a costa del consumo de sustancias, esta se dio por el abuso de la posición de poder que tenían los progenitores ante los hijos o hijas.

Hubo relatos que evidenciaron consumo de drogas como marihuana, cocaína o crack por parte del padre, ante lo cual una participante refirió que como ella no tenía

relación afectiva con su padre, el hecho de que él fuese drogodependiente no le afectaba emocionalmente (Participante n. 7, 2014). Otras personas manifestaron que la madre consumía drogas como tabaco, marihuana, cocaína o crack, pero en dichos casos los y las participantes se mostraron más sensibles ante la situación.

La OMS (2014) hace clara referencia a la relación que existe entre el consumo de sustancias como el alcohol y el abandono infantil. En efecto, se recalca que en las zonas urbanas donde existe mayor venta de alcohol, existe a su vez mayor número de abandonos. En lo que se refleja lo vivido por el sujeto anteriormente mencionado.

También relacionado a la cita anterior, está el relato de un participante donde expresa que él y sus hermanos comenzaron consumiendo tabaco, y posterior a esto marihuana. Él, particularmente indica que el alcoholismo de la madre lo condujo luego a la situación de calle (Participante n. 1, 2014). En el caso de esta persona, no sólo él era quien vivió abandono por parte de sus progenitores, sino que sus hermanos sufrieron por lo mismo. Igualmente, más participes hicieron hincapié en el consumo por parte de los hermanos de sustancias como tabaco, marihuana, alcohol y crack.

Asimismo, hubo casos en los que la persona presentaba un mayor riesgo de caer en la drogodependencia, debido a que su familia era consumidora y vendedora de drogas a la vez; un sujeto participante indicó:

Sinceramente, casi toda mi familia por parte de mi mamá, todos, todos, vendedores de droga, todos mis tíos, están en la reforma, mis primos venden droga. Hace poco me mataron a mi primo, en la Rita [comunidad de la provincia de Limón] le pegaron un balazo, él era narco y lo llevaban en carro. Por parte de mi tata, todos son tranquilos, bueno mi tata que es alcohólico, pero si son mañosos, porque han robado platas, mucha plata. (Participante n. 29, 2014)

En el relato anterior, se determina que la familia del sujeto subsistía de la venta de drogas. Hoy en día estas familias son conocidas como “narco familias”, las cuales según Chirino (2013) son familias pobres que viven bajo el límite de la pobreza y que subsisten vendiendo pequeñas cantidades de drogas a personas en zonas marginales. Familias de este tipo, exponen a la niñez al consumo y a la venta, pudiendo darse el fenómeno de aprendizaje de conductas antes mencionado.

#### ***4.1.1.5. Características de la socialización primaria***

Se entiende como socialización al proceso complementario a la institucionalización. Es decir que para que las instituciones mantengan su vigencia deben ser asumidas por los nuevos miembros de la sociedad. La socialización primaria comprende la primera fase de la socialización de una persona, y es donde el niño o la niña adquieren capacidad de actuación y modelos de relevancia y lenguaje, en la mayoría de los casos de la familia (Laborí y Tezarón, 2009).

El presente apartado hace referencia a los factores que han influido en la relación de los y las participantes con sus familiares, y cómo ello interfirió con el desarrollo de sus vidas. Según la UNICEF (2012):

La protección ideal, aunque inalcanzable para muchísimos niños y niñas, consiste en una unidad familiar estable, caracterizada por la solidez de los lazos afectivos entre los hijos y los progenitores, y por el uso de métodos de disciplina no violentos. Un contexto de esta naturaleza ayuda a aislar a los niños de la dura realidad urbana, permitiéndoles recuperarse mejor de los traumas psicológicos cuando han sido víctimas de la violencia. (p. 45)

Entonces, se abordaran tanto los tipos de familia en los que los y las participantes vivieron y la relación que mantenían con sus integrantes, haciendo énfasis en los numerosos casos de violencia intrafamiliar que fueron descritos.

### *a. Tipos de familia*

Para el análisis de la socialización primaria de las personas participantes, se van a categorizar según tipos de familia en los cuales ellas y ellos estuvieron inmersos en su infancia, esto ya que permite comprender las experiencias de los primeros de vida de una forma universal, y así caracterizar a la población según la influencia de la socialización primaria en las condiciones de salud de la población en su adultez.

Según la ONU (1994) citada por Rosales y Espinoza (2009) la familia nuclear se entiende como “[...] la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia” (p. 65). Entre los y las participantes hubo pocos relatos que mencionaran haber vivido su infancia completa en una familia nuclear, uno de ellos refiere: “Mi papá era un señor muy responsable, fumaba, trabajaba en imprenta. Mi mamá muy hogareña” (Participante n. 3, 2014).

Las familias nucleares que contaban muchos hijos e hijas, en todos los casos se relacionaron a condición de pobreza, uno de los relatos describe: “[Dormían] En sacos de los que se usan para frijoles y para arroz, ahí nos acostábamos, juntos. Nos daban el manteado para que durmiéramos todos juntos” (Participante n. 8, 2014). Según Arriagada (2007), existe una estricta relación entre el número de hijos y el nivel socioeconómico

familiar. Los hogares de familias más acomodadas tienen dos o tres personas menos que las familias con menos recurso socioeconómico.

Al respecto, y de manera general, se halló en la población participante, que en su infancia estuvieron inmersos en familias compuestas que contaban con 12 hijos, en el caso más considerable; o bien, que tenían medios hermanos producto de relaciones extramaritales. Bajo esta última circunstancia hubo un caso que llegó a contar 17 hermanos en total de parte de su padre y también un participante que tuvo seis hermanos por parte de su madre y diez hermanos por parte de su padre, de los cuales todos vivían separados.

Como se ha mencionado en el presente DSS de la salud, los y las personas que en sus primeros años de vida deben convivir en familias numerosas, probablemente viven y se desarrollan en condiciones de pobreza, hacinamiento y vulnerabilidad. Además, se sugiere que relacionado a la numerosidad familiar se encuentra la falta de acceso a los servicios de agua potable, entre otros (OPS, 2007).

Por otro lado, las familias uniparentales o monoparentales, consisten en aquellas en las que hubo divorcio, abandono, o en las que la pareja tomó la decisión de separarse y uno de los progenitores permaneció viviendo con las y los hijos; también la familia donde sólo hay una madre o padre soltera/o, o bien, que se deba al fallecimiento de uno de los cónyuges. Por su parte, las familias reorganizadas consisten en aquellas que vienen de otros matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos o hijas con otras parejas (ONU, 1994 como se cita en Rosales y Espinoza, 2009).

Entre las y los participantes en la investigación se presentaron casos en los que el infante contaba en su familia con sólo uno de los progenitores y su pareja, es decir, un padrastro o una madrastra; o bien, que se desarrollaron lejos del padre y vivieron con la madre y la abuela; o también, quienes vivieron con tíos y tías, es decir, familias

reorganizadas. Hubo casos en los que el niño o la niña tenían hermanos o hermanas, o bien, no los tenían; y hubo quienes del todo fueron adoptados o adoptadas por algún familiar. De estos últimos, uno de los participantes dice:

Desde siempre, desde que mi mamá me tuvo yo creo, [...] mi mamá cuando estuvo en la cárcel me tuvo en el tabo y diay [...] mis abuelos jamás iban a dejar que yo me quedara ahí pequeño, entonces se los dio a mis abuelos [...] (Participante n. 12, 2014)

Según Schwartzmaann (2003), los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), significan una fuente de estrés en la vida de un niño o de una niña, y en consecuencia de ello, un aumento en el riesgo de contraer enfermedades y de deterioro en la calidad de vida. De ahí que, cambios en la estabilidad familiar como los que vivió el participante, aumentarían los riesgos de disminuir la calidad de vida en un futuro.

Por otra parte, entre los motivos de ausencia parental se identificó el trabajo en una madre soltera, el consumo de drogas de uno o ambos padres, o la misma separación de los padres. Uno de los sujetos de la investigación, narró cómo la separación de sus padres por la orientación sexual de su madre le afectó en su desarrollo:

Si claro, por infidelidad de mi madre, no con un hombre, sino con un mujer, es lesbiana, actualmente ella vive con la pareja, de hecho con mi mamá no tengo ninguna relación por lo mismo, me sentí abandonado por ella, abandonó a mí y a mi hermana la menor, [...] yo era el tercero, yo me resentí solo, al final de todo, yo duré como doce años sin hablarle, ni dirigirle la palabra a mi mamá, por cosas de la vida cuando yo me casé, mi ex esposa , que le hablara, que le hablara, le llegué a hablar

pero no con gusto, entonces ahora le hablo, pero le hablo más a usted de lo que le hablo a ella. Fue un golpe muy duro, cuando crecí y vi las cosas, crecí con resentimiento. (Participante n. 28, 2014)

En cuanto al modo de afrontamiento de los hijos/hijas ante la separación de los padres, Riquelme (2005) menciona:

Los niños que presentan una buena salud mental antes de la separación responden de una manera adecuada a la situación; mientras que, los que ya antes tenían dificultades responden a la separación de una manera más estresada, con manifestaciones acusadas de culpabilidad, ansiedad, baja autoestima y tendencia a mostrarse solitarios. (p. 676)

Es decir, según la autora, el afrontamiento problemático que tuvo el sujeto hacia la separación de sus padres, diferente al que tuvieron sus hermanas, tiene explicación en la salud mental previa a la crisis familiar. Reforzando lo anterior, el participante también cuenta:

Yo decidí irme, ellas [hermanas] nunca tuvieron problemas con mi mamá, disque que la perdonaron, yo diría que la alcahuetearon, diay con la aprobación de tres de cuatro, es un buen número, entonces desechemos al otro y eso fue lo que me pasó. (Participante n. 28, 2014)

Entonces, se evidencia cómo en la persona participante la separación significó un factor de estrés crónico en su vida, lo cual, al relacionarlo con autores previamente citados, ayuda a entender cómo en una persona se desencadenan métodos no saludables de afrontar el estrés y se deteriora su calidad de vida.

Luego, según la International Narcotic Control Board (INCB, 1994) como se cita en Rosales y Espinoza (2009), las familias compuestas son aquellas en las que habitualmente se incluyen tres generaciones; abuelos, padres y madres e hijos o hijas que viven juntos; lo que es diferente a las familias extensas, en las cuales debe existir más de una familia nuclear y diferentes generaciones viviendo juntos.

Uno de los casos de familia compuesta puede ser representado por una participante de quien sus padres eran primos a la vez. Ello, por el estigma social que implicaba, llevó a que de niña se criara con su madre y su abuela. Sin embargo, más adelante su madre tuvo una hija con otra pareja, y ello para la participante significó la respuesta para entender las diferencias establecidas entre ella y su hermana (Participante n. 7, 2015).

Según Langer (2002):

Los hijos que no fueron deseados y que crecieron en un ambiente desfavorable (bajo el cuidado de madres inexpertas, solas, con problemas que probablemente les impedían dar una atención adecuada a sus hijos) son más susceptibles de involucrarse en actividades criminales durante la juventud. (p. 195)

En este caso, si bien la participante no se vio involucrada directamente en actividades criminales, apenas cumplió sus 18 años comenzó a prostituirse en los establecimientos donde se practica este oficio, y luego de ello a consumir drogas. Otro de los sujetos de este estudio relata:

Con mi mamá, mayor parte con mi mamá, con mi papá también, pero como un hombre tiene que hacer su responsabilidad afuera, lo que tiene que hacer, entonces no estaba. Pero vivíamos todo completo, mis hermanos y todo, abuelos y tíos, todo completo, y si no está mi papá yo soy la cabeza de la familia [...] Mi niñez fue, muy

elegante, educado, espiritualmente y moralmente, toda, toda la educación desde preescolar y todo. No tuve maltrato, no, no, sólo la corrección fuerte de mi padre, mi madre también es una persona humilde, pero, si, si, bien. Niño y ya más grande, todo igual. (Participante n. 19, 2014)

Rosales y Espinoza (2009) citan a Moos (1974) para afirmar que el ambiente es un determinante decisivo del bienestar de una persona; el mismo autor explica que el contexto en el que se desarrolla la persona es su principal formador del comportamiento, este ambiente es llamado “clima social”. En el caso del relator anterior, según el participante, parece ser una familia que le brindó protección, por lo que de acuerdo a la teoría del clima social, debió ser un factor diferente a dicho ambiente lo que lo llevó a su situación actual.

Por último, otro aspecto importante en la socialización primaria de algunas personas, es que ante el consumo o maltrato de sus padres o madres, las custodias de ellos y ellas pasaron a otros familiares, siguiendo el patrón de familia compuesta, pero donde se exponían a otros tipos de maltrato. Una persona menciona:

Como a los diez años, me mandaron a vivir a Limón, con una tía, la hermana mayor de mi mamá, [...] vieras como me pegaba, me maltrataba, tenía como once años de edad. Yo la veía fumando marihuana con el esposo, vivían solos, no tenían hijos ni nada, ella siempre estaba en la casa y mi tío era limpia botas. (Participante n. 27, 2014)

Según la UNICEF (2006), durante la infancia además de agresiones y las diferentes formas de violencia física, pueden darse situaciones de negligencia y abandono, entre ellas están el no proteger a los niños y niñas contra la exposición a violencia prevenible a manos

de amigos, vecinos o visitantes; actos de estigmatización o discriminación flagrantes y no usar los servicios de salud para asegurar su bienestar. La UNICEF (2006) también afirma que entre los ejecutores de violencia en el ámbito del hogar se incluyen desde los progenitores hasta padrastros/madrastras o miembros de la familia en general, como se evidenció en el caso del participante.

Entre los sujetos participantes que fueron adoptados por familiares; se identificó una historia de abandono por parte de la madre y a la vez de adopción por parte de las tías y la abuela. Uno de los relatos que se encontraron dice:

Tal vez lo que fallaron conmigo fue que nunca me trabajaron terapéuticamente ni psicológicamente la frustración de mi vida, cuando yo me di cuenta de mi vida en verdad, me quisieron engañar diciendo que era parte de la familia, [...] ya a los ocho, nueve años cuando yo me di cuenta de todo, por chismes, cuando yo entre a la casa y escuche una conversación mía, ahí fue un choque emocional para mí. Me di cuenta que yo era adoptado, que no pertenecía a la familia, yo era extraño, que mi mamá vivía en las calles, [...] yo me acuerdo, para mí fue un gran choque emocional, me entiende, entonces yo, a partir de eso era otra persona, yo ya no era el mismo, cambio el amor a mi madrastra, bueno a mi tía, a mi padrastro, hacia mis hermanos, me fui separándome, separándome, alejándome de la familia, [...] yo ya a los quince años quería irme de la casa, ya los problemas, los choques, yo me quería ir de la casa, entonces, ya después de ahí en adelante, ya a los 15 años consumí marihuana [...] (Participante n. 26, 2014)

Respecto a la sensación de abandono y traición que experimentó el sujeto participante, Böttger (2007) asegura que:

La existencia de un secreto ocupa un lugar en la estructura de las relaciones y puede ser un obstáculo para el buen funcionamiento vincular, porque lo que se oculta puede comunicarse a través del lenguaje de los síntomas u otros malestares. Cuando no se logra hablar de esta parte de la historia, produciéndose pactos de silencio, lo que ocurre es que el niño experimenta vivencias de desamparo, soledad, dolor, rabia, va sintiéndose incomprendido y solo. (p. 238)

Lo anterior indica que, si dicha familia hubiese tenido las herramientas para actuar correctamente y permitirle al niño saber sobre su origen, podría haberse prevenido ese choque emocional que él mismo describe, que claramente significó una fuente de estrés que determinó su calidad de vida en la adultez. En efecto, una de las declaraciones imponentes del participante fue “¡Nunca tuve papá!, nunca tuve papá, nunca fui reconocido, nunca fui nada, fui un embarazo no deseado, nada, nada” (Participante n. 26, 2015).

A su vez, algunos participes refirieron experimentar su infancia en un núcleo familiar inestable, el que en muchos de los casos terminaba con la separación de ambos padres. Una persona manifiesta:

[...] no recuerdo dormir con ellos, que me dieran de comer, solamente esa, esa imagen congelada de ellos... Sé que existieron, sé que me dieron amor, pero hasta ahí. Después de ahí nos adoptó otra familia, nos llevaron a Heredia nuevamente, y nos adoptó una familia de un Consejero Cristiano y la esposa de él, nos tuvieron hasta los, desde los cinco años que tenía yo, cuatro y medio hasta los 11 años, con mis hermanos. (Participante n. 1, 2014)

Según Legáz (2003), los niños y niñas que han sido adoptados sufren de rupturas vinculares. Ella menciona que los y las infantes pasan por diferentes hogares o centros de

acogida antes de llegar a uno definitivo; y que ello trae como consecuencia “[...] una infancia impregnada de estilos relacionales de apego inseguro o desorganizado, en sus diferentes vertientes” (p. 15). Es decir, que en el participante puede recalcarse su carencia en el apego ya que tuvo que desvincularse más de una vez de sus protectores.

También haciendo referencia a las rupturas vinculares, una persona narró:

Sí, sí, porque yo les pegué una mentira, porque mi familia me había dicho más o menos donde estaba mi mamá, y que su mamá es una aquí, una allá, y se llama así, y bueno, toda la información, verdad, entonces yo les pegué la mentira y me mandaron para allá, pero ahí fue peor, porque no me pegaban, pero se abusaban. Entonces a ellos, también me les empecé a escapar a ellos, y como a los 11 años conocí una prostituta, y ella me llevaba a mí, para acá y para allá, y los viejillos, diay no me hacían nada, por miedo, seguro, pero me tocaban y todo, y ya la mujer era jugada y usaba drogas, y ya yo empecé ahí ya, a conocer la droga. (Participante n. 20, 2014)

Como se ve en el relato anterior, las adopciones inefectivas pueden traer severas consecuencias para la salud del niño o la niña. Al respecto Legáz (2003) también afirma que “[...] las condiciones en las que el niño adoptable accede a su hogar definitivo no son sencillas para una saludable construcción vincular, incluso si la incorporación se produce a edades muy tempranas” (p. 15).

Por otro lado, cabe recalcar que algunos de los y las participantes que sufrieron abandono fueron institucionalizados por determinados periodos en sus infancias. Ellos y ellas, además de sufrir la desvinculación emocional señalada por Legáz (2003) como un

factor que iba a interferir en su desarrollo, fueron expuestos a expresiones de violencia y agresión.

Un ejemplo de los casos de agresión en instituciones de albergue fue el de un participante que se crió en un orfanatorio a cargo de religiosas, y que refiere que quienes lo custodiaban usaban métodos de disciplina muy estrictos. Un relato que ejemplifica lo vivido por la situación de orfandad, es el siguiente:

Era administrado por monjas, y las monjas eran muy severas o correctas en la ley de ellas, cualquier falta de respeto o cualquier abuso, sea a ellas o sea a los compañeros, se le azotaba en las manos e incluso se le bajaban los pantalones y se le daban palmadas con una regla y se mantenía un orden [...] (Participante n. 1, 2014)

Contrastando relatos como el anterior con la bibliografía sobre las consecuencias de la institucionalización en los niños y niñas, Pinheiro (2006) sostiene que el maltrato, el abandono y el descuido están relacionados tanto con el hacinamiento, las malas condiciones y la falta de inversión de recursos, como con la discriminación contra los niños y niñas en instituciones de albergue. Es decir, que el ambiente agresivo en el que se desarrolló el participante en el centro de acogida pudo significar un determinante de su salud mental en la juventud y adultez.

Ahora bien, el mismo participante expresa luego, sobre sus apegos emocionales establecidos en el orfanato, lo siguiente:

Bueno, cuando yo tengo razón de mi vida, me hallo en un albergue o un orfanatorio que le llamaban, en Heredia centro, ahí empecé a crecer con muchachos, con chiquillos, desde que yo tengo razón estoy en el Patronato Nacional de la Infancia.

Me críe toda la vida con jóvenes que no eran mis hermanos, me acostumbré a vivir como hermanos y hasta los 18 años que me echaron a buscar vida. (Participante n. 1, 2014)

Así, se evidencia que si bien esta persona sí estableció vínculos afectivos durante su estadía en la institución, esta última hizo que él se desvinculara abruptamente al cumplir 18 años o en otras palabras, su mayoría de edad. Ello refleja que una falta de seguimiento a los egresos de centros de albergue puede traer consecuencias nada beneficiosas para los internos. En efecto, según Pinheiro (2006), la institucionalización también alimenta el ciclo de la violencia ya que los niños y niñas tienen mayor probabilidad de auto infringirse daño o de agredir a otros, también de involucrarse en el crimen, de ser víctimas de explotación sexual o de abusar de sustancias.

También, se asegura que la falta de preocupación general de las personas ante la el trato a los niños y niñas institucionalizados puede reflejar el rechazo por parte de la sociedad hacia los que no cumplen con el comportamiento social establecido. Los autores afirman que la estigmatización con la que cargan los y las institucionalizadas puede expresarse también en las actitudes y comportamientos abusivos del personal de la institución que esté siendo mal capacitado y mal pagado (Pinheiro, 2006).

Sin embargo, hubo también el caso de un participante que refiere que en el centro de acogida tenían una buena calidad de vida ya que comían y dormían bien y cómodos, había piscina y cancha y les lavaban su ropa. Es decir, que no todas las referencias de las y los participantes que vivieron en centros de acogida son negativas.

Legáz (2003) menciona que aunque la adopción se dé en el momento del nacimiento del menor, el vínculo afectivo entre los padres adoptivos y el niño o la niña no podrá

generarse de la misma manera que cuando el hijo es biológico, precisamente, porque no lo es, y por lo tanto se produce una ruptura vincular primaria. Al respecto uno de los participantes expresa: “Bueno, es que yo fui abandonado, un hijo abandonado también, me, me criaron otras personas, en La Cruz [comunidad de la provincia de Guanacaste], en una casa grande, ellos tenían dinero, era muy grande, de dos plantas, grandísima, era muy bonita” (Participante n. 16, 2014).

El relato anterior refleja como el niño se sintió abandonado y alejado antes de llegar a ser adoptado por una familia, por lo que le genera un sentimiento de inseguridad en cuanto al apego.

Otro de los participantes manifiesta que su madre tuvo que dejarlo al cuidado de otras personas por “fuerza mayor”, y afirma que las familias que lo atendían lo consideraban como a un hijo y lo cuidaban muy bien. Además, el participante respecto a su infancia relató:

Mmm, en mi infancia en Cinco Esquinas de Tibás, yo era de Cartago pero mi mamá me dio a los tres meses de nacido, ella se vino a trabajar, mi papá se la trajo aquí a San José, según parece. Mi papá era casado con otra mujer, pero lo que pasa es que mi mamá era la empleada de mi papá, [...] entonces mi papá vio a mi mamá y le gusto, pero él era casado con otra mujer. Yo tengo diez hermanos más por parte de padre y diay cuando, cuando yo tenía tres meses de nacido una madrina mía me crio, ahí en Tibás, ahí estuve hasta los nueve años de edad, porque de pues me encerraron en el Rositer Carballo, allá por el INA, por la pista, ahí en un lugar donde meten los niños y los chiquitos, una guardería. (Participante n. 27, 2014)

En este caso se observa cómo el participante no sólo sufrió el abandono de su madre, sino que además, luego de haber creado un vínculo con la familia que lo acogió, fue llevado a un centro de cuidado, en donde según Pinheiro (2006) el riesgo de sufrir un daño psicológico y para el desarrollo es alto, y que por más que la institución cuente con una cantidad razonable de trabajadores y que ejerzan un servicio de calidad, es poco probable que la atención que los niños y niñas en estos lugares podrían recibir de parte de los empleados, pueda sustituir la atención que sus progenitores o encargados les prestarían.

En algunos casos, los participantes se quedaron con sus familias biológicas, sin embargo la presencia de los progenitores fue intermitente, por lo que ellos o ellas tuvieron que asumir responsabilidades propias de las madres o padres de familia; esto ocurre por lo general en familias numerosas. Uno de los sujetos mencionó que el rol que él cumplía se asoció con su edad respecto a la de sus hermanos. Luego, otra narración afirma: “Como yo era el mayor, me tocó arriar con todos, yo soy el primero y fui el que me crie donde esa señora, sólo yo, después todos juntos se criaron conmigo, después cada uno sobrevivió solo.” (Participante n. 30, 2014).

### ***b. Relaciones familiares***

También en busca de las dinámicas familiares y los entornos a los que esta población estuvo expuesta en su infancia, se indagó en cómo eran las relaciones interpersonales en su familia. Ante ello, podemos describir una población víctima de maltrato y violencia intrafamiliar, aunque resaltan unos cuantos casos que narraron la existencia de buenas relaciones entre los familiares, y sobre todo, que relatan haber mantenido un vínculo estrecho con hermanos y hermanas.

Cuervo (2010) refiere que durante los primeros años de vida, el desarrollo socioafectivo se ve influenciado por la familia en gran medida, esto debido a que durante la infancia se aprende sobre valores, modelos, normas, habilidades y roles. El manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, las conductas prosociales y la regulación emocional, se relacionan con el periodo de la infancia.

Al respecto, el relato de una participante manifiesta una mala relación con su madre y ella menciona que el motivo de la relación conflictiva se basaba en sus celos ante las preferencias de la madre hacia la hermana menor y las prácticas religiosas de la madre que ella no compartía (Participante n. 7, 2014). Esta relación conflictiva influyó negativamente en la adquisición de valores y roles familiares por parte de la participante, tal y como lo describió la autora.

Luego, aunque existen diversos factores que afectan el desarrollo del infante, es importante determinar el impacto que tiene la familia en el desarrollo socioafectivo de los niños y niñas. Es por esto que se dio importancia a los tipos de relaciones familiares que desarrollaron los participantes durante su niñez (Cuervo, 2010).

Relacionado a esto, uno de los participantes describe su vínculo con los padres diciendo: “No era algo así como ejemplar vea. ¡Porque no! Pero sinceramente siempre hubo respeto, amor, cariño y todo lo positivo que se pudo siempre estuvo” (Participante n. 14, 2014). Es decir, que el impacto socioafectivo que tuvo la familia del participante en él incidió de manera positiva.

Luego, entre las relaciones descritas con la figura materna, algunos comentaron que cuando niños, mantuvieron una buena relación con sus abuelas, muchas de las cuales tenían la custodia de ellos y ellas. Otros relatos muestran cómo, ya sea positiva o negativamente,

la relación con sus madres marcó su infancia: “[...] ah no, mi mamá ha sido conmigo la mejor amiga que tengo, es una madre muy abierta para todo” (Participante n. 23, 2014).

El vínculo que existe entre madres e hijos/hijas es descrito con base en el apego materno-infantil establecido desde antes de nacimiento. Según mencionan Repetur y Quezada (2005), este vínculo no necesariamente es estricto entre madres e hijos/hijas, sino que puede incluir al cuidador principal, que en el caso de algunos participantes es simbolizado por abuelas o encargados. Entonces, los autores afirman que “[...] la relación de apego actúa como un sistema de regulación emocional, cuyo objetivo principal es la experiencia de seguridad” (p. 5), lo que se entiende como un determinante de la salud mental de las personas en su adultez y que incide en las personas en situación de calle.

En relación a los y las participantes en el estudio, la mayoría aseguraron haber sufrido abandono por parte de alguno o ambos de sus progenitores en la infancia. De ellos, muchos coincidían haber tenido un padre ausente en su totalidad, o bien con una presencia intermitente en sus vidas.

Muñoz (2005) define que los padres que forman a sus hijos bajo un estilo de crianza indiferente-negligente dan poca importancia a los niños, demuestran poco afecto y su preocupación por cubrir las necesidades básicas del menor es mínima, por lo que frecuentemente se llega a situaciones de abandono infantil. La autora alude que los hijos de este tipo de padres son más problemáticos, con valores y autoestima pobres y que son más propensos a los problemas personales y sociales.

En relación con lo anterior, dos participantes señalaron que posterior a la separación de sus padres ellos no volvieron a ver a su madre, y uno de ellos detalla que su padre ejercía un rol de cuidador ineficaz, por lo que él no tuvo disciplina ni restricciones durante su infancia y su adolescencia.

Continuando con el mismo tema, una de las personas participantes en la investigación manifestó frustración ante el abandono de sus padres diciendo:

Y cuando conocí a mi mamá, diay, yo sentía como susto, y yo le pregunté qué por qué me había abandonado y me dijo que eran cosas de personas mayores y que yo no iba a entender. Yo no odio ni a mi papá o a mi mamá, pero son unos irresponsables. (Participante n. 20, 2014)

El último relato de abandono o ausencia de figuras paternas y/o maternas en la infancia, demuestra lo antes mencionado por Muñoz (2005), quien además señala que las personas provenientes de familias con un estilo de crianza indiferente-negligente muestran un menor respeto a las normas sociales y las necesidades de los demás, y que este estilo de crianza no se da sólo por la falta de controles y normas durante la infancia, sino que también se presenta cuando existen, durante este periodo, controles excesivos, incoherentes, no justificados o una supervisión colérica.

Entre los relatos, se pudieron identificar pérdidas de seres queridos vividas durante la infancia, las cuales, como ellos y ellas relatan, generaron un antes y un después en sus vidas o bien, no produjeron afectación emocional. Entre las narraciones, se encuentra un duelo por un hermano fallecido, otro por el fallecimiento del padre y varios duelos por la muerte de los y las abuelas.

Uno de los sujetos expresó: “De hecho la situación se complicó demasiado, cuando mi padre falleció, la familia empezó a separarse verdad. Y, y la plata estaba escaseaba, entonces...” (Participante n. 14, 2014). Otra persona, de origen extranjero, rememoró:

En ese entonces, bueno yo conocí mi núcleo familiar compuesto por mi padre, mi madre y mi hermano mayor ¿no? este, de ahí este, bueno mi padre falleció cuando

yo tenía siete años, lo asesinaron y lo quemaron dentro de su carro, pienso yo que fue como ajuste de cuenta o algo así... Entonces a mi madre la autora intelectual, la agarraron por el crimen, este, acusó a mi madre de haberle pagado para que lo hiciera, mi mamá fue a juicio y tuvo que pagar una condena de 10 años, de ahí entonces por eso es que pasé a vivir con mi abuela. (Participante n. 4, 2014)

Respecto al impacto que ejercen los duelos en la infancia, Gamo y Pazos (2009) afirman que las dificultades en el enfrentamiento provienen más de lo que haya pasado antes y después del impacto que cause el duelo, que de la pérdida en sí. Además, los autores mencionan que es decisivo detectar los factores posteriores al evento, como las relaciones con la familia extensa, el entorno y el medio educativo en el cual se desenvuelve el niño o la niña. Por último, se establece que la niñez se caracteriza por ser una etapa en la que se recurre al mecanismo de negación y se mantiene una mejor capacidad de goce de situaciones agradables, aunque, “[...] la pérdida temprana hace el duelo más difícil y puede generar problemas en el desarrollo de la personalidad” (Gamo y Pazos, 2009, p. 162).

#### *- Violencia intrafamiliar*

Al analizar los relatos de las personas participantes, se encontraron múltiples casos de violencia y agresión en la familia. Pocas personas dijeron no haber vivido violencia durante su infancia, y la mayoría relaciona la violencia con sufrimiento; sólo un caso afirmó que a pesar de la violencia, tuvo una “niñez feliz”.

Lo anterior llama la atención debido a la cantidad de personas que refirieron ser víctimas de violencia, lo cual pudo haber incidido de una u otra manera en su comportamiento en la adolescencia y en la adultez, esto a partir de las estrategias de

afrontamiento o de la resiliencia mostrada por las y los participantes en el desarrollo de sus vidas. Con respecto a esto, se entiende resiliencia como un concepto que abarca la capacidad de un individuo de reorganizar su vida a partir de situaciones de riesgo social, físico o psicológico, permitiendo la construcción de la ética, la consciencia y la identidad a través de la vida (Obando, Villalobos y Arango, 2010).

Asimismo, y como explica Morelato (2011), para que exista resiliencia en una persona, este debió ser marcada de alguna manera por un suceso en su vida, un trauma que no se olvida y que permanece con el individuo, pero que sin embargo no es impedimento para la recuperación y la continuidad. Al respecto, se puede rescatar la experiencia narrada por un participante, que habla sobre cómo él frecuentaba bares en su infancia obligado por su madre, refiriendo que sentía susto. El mismo menciona que abundaban las peleas entre sus padres debido a la escasez de recursos económicos.

Por otro lado, para que las personas expuestas a violencia puedan desarrollar conductas resilientes, según Ungar (2008, como citan Obando *et al.*, 2010) deben contar con una serie de procesos de protección, entre los que se cuentan: recursos materiales como alimentos, educación, empleo, atención médica, vestido y vivienda; justicia social, relaciones interpersonales de apoyo, una identidad positiva, un enlace social y espiritual, la experimentación del poder y el control, y unión y reconocimiento de su ser cultural. En caso de no contar con las características anteriormente mencionadas, la persona en cuestión puede no desarrollar la resiliencia en su personalidad.

Al no contar con habilidades resilientes, las personas víctimas de violencia pueden presentar con mayor facilidad las consecuencias que se dan más comúnmente a corto, mediano y largo plazo, entre las que resaltan la violencia, agresividad, culpa, ansiedad, depresión, baja autoestima, desconfianza, inestabilidad emocional, delincuencia, consumo

de tóxicos, intentos de suicidio y conductas sexuales inapropiadas (Ruiz, 2014); todas estas situaciones se encuentran presentes en las personas participantes de este estudio.

Uno de los participantes en la investigación refiere su infancia pudo haber sido feliz, sin embargo las circunstancias que le rodearon y las decisiones que fue tomando, confluyeron para determinar su situación actual, al contar una experiencia traumática dice: “[...] diay si la más chiva, ver a mi papá dándole bien duro a mi mamá y quebrarle los dientes e imagínate, nada más imagínese verdad” (Participante n. 24, 2014). El relato anterior, es un claro ejemplo de cómo la vida en el hogar puede llegar a ser una fuente de estrés, tensión y frustraciones para una persona en sus primeros años de vida.

Referente a esto, Hidalgo (2012) señala entre las causas para iniciar el consumo de drogas en la niñez o en la adolescencia está el intentar reducir la tensión y el estrés, ya que estas logran ayudarlos a hacer frente a las presiones de la vida y son un camino fácil y rápido para sentirse bien. De ahí la importancia del presente apartado, entendiendo que de haber intervenido con, por ejemplo, atención en salud mental en familias como la del participante, habría tenido más herramientas de afrontamiento para ser resiliente a su condición.

Otro relato refiere violencia por parte de sus padres durante el proceso de separación, asociada a la crisis por la que pasaba la familia:

Diay cuando ellos empezaron a separarse, bueno nunca fue buena, digamos, no es por hacerme la víctima, pero sí viví agresión por parte de ellos, no lo normal, como un padre que le mete un fajazo a un hijo, sino que mi tata, me daba patadas en el piso, me tiraba sillas, mi mamá me rompía la cara con los anillos, me jalaba el pelo, ya, esa vieja loca, seguro los problemas (Participante n. 29, 2014)

Según Lebow (2003, como citan Martínez, Estévez e Inglés, 2013), cuando se dan conflictos intrafamiliares durante el proceso de divorcio o separación, existe mayor posibilidad de que aparezcan en alguna medida efectos negativos en los niños y niñas, tanto durante como después del divorcio.

Sin embargo, existen otros casos que describen violencia sin la presencia de separaciones, sino que se relacionan con el consumo de alcohol u otras sustancias. De los relatos que evidencian violencia intrafamiliar, muchos se relacionan con el consumo de alcohol por parte de la persona agresora:

Mi papá cuando llegaba ebrio, nos golpeaba, nos hacía dormir en un cañal que había, porque él llegaba y quería machetarnos a nosotros, por efectos del licor y eso, entonces todos salíamos corriendo, incluso mi mamá. Y él se quedaba sólo en la casa. (Participante n. 8, 2014)

Al respecto, Salazar (2008) en su estudio relacionado con la violencia hacia las mujeres, asegura que las personas que han utilizado sustancias psicoactivas y se encuentran bajo los efectos que estas provocan, tienden a mostrarse más agresivos o agresivas, por lo que al llegar a su hogar agreden a su pareja o a sus hijos e hijas, sobretodo quienes han sobrellevado la violencia desde sus infancias. Por otro lado, el mismo autor aclara que el consumo de drogas agrava dichos eventos de violencia doméstica.

Por lo tanto, el consumo de drogas y el maltrato infantil o intrafamiliar no se encuentran separados, por el contrario, poseen una relación inherente que interfiere en la crianza adecuada y el establecimiento de relaciones interpersonales en la familia. Según Salazar (2008): “Varios estudios muestran que el abuso de sustancias interfiere con el

funcionamiento mental de los padres, la capacidad del juicio crítico y la habilidad para cuidar y proteger a los hijos” (p. 29).

Por otro lado, la persona participante refiere específicamente el uso de alcohol por parte de su progenitor, lo cual se evidencia también en el estudio del autor anteriormente referido, que explica que existen diversos datos que afirman que gran cantidad de las y los agresores consumen alcohol antes de maltratar físicamente a alguien.

Este participante, además, evidencia estrés en su niñez relacionada con el maltrato, ya que luego los patrones de violencia se extendieron a otros miembros de la familia:

Ajá, en el bananal. Y mi hermano el mayor, comenzó a tomar también, y entonces mi hermano el mayor también llegaba ebrio, y entonces los dos ya trataban de agredirnos. Más a mí porque mi condición de ser como yo era, entonces así lo sentí.  
(Participante n. 8, 2014)

Asimismo, se pueden destacar relatos impactantes sobre las relaciones entre los familiares, uno en particular, describe las violentas peleas en su familia:

Si, si, diay, porque se sacaban armas y todo. Cuando se casó mi tía, un tío mío llegó y llegó y mató al hombre con el que se iba a casar ella. Yo estaba ahí, a la par, íbamos a partir el queque, pringados de sangre todos... (Participante n. 20, 2014).

El término familia violenta se menciona en la literatura, y se encuentra estrechamente relacionado con el relato anterior. Castro y Posada (2008) determinan que el uso de la violencia en las familias se da bajo la excusa, de que ésta es parte de la protección y educación que debe ser brindada.

De acuerdo con lo anterior, la violencia se da en el marco de una supuesta protección de la familia, a partir de algunos patrones de crianza que en primera instancia privilegian el maltrato como parte de los métodos para “educar” y de la socialización de los géneros. En la familia violenta el rol de afecto, protección y cuidado del grupo familiar es reemplazado por el daño, la amenaza y el temor; sin embargo, el discurso en el seno de la familia violenta continúa siendo el del afecto y protección que se traduce en: “[...] yo te golpeo porque te amo” (Castro y Posada, 2008, p. 26).

Igualmente, afirman que este fenómeno se da de manera generacional, sobre todo debido a la socialización de género. Sin embargo, en este punto media también la resiliencia, tema que fue tratado con anterioridad.

Entre las narraciones biográficas hubo relatos que se describieron a la figura paterna agresora con rencor o resentimiento, lo cual se evidencia en la siguiente cita:

Tuve rechazo de mi papá, diay el trato de él para mí fue diferente porque yo le contestaba, teníamos la mente igual y yo le contestaba a él y peleaba conmigo, era violento pero sólo conmigo, me pegaba con un cable doblado en la espalda.  
(Participante n. 3, 2014)

Asimismo, hubo una persona participante que cuenta que su padre mostraba remordimiento luego de los ataques de violencia, lo cual lo hace a él recordar a su progenitor con afecto:

Diay mi papá era un ogro, una persona alcohólica, con un alcoholismo bastante alto eh, pérdida de su razón en su alcoholismo, nos maltrató, nos golpeó, aunque después de que nos dio, nos golpeó se sentaba a llorar y era un amor de padre y todas esas cuestiones. (Participante n. 24, 2014)

Dentro de la teoría, el arrepentimiento del agresor luego del acto violento es conocido como la tercera fase o fase de arrepentimiento del ciclo de violencia. En esta fase, la persona que agrede muestra remordimiento y tristeza por los actos que ha cometido, pide perdón, promete no hacerlo de nuevo y se muestra cariñosa y colaboradora (De la Torre, 2013). De esta manera confunde emocionalmente a la víctima para obtener su silencio y su aceptación, manipulándola, desorientándola y aumentando su autoculpabilización (Ordóñez, 2012; Flores, 2010). Por otro lado, y según Ordóñez (2012), la víctima:

[...] cree en el arrepentimiento y excusas de su agresor y culpa a factores externos de la situación de maltrato, protegiendo así su debilitada autoestima y modificando su identidad. Después, cada una de las percepciones e informaciones que recibe, se explican en función del nuevo modelo mental que ha asumido para explicar su situación, dificultando las posibilidades de salir del entorno de violencia. (p. 104)

Esto podría relacionarse con las afirmaciones del participante en cuanto a que el maltrato no interfería con el afecto y el respeto hacia la figura paterna, él describe: “[...] diay, no sé si sería que yo nací dañado pero yo lo quería mucho, y le tenía mucho respeto y lo quería y sufría por verlo como se ponía y, maltratar a mi madre hasta pegarle” (Participante n. 24, 2014). Otro participante que se refiere con afecto hacia el recuerdo de su padre narra las agresiones así: “No, no, lo que tuvimos fue una crianza muy rígida por parte de mi papá. Un hombre muy serio, y, cuando se enojaba era muy violento sí. Nos castigaba con un cable de luz, si” (Participante n. 9, 2014).

Con respecto al sentimiento de culpa frente a las agresiones, se encontró entre las narraciones una en la que el participante acude a este sentimiento para justificar las agresiones que vivió durante su infancia, lo cual se refleja en el siguiente relato:

Mi madrina, más de una vez quiso quemarme los pies, porque yo era muy callejero, era muy travieso, me pegan mucho, pero cosas de chiquillo, uno muy travieso, no puedo hablar mal de mí madrina porque yo era muy travieso [...] (Participante n. 27, 2014)

Lo anterior se relaciona con el estudio de Whaley (2001), que afirma que de la misma manera con la tipificación de la víctima como causante de la agresión, provocando una tendencia a disminuir la culpa del agresor. Además, el autor opina: “En una interacción violenta el comportamiento de uno sirve para justificar el del otro. Determinados mensajes, verbales y no verbales, interpretados a menudo como amenaza o rebeldía, independientemente de la intención del emisor, determinan el pasaje al acto” (p. 380). De esta manera, la persona escuda el actuar de su familiar, exponiendo su propia culpa en un comportamiento hasta cierto punto rebelde, restando responsabilidad a la agresora.

Otro tipo de violencia vivida por las y los participantes es la violencia psicológica, donde agresiones verbales afectaron la autoestima; o bien el presenciar peleas intrafamiliares influenciadas por el consumo de alcohol.

Al respecto, cabe resaltar el relato de un participante, que refiere haber sentido violencia en su hogar, pero que ésta no fue física:

[...] entonces mi mamá empezó a tomar, a fumar, yo ya cumplí los 13 años de edad, y fue cuando C. [su hermano] decidió irse de la casa, porque ella tomaba, entonces C. se fue y yo seguí a mi hermano, porque mi mamá cambio ya no era la misma, me

maltrataba y ya no sentía el mismo cariño de antes, se perdió el respeto en mi casa, entonces yo vi todo eso en mi casa, entonces deje de estudiar y me fui para la calle, ahí me la juego y desde los 13 años me fui a la calle, me fui para Puntarenas [...] (Participante n. 27, 2014)

Para la Asociación Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia Infantil (1999, como cita Arruabarrena, 2011), este tipo de maltrato psicológico o emocional se caracteriza por no dar al niño o niña el ambiente propicio para el desarrollo de sus competencias emocionales y sociales, así como de tener posibilidades de causar en el menor daños físico, mental, espiritual, moral o social. Asimismo, pueden restringir el movimiento de los infantes, rechazarlos, denigrarlos, culpabilizarlos, amenazarlos, atemorizarlos, discriminarlos, ridiculizarlos, y utilizar otras formas de tratamiento hostil.

Es importante la inclusión del maltrato psicológico como aspecto a analizar en este documento debido sobre todo a las consecuencias que trae a las víctimas, entre las que se citan disminución en la autoestima, aparición de culpa y ansiedad, problemática en el establecimiento de relaciones interpersonales y en la toma de decisiones (Estupiñá y Labrador, 2006, como se cita en Blázquez, Moreno y García, 2009).

Por otro lado, Blázquez, Moreno y García, en el año 2010, afirman que según un estudio yugoslavo: “[...] los sujetos que fueron víctimas de manipulación, degradación y estrés psicológico agudo manifestaron en el largo plazo las mismas secuelas que aquellos a quienes les fueron impuestas torturas de tipo físico” (p. 66). Por lo tanto, la exposición a violencia de tipo psicológico pudo traer múltiples consecuencias a las personas participantes que refirieron haber sido víctimas de esta.

A manera de ejemplo de la temática de maltrato psicológico, un sujeto participante del estudio hizo una narración sobre la violencia a la que estuvo expuesto durante su niñez, que era diferente a la violencia física:

Claro, bueno en mi cuerpo no pero si, a mi mamá y a mi tía, yo tengo un tío que [...] él era marihuano pero también borracho, y se ponía así todo violento, [...] cuando llegaba muy loco, llegaba buscando a mi mamá o a mis hermanas, [...] y empezaba a pegar gritos y yo me asustaba, yo me acuerdo que me traumaba eso y, de hecho que ya llegaba el fin de semana y en la casa no había paz, mi abuelita siempre se le paraba [...] él sacaba machete y sacaba un hacha y él sacaba un hacha y el que se le metiera lo partía en dos, nosotros éramos niños, nosotros no podíamos hacer nada, eso me frustraba y me dolía [...], y luego que a mi mamá, ese papá de mi hermanita, él, él la golpeó dos o tres veces, con la faja, y nosotros lo vimos ahí. (Participante n. 25, 2014)

También, se vieron casos donde la violencia nacía de los cuidadores, encargados o de quienes conformaban la familia adoptiva. Entre ellos, un sujeto recuerda discusiones con su tía, quien le recalca seguidamente el que él era adoptado.

Asimismo, un sujeto refiere haberse llevado bien con su familia adoptiva, pero que “su madre de crianza” lo castigaba mucho: “¡Porque no me quería! Yo no sé, a veces uno hace travesuras, pequeño, ¿verdad?, pero conforme fui creciendo yo vi que me castigaba por gusto, nada más. Y me castigaba duro. Con un mecate, me pegaba” (Participante n. 16, 2014).

De igual manera, una persona relata: “Eh, con mi madrastra si, ella a veces ya se le pasaba la mano y quería agredirme y, y siempre me amenazaba, y sí, siempre fue un mundo

frágil” (Participante n. 21, 2014). Él, luego especifica que vivió una infancia con miedo, ya que la madrastra lo amenazaba constantemente con un cuchillo, por lo que él abandonó el hogar a los diez años.

En la literatura, se evidencia que quien tiene el rol de cuidador o cuidadora del infante, generalmente la figura materna, es quien tiende a ejercer conductas violentas de algún tipo, sobre todo por sus mayores responsabilidades de crianza, educación y permanencia con el niño o la niña (Delgado *et al.*, 1995, como se cita en Bedoya y Giraldo, 2010). Por lo tanto, queda fundamentado el maltrato sufrido por estas personas por parte de sus madrastras o madres de crianza.

El relato de una participante demuestra agresión física, consumo de sustancias, abandono y abuso sexual en su infancia, y aquellas circunstancias de su vida la hacen ver con positivismo su situación actual, ella rememoró:

Esa historia, ay no, vieras, que terrible, vieras. Este, me crie en una familia tan, tan viciosa, todos tomaban, a las 11, todos estaban borrachos. Y yo ya no aguantaba. Viera como me trataban, yo, yo nunca le pegaría a un chiquito así, y entonces diay, yo me escapaba, porque me tenían atemorizada, porque si yo no hacía algo, ¡pla! Y no era que me daban manazos, sino reglazos, fajazos. Yo fui una niña muy agredida, yo iba a la escuela con los ojos morados, y me decían “¿pero qué fue lo que le pasó?”, y yo decía “ah, es que me caí”. ¿Y porque decía eso?, porque me tenía un regalo la tía mía, primero me amenazaban para que no dijera nada y me daban regalos. Entonces yo me empecé a escapar y a buscar a mi mamá; y es que ella me dejó desde pequeña con mis abuelos porque ella no se podía hacer cargo de mí. Y entonces así, tanto me pegaban, yo me iba; y yo tenía que dormir en la calle, porque en la puerta me estaba esperando mi tía para pegarme. Y diay, ya yo estoy bien, y todo, pero fue muy feo. Y escapada, una vez, me agarró una familia en Villa

Colón, era navidad, y me mandaron con el patronato, como a los ocho años, pero diay, que pasó, me mandaron con mis otros tíos, ¡ay muchacha viera esos!, unos sátiros todos. Hacía un hueco en la pared para verme en el baño, y en la noche no me dejaban dormir porque todos me tocaban. (Participante n. 20, 2014)

Anteriormente se trataron los temas del maltrato físico y el consumo de sustancias por parte de los agresores, sin embargo, el abuso sexual en menores es de suma importancia en esta investigación, ya que tiene una incidencia directa en el desarrollo de la persona. Pereda (2009) extrae de diversas fuentes las muchas consecuencias que conlleva el abuso sexual infantil, entre las que destacan la prostitución en la adolescencia, embarazos no planificados, masturbación compulsiva, curiosidad sexual excesiva, exhibicionismo, conformidad compulsiva, hostilidad e ira, ansiedad, conductas disruptivas, delincuencia, depresión, baja autoestima y culpa.

La violencia, ya sea de forma física, sexual o psicológica, o por parte de familiares o cuidadores, se encuentra presente en casi la totalidad de los relatos, y, luego de analizar las consecuencias que esta tiene en la vida de las víctimas, es posible afirmar que pudo afectar de manera negativa el desarrollo de las y los participantes, llevándolos de alguna manera a las situaciones que viven en la actualidad.

#### *- Violencia de género*

En la infancia de la población bajo estudio se evidenció la exposición a violencia de género; la misma generalmente es personificada por la figura paterna hacia la materna, o bien, violencia de las figuras paternas hacia las participantes de género femenino.

Relacionando esta situación, se puede resaltar que sólo un relato mencionó a un padre que fue respetuoso hacia las hijas.

La agresión hacia mujeres y niñas se presentaba por parte de padres y padrastros que bajo la cultura del patriarcado y muchos, bajo el efecto del alcohol u otras drogas, trataban a la mujer con una actitud misógina, de desprecio o rechazo. Al respecto, Gómez (2005) comenta que esto se da por una sobrevaloración de lo masculino y una subvaloración de lo femenino, que lleva al hombre a realizar las acciones de violencia que desee manteniéndose impune, dominando a las mujeres de manera flagrante.

Las agresiones se dieron de carácter tanto psicológico como físico, y entre los y las participantes hay quienes mencionaron haber tenido un padre infiel y/o machista; otros participantes refirieron sentir rencor hacia el agresor debido a los hechos de violencia; unos inclusive dijeron haber interferido en las golpizas para defender a su madre:

Y este, después de ahí me echaron a la calle, diay yo tuve muchos problemas con mi papá, porque mi papá era alcohólico, también este, no le echo la culpa a mi papá, jamás. Pero él fue, un señor alcohólico, que maltrataba mucho a mi mamá, en palabras, entonces a mí me dolió mucho, a mis hermanas también, ver que él le gritaba, le decía un montón de cosas, este una vez, él le pegó a ella, y yo me levanté y le pegué a él. Llegaba borracho, la plata, se la tomaba. No había ni para tomar café, ni para almorzar, entonces llevábamos así como 17 años, aguantando a mi padre así, borracho, persiguiendo a mi mamá, a mis hermanas. (Participante n. 10, 2014)

Los relatos como el anterior, aparte de rencor, denotan agotamiento en la infancia por la situación familiar y traumas generados por la agresión hacia sus madres. Gámez y

Calvete (2012) refieren que, según el estudio de otros autores, el ser testigo de violencia marital no sólo produce en los infantes problemas en su conducta, sino que aumenta las posibilidades que de los hijos o hijas se muestren violentos con los padres, como es el caso del relato citado anteriormente.

De esta misma manera, un partícipe narra cómo a pesar de tener una infancia con acceso a educación y otros servicios, sentía frustración por la violencia hacia su madre:

[...] yo tuve la educación de un niño en una escuela normal. Pero lo que sufría en mi casa era, para mí era muy terrible, vea. Era frustrante porque ver a mi mamá llorando, y marcada y morada, y esas broncas y ese temor que ¡tan, tan, tan, tan! [Imitando sonido de la puerta], llegó su papá. Y todo mundo: ¡llegó papá!  
(Participante n. 9, 2014)

Del mismo modo, Viola (2010) explica que existe una serie de consecuencias que se desencadenan en las y los niños a partir de ser testigos de violencia marital, ya sea que vean, oigan o conozcan de la existencia del fenómeno. Entre dichas consecuencias, se encuentra la agresividad, violencia, conductas antisociales, ansiedad, depresión, estrés postraumático, problemas en el manejo de las emociones, resolución de conflictos y su propia imagen.

Sin embargo, existen relatos en que las personas encontraron maneras de afrontar las dificultades. A manera de ejemplo, se citará a continuación el testimonio de un participante que menciona cómo él acudió a su recurso espiritual para contrarrestar el sentimiento de odio que sentía hacia su padre agresor. Él relató su experiencia de la siguiente forma:

De ver aquellos cardenales, y de ver a mi madre con la cara hinchada, y todas esas cuestiones ahí. Entonces eso a uno le... O al menos a mí me pasaba, por la mente de matar a mi papá, porque le pegaba a mi mamá... Pero eso se me quitó. [...] Cuando volvíamos a chepe [San José], íbamos a la iglesia a ver a la virgen aquella, y después decía yo “¡ay!, mi virgen”, yo enamorado de esa virgen [risas]. Entonces le confesaba, y le confesaba al padre y ya comenzaba yo a borrar todos esos malos pensamientos. (Participante n. 6, 2014)

Esto deja en evidencia la presencia de resiliencia y estrategias de afrontamiento frente a situaciones que les causaban dificultades y dolor a las víctimas. Quintana, Montgomery y Malaver (2009) explican que el recurrir a la religión representa una “[...] búsqueda de apoyo espiritual por razones emocionales, en tanto esta estrategia posibilitará reducir la ansiedad que genera esta situación [...]” (p. 162).

Por lo tanto, queda claro que las personas participantes enfrentaron de diferentes maneras las circunstancias vividas, por lo cual su respuesta ante la vida dependió de cada uno o una.

#### ***4.1.1.6. Características de la socialización secundaria***

Otra parte importante de los primeros años de vida de una persona la constituye su proceso de socialización secundaria; este, corresponde al proceso en el cual las personas añaden diferentes funciones sociales (profesión, roles conyugales) a su vida (Laborí y Tezarón, 2009).

La socialización secundaria depende de la clase social y de la cultura en la que las personas se desenvuelvan, afectando así el futuro de cada individuo. Por ello, la

caracterización de acuerdo a esta temática, de la población drogodependiente y en situación de calle accederá a tener un contexto más amplio que permita analizar de manera integral cada uno de los aspectos relevantes con la investigación.

De acuerdo con Contreras (2012) la socialización secundaria se inicia en la etapa posterior de la niñez, cuando los niños y niñas comienzan a interactuar más frecuentemente con entornos distintos a los de la familia, siendo así, un proceso por el que se internalizan “submundos” institucionales que contrastan con el “mundo base” adquirido en la socialización primaria. Ahora, entran en juego nuevos agentes de socialización, como las instituciones educacionales, laborales, las experiencias con los pares, la religión, entre otros.

Al respecto, un participante indica haberse ido de la casa a los diez años por las malas relaciones que mantenía con su madrastra; es decir, el participante se vio forzado a cambiar el rol que ejercía repentinamente; ello, determina el desarrollo de su socialización secundaria. Otra persona, de origen nicaragüense, relató que él abandonó su hogar a los 13 años y se alejó a un lugar donde no se pudiese saber de su familia original:

Yo les decía que mi papá estaba muerto que lo habían matado en la guerra, para engañar a la gente para que no me dijeran nada como yo estaba jovencillo, y yo los engañe y les dije que mi papá y mi mamá los habían matado entonces me dieron donde vivir y yo trabajaba con ellos. (Participante n. 11, 2014)

Se evidencia cómo el participante cambió repentinamente el rol que ejercía como hijo para cumplir roles sociales diferentes a los correspondientes a su edad. Según Forselledo (2001) los niños que sufren de abandono, se ven obligados a enfrentar situaciones para las cuáles no están preparados, debido a que aún no han formado una

identidad propia ni cuentan con las aptitudes ni la educación requerida para hacer frente a las condiciones de la vida, por lo que corren el riesgo de caer en la prostitución, el consumo de drogas y en formas de conducta criminal.

### *a. Escuela*

Parte importante de la socialización secundaria de las personas se lleva a cabo en los centros educativos; los mismos, constituyen un agente de socialización que, de manera similar a la familia, tienen como objetivo “[...] mantener un consenso valorativo y normativo común sin el cual el sistema social se desintegraría” (Simkin y Becerra, 2013, p. 123). Es por ello que en esta investigación se abordó la experiencia educativa de la población en estudio.

Acerca de este tema, la mayoría de las y los participantes comentaron en sus narraciones haber tenido acceso a la educación primaria; de ellos y ellas muchos refirieron haber mantenido un buen rendimiento académico, haber sentido gusto por asistir a la escuela, e incluso mencionaron, haber recibido la mejor educación que podían de acuerdo a sus recursos socioeconómicos.

Respecto a lo anterior, Simkin y Becerra (2013) afirman que:

Para desempeñarse correctamente en la escuela, se necesita adquirir habilidades específicas, como la capacidad de coordinar los objetivos propios con los ajenos, regular el comportamiento para complementarse con los demás y postergar ciertas gratificaciones para poder cumplir con las tareas propuestas. (p. 132)

Es decir, que quienes hicieron las referencias positivas hacia su educación, sufrieron la alteración desfavorable en su socialización secundaria o primaria, a través de un agente

socializador diferente a la escuela; entendiendo, según los autores, que de haber vivido una experiencia al 100% positiva en la escuela, los y las participantes hubiesen contado con herramientas socioculturales para evadir la situación de calle. Por el contrario, hubo quienes sí expresaron experiencias educativas menos ventajosas:

Sí, sí, iba pero sólo por ir. Llevaba las tareas y todo porque como trabajaba en el campo desde los siete años con mis abuelos, conseguía una platilla ahí y les pagaba a mis compañeros para copiarles las tareas, pero no estudiaba, y me fue mal. Además que los profesores no me soportaban y yo me portaba muy mal, verdad, entonces ¿cómo me iba a ir bien? (Participante n. 17, 2014)

Asimismo, se hallaron narraciones de quienes sí asistieron a la escuela pero desertaron de sus estudios debido a bajas calificaciones y a la necesidad de adecuación curricular; también, por adversidades como la pobreza, en la que muchos hicieron hincapié en no haber tenido zapatos para trasladarse o por que debieron comenzar a trabajar anticipadamente. Un relato relacionado explica lo siguiente:

Sí, sí, pero yo llegué sólo hasta segundo grado, o sea, pasé primero y lo dejé, porque todo era muy caro, piden libros muy caros, y nosotros éramos tan pobres, que no podíamos, y yo tenía que ayudarle a mi mamá a vender cajetas y tamales y todo lo que se pudiera, para sobrevivir. No me gustaba matemática, me acuerdo, me gustaba español y ciencias, y mis compañeros me respetaban, y me iba bien sí, pero me tuve que salir, no había plata, me tuve que ir. (Participante n. 18, 2014)

Al respecto, se entiende que los niños y niñas que viven situaciones de extrema pobreza están en una desventaja de acceso a la educación sobre quienes poseen más recursos. De igual manera, la OPS (2007) alude que:

Las oportunidades de conclusión del nivel primario de los niños que residen en zonas rurales son muy inferiores a las de aquellos en zonas urbanas y que se observan diferencias significativas en las tasas de conclusión del nivel primario entre la población originaria y no originaria. (p. 7)

Lo anterior, tiene un efecto determinante en la salud de la población, ya que quienes no obtuvieron acceso a educación ya sea por vivir en zonas rurales, como por vivir en condiciones de pobreza, tienen menos probabilidad de obtener un trabajo digno que les brinde seguridad social. Es pertinente aclarar, que este tema se ahondará en el apartado que caracteriza a la población en situación de calle participante en el estudio según su gradiente social.

Por último, en una de las narraciones se evidencia la influencia del patriarcado en la deserción escolar, ya que el padre de la participante la forzó a abandonar su educación, determinando en ella, una probable condición social desfavorecedora para el futuro.

Entre las personas participantes, hubo quienes expresaron que se llevaban bien con sus compañeros y/o maestros, y otros u otras que expresaron lo contrario; lo mismo, se ejemplifica en el siguiente relato, en donde se evidencia una relación educador-alumno que pudo haber influido de manera negativa en el desempeño del estudiante:

Ah, ¿con los maestros? Este día fue pésimo, fue pésimo, me gritaban y, y me decían que no servía para nada y que era un mal estudiante y las notas eran bajas,

yo me quedé, [...] me quedé dos años; en segundo me quedé otro año. (Participante n. 21, 2014)

En cuanto a la importancia de la relación docente-alumno para incentivar el desempeño académico, Fernández (2010) comenta que:

El profesor junto con los aspectos organizativos constituye el pilar fundamental para fomentar la participación y crear un clima de clase estimulante. Los docentes que utilizan una metodología y un estilo de enseñanza adecuado a las características de los alumnos de su grupo clase, están contribuyendo de manera muy positiva a motivar para la participación. (p. 28)

Entonces, la referencia bibliográfica brinda una explicación clara de por qué se dio la deserción escolar en el caso de los participantes que no se sentían a gusto en el ámbito académico con sus docentes, pudiendo ser determinantes en el desarrollo de las herramientas para enfrentar dificultades sociales.

También, asociado a la deserción escolar dependiente de la motivación por el estudio, entre las y los participantes hubo tanto quienes expresaron que les gustó mucho estudiar, así como los que sentían desinterés por su educación. Ello se evidencia en los siguientes relatos: “Por eso fue que no estudié, porque me salía de la escuela y amenazaba a la profesora y que si le decía a mis padres le iba a apedrear la casa” (Participante n. 11, 2014); luego, “Porque no ponía atención entonces no serví para estudiar” (Participante n. 15, 2014), o también: “La verdad no me gustaba la escuela era muy travieso, rompía los cuadernos a los que estaban conmigo, era muy travieso pequeño, la maestra sólo quejas le daba a mi mamá, que ya no me soportaba” (Participante n. 13, 2014).

Por otro lado, hubo participantes que establecieron relación entre su conducta y la influencia de amistades: “Diay, en la escuela siempre fui tremendillo, me iba a jugar *play*, bola, parques, jugaba básquet, me la pasaba en La Sabana [parque metropolitano], en el Parque de la Paz, después empecé a conocer amistadillas ahí...” (Participante n. 10, 2014). Es decir, que el desempeño en la escuela se vio determinado por amistades que conoció alrededor de la misma.

Al respecto, Simkin y Becerra (2013) explican que “[...] durante la infancia, los grupos de pares se componen principalmente de compañeros de clase” (p. 130). Además, los mismos autores mencionan que:

[...] El comportamiento de los individuos en el interior de un grupo tiende a ser reforzado positiva o negativamente por el resto de los miembros, lo que determina que, con el correr del tiempo, los integrantes de un mismo grupo tiendan a parecerse. (p. 131)

Lo anterior, aclara el por qué los infantes se ven influenciados significativamente por su grupo de pares. Otra situación, en la cual existió desventaja en la socialización secundaria relacionada con el ámbito escolar se manifiesta en el siguiente relato, ya que dadas las características físicas de la persona participante, hubo presencia de rechazo por parte de profesores y compañeros:

Ajá. Yo hacía 36 [refiriéndose a la talla de su sostén] Entonces ya 36 ya se me notaba, ya con las camisas de escuela ya se me veía. Entonces, la forma de caminar y el ancho de acá, entonces los compañeritos ya me notaban e incluso me aislaban. (Participante n. 8, 2014)

El acoso escolar, o bullying como se conoce actualmente, es una forma de agresión dañina que según Olweus (1983, como se cita en Polo, León, Gómez, Palacios y Fajardo, 2013), se define como “[...] una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un/a alumno/a contra otro/a, al que escoge como víctima de repetidos ataques” (p. 2). Las consecuencias del acoso escolar, según cita Polo *et al.*, se dan tanto a corto como a largo plazo, las víctimas suelen sentirse infelices, inseguras y debido al alto nivel de ansiedad, pueden llegar a presentar síntomas somáticos.

Por último, relacionado a la interrupción de los estudios a causa del consumo de alguna droga, se rescatan tres relatos. Uno de los participantes, dijo haber cursado en la niñez, hasta tercer grado de la escuela manteniendo un buen rendimiento, y resalta que tiempo después se reintegró hasta avanzar a quinto grado en una escuela nocturna, sin embargo, su rendimiento académico había disminuido mucho debido al consumo de drogas, por lo que desertó. Luego, otra participante refiere: “Bien, muy bien, porque ellos [profesores] me trataban a mí con mucho cariño porque ellos sabían con las personas que yo estaba viviendo. Y me llevaban alzada hasta mi casa, cuando me llevaba la pacha de guaro y quedaba borracha” (Participante n. 20, 2014). Y una tercera narración detalla: “Si, saqué el sexto grado, ahí fue cuando inicié el consumo, en la escuela los profesores no se dieron cuenta de mi consumo, en el colegio sí [...]” (Participante n. 28, 2014).

Según Román (2013) la deserción o fracaso escolar responde a varios factores, como por ejemplo los intereses y problemáticas de la juventud, tal como lo es, el consumo de alcohol y drogas, esto debido a que lleva a los estudiantes a cambiar sus prioridades por otros ámbitos o espacios en su vida.

Se entiende entonces, que la toma de malas decisiones consecuentes al consumo de sustancias en etapa escolar, puede determinar las condiciones sociales a las que la persona tenga acceso en su adultez; así fue el caso de estos participantes.

### ***b. Trabajo infantil***

La mayoría de las personas en situación de calle que participaron en este estudio, se caracterizan por haber vivido una infancia en condiciones de pobreza. A raíz de ello, muchos comenzaron a trabajar cuando aún eran niños/niñas o bien en la pre-adolescencia, para aumentar el ingreso familiar y poder pagar gastos en educación. Ellos y ellas relatan que el trabajo lo realizaban ya sea paralelo a las actividades de la escuela, en vacaciones o desertando del todo del sistema educativo.

Entre los relatos, se cuenta el de un adulto mayor que cuando niño debía vender cosas en una carreta junto con sus hermanos y hermanas para poder ayudar al ingreso familiar (Participante n. 6, 2014). También, se encontraron casos en los que las personas ingresaban a trabajar a la empresa familiar o ayudando a su madre o padre en el trabajo. Al respecto un participante dice:

Este, ella trabaja aquí en un Hotel en San José, era ¿Cómo es que se llama eso? Eh, mmm, mucha, mmm, camarera, era algo así, camarera, me entiende, era otro ambiente que también que lleva una cosa con otra, era un hotel de esos baratos, donde consumían drogas, donde iban ahí, donde uno veía la gente ahí drogándose para arriba y para abajo. Yo iba ir a ver a mi tía, entre los mismos hermanos nos turnábamos para venir ayudarle, porque era muy difícil para ella, más que todo cuando ella se enfermaba, entonces como no tenía seguro, tenía que venir a trabajar,

no podía incapacitarse, entonces nosotros le veníamos a ayudar, y veíamos cosas feas (Participante n. 26, 2014)

En otro relato, un participante describe sentir frustración por haber trabajado toda su vida y no haber podido llegar nunca a conseguir estabilidad. Ello, es un reflejo de una alteración en la integridad emocional determinada por una socialización secundaria que se vio marcada por el comienzo temprano de la vida laboral. También, un caso describe que si bien él no tenía la obligación de trabajar, debía hacerlo para poder pagarse artículos especiales:

No me di cuenta cuando pasó, como le digo ya a los 11 años yo ya andaba en la calle, yo ya consumía droga, y la noción que tengo es de los cinco años en adelante. Mi escuela nunca peleé, nunca viví de peleas, mis papás no me pegaron, yo me acuerdo más bien que yo me jamoneaba a los demás chiquillos. También durante mi infancia yo sentí mucho rechazo por mi madre, todo el rechazo del mundo. Me acuerdo también que trabajaba en una panadería, después en un taller, pero eso lo hacía por voluntad mía, eso de que yo tenía que hacerlo para comer, no, no, no, era voluntad mía, a mí me gustaba lo bonito [...] (Participante n. 28, 2014)

Merino (2007) determina que los ejes de desigualdad, en la distribución de las posiciones sociales, se cruzan dando lugar a socializaciones diferenciadas que resultan de la combinatoria de estos ejes. El autor manifiesta por ejemplo, que existe una diferencia entre la socialización de las niñas gitanas pobres y las niñas payas de clase media. Estas personas en situación de calle, según su clase social han tenido que desarrollarse desde temprana

edad en entornos que según el Código de la Niñez y la Adolescencia, ley N. 7739, no son los más adecuados.

En los relatos anteriores, de uno de los participantes, quien menciona la pobreza en la que vivió en su niñez: “Vendíamos cajetas, panes, tamales, de todo, para sobrevivir, verdad, pero no alcanzaba la plata” (Participante n. 18, 2014). Más adelante detalló: “No, fue muy buena [su niñez] pero éramos muy pobres, mucha tristeza, mucha pobreza. Y diay, yo tenía que trabajar, y trabajar...” (Participante n. 18, 2014).

Además, en las narraciones, se detalla cómo el trabajo infantil expone a los niños y niñas a escenas de violencia o consumo de drogas, lo cual, puede generar una referencia negativa hacia la niñez. A continuación, uno de los participantes mencionados anteriormente, también describió las escenas que vio mientras trabajaba:

Como gente consumiendo droga, este, este, gente consumiendo, me entiende, olores de consumo, me entiende, escenas de personas casi muriéndose, enfermas, me entiende, todas esas cosas feas, me entiende, entonces todo eso fue quedándose más que todo en mí, yo fui el único en la casa que salí adicto. (Participante n. 26, 2014)

Como se resaltó en el relato anterior, la socialización secundaria implica nuevos agentes de socialización fuera de la familia, como lo son, según la Sociedad Española de Toxicomanías (2006), el vecindario, la ciudad, urbanización, tipo de ocupación, oportunidades sociales para participar en distintos grupos que a su vez, forman asociaciones sociales, deportivas, políticas, entre otros. Todos estos tipos de socialización secundaria, influyen en la persona, lo que puede resultar en consumo de drogas.

Ahora bien, las narraciones revelan cómo los y las participantes debieron iniciar anticipadamente su desarrollo laboral debido a los roles asignados por sus familias. Entre

ellos se menciona la responsabilidad de cuidar de los hermanos menores y hacerse cargo del ingreso familiar. Es decir que, correlacionando lo anterior con lo expuesto por los autores, las alteraciones en los roles más el inicio laboral anticipado generan entonces, una serie de consecuencias para la estabilidad emocional, siendo determinantes para el desarrollo.

### *c. Violencia sexual y sexualidad precoz*

Según la UNICEF y el Ministerio de Salud de Chile (2011), se entiende abuso sexual infantil como el involucramiento de un niño, niña o adolescente menor de 15 años en actividades sexuales no correspondientes a su etapa del desarrollo; es decir, que no son acordes a su desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para la edad.

En la población en estudio, hubo participantes que relataron sus experiencias de abuso sexual o violación en la niñez. Al respecto, un participante relata que fue víctima de abuso sexual en más de una ocasión y por más de una persona, luego involuntariamente lo asocia con su inicio temprano de relaciones sexuales:

Vieras, que eso es curioso, cuando yo tenía, no sé si contarle, porque en realidad no me ha afectado, creo yo que eso no me ha afectado, cuando yo tenía seis, siete años, una muchacha que nos cuidaba, y esa muchacha llegaba y abusaba de mí, llegaba se desnudaba y venga y eso y le hacía lo que ella quisiera, yo era un niño, por favor que iba hacer yo, en ese caso, pasó eso con esa muchacha, eso fue en Zapote, después nos fuimos para La Uruca, yo tenía como ocho, nueve años y ahí nos cuidó otra muchacha que también me hizo lo mismo y no, pero [...] Ya a los 12 años tenía una vida sexual activa [...] (Participante n. 28, 2014)

En cuanto a lo que las agresiones sexuales pueden significar para la salud de un individuo en su futuro, los autores afirman que es tres veces mayor el riesgo de presentar síntomas depresivos o ansiosos, algún intento de suicidio, abuso del alcohol o Síndrome de Stress Postraumático en la vida adulta, en niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso, que en la población no abusada (UNICEF y Ministerio de Salud de Chile, 2011). Ellos también, muestran que las consecuencias pueden depender de los siguientes factores:

[...] de la edad, el desarrollo cognitivo y emocional, el daño físico producido, los factores resilientes, la cultura en la cual se encuentra inserto el niño, niña o adolescente, la relación con el perpetrador, la cronicidad del abuso, la tipología de éste, la sensación asociada de temor y culpabilidad, la utilización de amenazas o soborno, la pesquisa temprana, la reacción del adulto no abusador ante la revelación y el tratamiento proporcionado a las víctimas. (UNICEF y Ministerio de Salud de Chile, 2011, p. 15)

Asimismo, hubo participantes que contaron haber sufrido violaciones cuando niños, y que hicieron la estricta relación entre el ataque sexual y la sobreexposición y abandono en la que vivían. Entre los casos de violaciones por parte de familiares como primos o tíos, uno relata:

[...] hubo como dos años que yo viví con una tía mía, este. En ese período sí pasé mucho digamos, agresiones físicas, verbales, hubo una violación de un primo, este sí mucha como mucha represión ¿no?, durante ese período. De ahí entonces pasé a vivir con mi abuela y ya las cosas cambiaron. (Participante n. 4, 2014)

Entonces, en el anterior relato se evidencia que hubo presencia de violaciones, además de abusos sexuales en la infancia de ciertos participantes. De igual manera, una usuaria si bien no vivió agresión durante su niñez, inició su vida sexual a los 14 años con personas mayores de 40 años, y aunque ella refirió que los actos fueron “consensuados”; sin embargo, según la legislación de Costa Rica se considera como violación.

También, algunas de las narraciones hicieron referencia a aspectos de su sexualidad, refiriendo haber experimentado una sexualidad precoz; la misma, puede significar para la persona un hecho representativo y determinante para su vida y su salud sexual. A continuación uno de los relatos:

Yo tenía, si me acuerdo, tenía como nueve, diez años, si, de nueve años a 13 años yo ya tenía sexo con chiquillas con la escuela [...] Lo único, que yo me acuerdo, no fue mi primera vez, una vez en la escuela, yo estaba en segundo grado, salí a recreo, y andaba con una chiquilla que andaba con los hombres, salimos con tres hombres en el recreo, [...] escondidos, ahí donde se sembraban, ahí la travesábamos, ya pero así como hacer el sexo no, solo la tocábamos, a los 13 años lo hice ya pero si con penetración. (Participante n. 27, 2014)

La sexualidad, relacionada directamente con la construcción de las identidades de género comienza, como relata Donini (2005), en la socialización primaria dentro del yugo familiar, y continúa en la socialización secundaria, en el grupo de pares y en la escuela, siendo un proceso dinámico interactivo de internalización de pautas y valores. Es decir, que las experiencias sexuales tempranas pueden significar un determinante para el establecimiento de pautas futuras para la salud sexual y la autoestima.

#### *d. Grupo de pares*

En la infancia, como se mencionó anteriormente, se incluyen dentro de la socialización secundaria los grupos de pares; en el caso particular de las personas en situación de calle, dichos grupos pudieron marcar su infancia ejerciendo influencia, ya sea positiva o negativa, siendo la segunda la más frecuente. De ahí que, la sincronía interaccional, definiéndola como el “[...] proceso por el cual diversos miembros de un grupo tienden a asemejarse en cuanto a sus pensamientos y modos de conducta” (Simkin y Becerra, 2013, p. 131).

Entre las influencias negativas, se hallaron amistades con las que los participantes se involucraron en situaciones peligrosas o que los inducían al consumo, como se relata en el siguiente párrafo:

Normal, jugaba, tenía amigos, a los diez años probé el cigarro, tal vez por el barrio donde vivía en ese momento en 15 de Setiembre Colonia Kennedy, es que como yo trabajaba, yo iba con un señor a vender verdura en una carreta y el fumaba, y cuando yo vendía bastante me daba un cigarro era como el amigo de él. [...] y ya a los 12 años trabajaba en el bar y era menor de edad, vendía como cantinero pero aprendí a fumar ahí mismo. (Participante n. 3, 2014)

Un relato asociado al anterior menciona cómo entre los amigos se influenciaban a robar: “Pues a ser vago, ser medio malcriadillo por allá y, y, a robar, a coger lo ajeno sí, sí eso fue lo que aprendí cuando yo anduve con esas pintas” (Participante n. 14, 2014); luego habla:

Así un par de caballos [refiriéndose a las amistades] conocí y eso me conllevó a yo ser un caballo aún más, ya usted me comprende, pues si cuando estaba en la

infancia las amistades que tenía no eran las mejores prácticamente si no, no, no.  
(Participante n. 14, 2014)

Entonces, se evidencia como la teoría citada por los autores concuerda con la descripción de los grupos de pares como agentes de socialización secundaria.

Por el contrario, y siguiendo la teoría de la sincronía interaccional, un relato en particular mencionó que durante su infancia tuvo una amistad con la que vivió momentos significativos y de quien refiere muestras de solidaridad, lo cual significa un recurso importante para las personas en situación de calle, siendo en este caso, una interacción positiva en su socialización secundaria.

Otras personas participantes, respondieron que durante su infancia no mantuvieron ninguna relación de amistad significativa, o no tuvieron amigos que consumieran drogas, o que los incitaran a consumir. También, hubo un caso en el que la persona mantuvo amistades “sanas” en la infancia, pero que al ser adolescente y vivir en una zona más urbana, conoció pandillas. Al respecto, Boxer (2005, como se cita en Simkin y Becerra, 2013) explica que el comportamiento agresivo de una persona está modulado por la agresividad del grupo, de modo que aumenta si el grupo es más agresivo y disminuye si es menos agresivo.

Es decir, que los y las participantes que en su infancia se involucraron con grupos de pares que fomentaban la agresividad, que probablemente se vieron influenciados por estos comportamientos; lo que pudo significar efectos determinantes para su futuro, como la dependencia a sustancias o incluso la situación de calle, con las consecuencias que ello conlleva para la integridad física, emocional y social de la persona.

#### **4.1.2. Gradiente social**

De acuerdo con Whitehead y Dahlgren (2010), el gradiente social es un fenómeno en el cual “[...] generalmente se observa un deterioro progresivo o lineal de la salud a medida que desciende la posición social” (p. 17); de esta forma, las condiciones que ofrecen las clases socialmente débiles generan situaciones que repercuten de forma negativa en la salud de las personas a largo plazo. Según los mismos autores, la desventaja que posee este determinante social en la salud se ve influenciada tanto por características de las y los individuos como por el carácter de la zona y la vivienda en la cual habitan.

Con el propósito de indagar sobre este determinante social, en las narraciones biográficas, se tomaron en cuenta los relatos de las y los participantes con respecto a algunos indicadores sobre el gradiente social como lo son la escolaridad, las zonas de residencia a lo largo de sus vidas (así como el tipo de vivienda en que han habitado), la percepción que han tenido sobre sus ingresos económicos y, por último, se relacionó esto con las condiciones de vida y de salud que han enfrentado según su nivel socioeconómico. Siendo presentados a continuación:

##### ***4.1.2.1. Educación***

Como parte de los indicadores sobre el gradiente social, la educación que han recibido los y las participantes es un factor importante que determina oportunidades para mejorar o mantener sus condiciones de vida. Dentro de las narraciones biográficas realizadas, se encuentran los siguientes hallazgos sobre la escolaridad de ellos y ellas: una persona sin estudios académicos, siete de las y los participantes con primaria incompleta, diez con primaria completa, nueve personas señalaron tener secundaria incompleta, un

participante con secundaria completa, otro con universidad incompleta y, por último, solamente una persona indicó tener un título universitario.

Respecto a lo anterior, se evidencia que más de la mitad de las personas participantes poseen un grado académico de primaria completa o inferior, lo cual se relaciona con lo descrito por Whitehead y Dahlgren (2010) ya que el grado académico obtenido es proporcional a las opciones de empleo y superación personal de las y los individuos; la escolaridad de la mayoría de las personas participantes representa las pocas opciones que poseen para optar por un empleo que les permita solventar sus necesidades básicas.

#### ***4.1.2.2. Zonas de residencia y tipos de viviendas habitadas***

Otro de los indicadores importantes del gradiente social, es la vivienda y las zonas de residencia de cada persona. En lo que respecta a las zonas de residencia, se menciona el centro de San José o lugares aledaños como las principales zonas urbanas en que residieron las personas en estudio. En muchos de los casos, fueron sitios o comunidades con mayor incidencia de problemática social en temas de drogas, pobreza y marginalidad. Al respecto, uno de los participantes afirma: “Viví en Sagrada Familia de los diecisiete a los veinte más o menos, después me fui para Hatillo, después para Cristo Rey, con otras familias, una historia muy triste.” (Participante n. 30, 2014).

Además, se encontraron zonas de residencia rurales, en pueblos; entre ellas se encuentran lugares como Mansión de Nicoya, Naranjo, Turrialba, Guápiles, Puriscal, zonas rurales de Nicaragua y Panamá, entre otros. Uno de los participantes describe su residencia rural de esta forma: “Bueno en Frailes era humilde verdad, como toda gente de campo, usted sabe que tiene casitas humildes [...] fincas y todo [...]” (Participante n. 12, 2014).

En relación con lo anterior Whitehead y Dahlgren (2010) manifiestan que la zona de residencia determina las condiciones sociales que ofrece el lugar a sus habitantes; es así como en los lugares urbanos se evidencia mayor desarrollo económico, incidencia en la problemática de drogas y delincuencia.

Para finalizar el tema de lugares de residencia, tanto los descritos anteriormente en los primeros años de vida como en los que vivieron posterior a esa etapa, Palomo, Grande y Linares (2014) hacen mención a que “[...] el grupo y la categorización social (estatus social, ingresos económicos, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia) correlacionan con los indicadores clásicos de salud (esperanza de vida, capacidad funcional, accidentes, morbilidad y mortalidad), fenómeno que se conoce como gradiente social” (p. 79).

Con respecto a la vivienda, la mayoría de las y los participantes han habitado viviendas alquiladas a lo largo de su vida, por lo cual se enfatiza la ausencia de un hogar propio; asimismo, las y los sujetos de estudio refieren que los diversos domicilios que han habitado estaban contruidos de materiales como madera o ladrillo, algunos comentan que los pisos eran de tierra, otros explican que vivían en estancias similares a ranchos y en cuarterías. Uno de los participantes describe la casa de esta forma; “La casa era de madera, una casa de un ayudante de capitán, por decirlo así. Una casa llena de hendidias, y llena de alacranes, y entraba frío [...]” (Participante n. 9, 2014).

De acuerdo a Palomo *et al.* (2014) “[...] el círculo vicioso de carencia, marginación, exclusión se asocia a otros efectos como la peor calidad de la vivienda, entornos peor equipados y deteriorados” (p. 84); ello implica que habitar viviendas en malas condiciones o con carencia de los servicios básicos trae consigo desigualdades en salud.

Los autores mencionados anteriormente, hacen referencia al tema de entornos mal equipados, lo cual se relaciona con lo que refirieron muchos de los y las participantes al

indicar que enfrentaron condiciones de hacinamiento debido al inadecuado espacio con el que contaban y a la numerosidad familiar. Al respecto una persona señaló que: “[...] eran dos dormitorios donde nos acomodábamos los 12, y un dormitorio pequeño, donde había una camita pequeña. Entonces nos acomodábamos ahí, de alguna forma pero todos cabíamos.” (Participante n. 8, 2014).

En los hogares mal acondicionados, en relación con el número y características de los habitantes, es posible encontrar carencias en temas como lo son la alimentación, la higiene y la adecuada ventilación, lo que a su vez Buelvas y Agudelo (2011) asocian a un aumento en los problemas de salud, de tipo respiratorio, gastrointestinales y otros.

Continuando con el tema de inadecuado acondicionamiento de los hogares, en muchas de las narraciones biográficas se hizo evidente algunas limitantes en servicios básicos como lo son el acceso al agua potable y adecuado manejo de desechos. Una de las personas expresó que: “Teníamos lo necesario, recogíamos agua de un riachuelo. Y defecábamos en un servicio de hueco.” (Participante n. 9, 2014).

El relato anterior se relaciona con lo descrito por Buelvas y Agudelo (2011) al afirmar que “[...] las condiciones de vivienda, de trabajo y los estilos de vida tienen un profundo impacto en la salud y el bienestar. En muchos países desarrollados, el acceso al agua potable, servicios públicos y sanitarios puedan estar limitados” (p. 323); ello aumenta las inequidades en salud de las poblaciones.

En contraste con lo anterior, un número menor de las personas indicó haber habitado en casas con comodidades y todos los servicios básicos (como lo son la electricidad, teléfono, agua potable y acceso a servicios de salud). Uno de los participantes, respecto a su hogar dice: “[...] ellos [sus tíos, con quienes vivía] tenían dinero, era muy grande, de dos plantas, grandísima, era muy bonita.” (Participante n. 16, 2014). Según la

afirmación anterior, esas personas habitaron viviendas con mejores condiciones en lo que se refiere a espacio, comodidad y servicios básicos; ello fue solamente en una etapa en su vida. De acuerdo con Rojas (2013), una característica importante en el gradiente social es el hecho de que las condiciones de vida son constantes con el pasar de los años y existen pocas opciones de cambio cuando la desventaja se mantiene.

#### *4.1.2.3. Percepción de las personas participantes sobre su economía con el transcurso del tiempo*

En lo que respecta a ingresos, los y las participantes refieren que en la infancia son fundamentalmente los de la madre, el padre o la persona o institución encargada. Destacan en las labores desempeñadas por los padres las siguientes: camionero, negociante, cafetalero, agricultor, trabajador en bananera, pescador, salonero, trabajador en armería, litógrafo, músico; por su parte las principales labores desempeñadas por las madres fueron: costurera, trabajadora doméstica, administradora de estación de servicio, entre otros.

De acuerdo a la OMS (2008b) el tipo de empleo que desempeñaron los padres y las madres de las personas en estudio es un factor clave del gradiente; es así que, el trabajo y las condiciones del mismo pueden tener repercusiones en la salud de las personas, en los ingresos económicos y, por ende, en las oportunidades para sus hijos e hijas, que son las y los participantes de este seminario.

De este modo, según las narraciones biográficas, no se evidencia algún grado de profesionalización en las labores desempeñadas por los padres y las madres de las personas participantes; se denota que subsistían con los ingresos percibidos por sus oficios, la cual originó pocas oportunidades sociales. En lo que respecta a la relación del gradiente en el desarrollo de las personas y la posibilidad de cambio la OMS (2008b) resalta lo siguiente:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. (p. 1)

Posteriormente y continuando con la vida de las personas participantes, refieren haber tenido distintos tipos de empleos, los cuales se detallaran más adelante en otro apartado titulado con el nombre de Trabajo; ellos y ellas señalan que esos trabajos no siempre satisfacían sus necesidades básicas. Señalan al grado educativo, a la dependencia a sustancias y a otros factores entre las causas principales de que solamente se han desempeñado en empleos informales o mal remunerados.

Las condiciones que ofrecen los trabajos informales y mal remunerados ponen en riesgo la salud de las personas, ya que limitan el acceso a servicios básicos, no garantizan sus derechos sociales y reducen las oportunidades de aspirar a una vida mejor. La OMS (2008b) señala que “[...] el empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales” (p. 8). Además, el mismo autor, enfatiza que:

Para alcanzar la equidad sanitaria hace falta que el empleo sea seguro, sin peligros y bien remunerado, que haya posibilidades de empleo a lo largo de todo el año y que exista un equilibrio justo entre vida profesional y vida privada para todos. (p. 8)

En la actualidad, especifican que debido al desempleo o empleos informales en este momento se encuentran en una condición que no les permite solventar el alquiler de vivienda y satisfacer las necesidades básicas; apuntan al hecho de que su condición económica ha empeorado con el paso del tiempo debido a muchos factores, entre ellos refieren el menor ingreso económico percibido al transcurrir los años, el versen obligados u obligadas a pagar un alquiler por no contar con una vivienda propia, a la devaluación de la moneda, y una buena parte debido al consumo. A esto último, uno de los participantes hace referencia:

[...] estaba ganando como 400 mil colones, claro tenía para la casa, la comida, mi esposa, mis hijos y me alcanzaba para la droga [...] hasta que llegue al punto de ser tan adicto y por los cuentos de mi mujer, me quede sin trabajo, ganaba menos, la veía fea, pero seguí, busque trabajillos en construcción, seguí, ganaba dinero, pero llegó el punto que mi adicción era mucho y sólo me alcanzaba para eso y pues así quedé en la calle. Mi situación económica ha sido fatal, ha sido peor cada día.  
(Participante n. 28, 2014)

Es de esa forma que el gradiente social ha empeorado con el paso de los años, según refieren los y las participantes; ello se relaciona con lo descrito por Whitehead y Dahlgren (2010) al afirmar que las clases más desposeídas poseen menos oportunidades de cambiar

su estatus social; con esto se suma las alzas en el costo de la vida, el consumo de sustancias y otros factores que ensanchan cada vez más el gradiente social.

Sumado a los factores que generan mayores inequidades, algunos de los participantes apuntan al envejecimiento como un agravante que trae consecuencias negativas a la condición económica: “Ha empeorado, sí claro, ya soy más anciana, soy más vieja, ya no recibo el mismo dinero que antes, que cuando tenía 20 años, porque como yo le expliqué yo trabajo en las calles y los hombres buscan mujeres jóvenes.” (Participante n. 2, 2014).

Romero (2008) hace referencia a los cambios que trae consigo el envejecimiento en lo que respecta a la imagen que tiene la sociedad sobre cada individuo; ello se encuentra influido por los cambios biológicos propios de ese proceso y que repercuten en la dinámica social. El autor agrega:

Esto presupone que los cambios en la esfera social cuando el individuo llega a una edad avanzada, están determinados por su conducta social previa. La posición del individuo en la sociedad se modifica en el curso de su vida y depende de factores biológicos, de patrones de conducta, de su personalidad, del rol social desempeñado y, en gran medida, del sistema social y el momento histórico en que se desarrolla.  
(p. 291)

Por lo anterior, en la adultez mayor, muchas personas experimentan un sentimiento de rechazo, exclusión, menores oportunidades laborales, entre otros; esto puede tener consecuencias en la salud de las personas.

Contrastando lo anterior, algunas personas expresaron que en la actualidad han percibido que sus ingresos económicos mejoraron. De acuerdo a las narraciones

biográficas, ellos y ellas refieren que han cesado o disminuido el consumo de algunas sustancias y, con ello, perciben aumento en el dinero disponible para solventar algunas necesidades básicas. Al respecto uno de los participantes indica:

Le voy a decir la verdad, creo que se ha mantenido, ahora como estoy trabajando así, tengo platilla, para poder comer una vez que otra, y comprarme una vez que otra unos cigarrillos y la cerveza. Como he dejado un poco los vicios, me alcanza para más [...] (Participante n. 27, 2014)

Según la OMS (2008a), la dependencia a sustancias tiene dentro de sus consecuencias la disminución en los recursos económicos de las y los individuos; dado que el consumo es uno de los factores que empeora su condición económica, al percibir una reducción en el consumo se observa un aumento del dinero disponible para satisfacer las necesidades básicas.

#### ***4.1.2.4. Desventajas en la salud***

El acceso a los servicios de salud es un punto importante a tomar en cuenta para analizar el tema de gradiente social, ya que la adecuada atención sanitaria detecta y combate los problemas de salud más frecuentes en la población, mejorando así las condiciones de salud y de vida. Whitehead y Dahlgren (2010) comentan lo siguiente:

Desde el punto de vista de los derechos humanos, toda persona tiene el derecho muy básico a acceder a una asistencia sanitaria eficaz que alivie su sufrimiento cuando caiga enferma, que le proteja y evite la aparición de enfermedades, y que le ayude a mantener la salud cuando se encuentre bien. (p. 18)

El acceso a la atención en salud para las personas en situación de calle, según lo indica la CCSS (1943) en la Ley Constitutiva, Sección I, Artículo 3 establece que “[...] la Junta Directiva queda autorizada para tomar las medidas tendientes a coadyuvar en la atención médica a los indigentes, en los riesgos y accidentes profesionales, y en la campaña de medicina preventiva” (p. 1). De esta forma se visualiza que la prestación de atención sanitaria a las personas participantes no queda explícita en dicha *Ley*; en las narraciones biográficas la mayoría de personas refirieron no tener seguro social y, por ende, conocer muy poco con respecto a su actual estado de salud.

Como ya se mencionó anteriormente, las repercusiones del gradiente social se reflejan en la salud de las personas. Las y los participantes refirieron que durante su infancia experimentaron enfermedades como asma, parásitos, malaria, crisis de pánico y nerviosismo y desnutrición, un participante relató que:

[...] me ponía morado y me ahogaba cuando lloraba, un hermano epilepsias, otro ataques de no sé qué, como asmático, el pequeño asmático, mi hermana tenía nervios y no sé qué, algo normal pero no éramos tan sanos, porque no llevamos una alimentación buena, nunca tomamos leche, era agua de azúcar, de vez en cuando comíamos, de vez en cuando no, que los familiares nos daban tortillas o esto, porque mi mamá era alcohólica, no se interesaba; por el alcohol nos tenía, como dicen, por tener. Entonces este, nutricionalmente estábamos muy mal de defensas, llegamos desnutridos yo y mi hermano desnutridos; yo era gordo pero de lombrices, no de carne ni de grasa [...] (Participante n. 1, 2014)

Respecto a esta narración Vidal, Chamblas, Zavala, Müller, Rodríguez y Chávez (2014), afirman que “[...] la carencia de comida o la falta de variedad provocan desnutrición

y enfermedades carenciales, a la vez, un consumo excesivo contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades oculares degenerativas, obesidad y caries dentales” (p. 65). Los autores explican además, que los problemas respiratorios tienen relación con el ambiente y las condiciones de la vivienda; esto explica el hecho de que las condiciones de vida durante la infancia se relacionan con los padecimientos más frecuentes que se mencionaron en esta etapa.

En la actualidad, algunas y algunos de los participantes indican que no han percibido problemas en su salud. Otros y otras señalan que padecen de enfermedades en los huesos, hipertensión arterial, problemas cardíacos, gastritis, colitis, cirrosis, depresiones, convulsiones, entre otras. Vidal *et al.* (2014) mencionan la relación existente entre las inequidades y los problemas de salud de las personas

Otros ejemplos tácitos de la influencia de las inequidades socioeconómicas en las formas de morir y vivir de las personas son la alta mortalidad y los padecimientos previos a la muerte que anteceden el acceso a un servicio de salud en regiones como África, Asia y Latinoamérica, especialmente por enfermedades crónicas y en población de adultos mayores. (p. 323)

Con respecto a lo anterior es necesario tomar en cuenta la clase social de la mayoría de las y los participantes al igual que su dependencia a sustancias, lo que ocasiona aumento en las situaciones de enfermedad que puedan enfrentar. Sin duda alguna cada problema de salud es reflejo de cómo han vivido cada una de estas personas. Urbina y González (2012), explican que:

La mala salud de las personas más pobres, el gradiente social de salud en el país y las grandes desigualdades sanitarias son provocadas por una distribución desigual

del poder, los ingresos, los bienes y los servicios así como por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural. (p. 11)

Estos mismos autores señalan que para “[...] reducir el gradiente social se deben emprender acciones universales, con una escala e intensidad que sea proporcional al nivel de desventaja y de necesidad” (p. 59), es decir, orientarlas tomando en cuenta las características de cada país y de cada grupo en específico.

#### **4.1.3. Trabajo**

Según el modelo de los determinantes sociales de la salud de la OMS (2015) las condiciones de trabajo influyen fuertemente en la salud física y emocional de las y los individuos, por lo que es importante determinar los diferentes empleos en los cuales las personas en situación de calle se han desempeñado a lo largo de su vida.

Según la Oficina Internacional del Trabajo (OIT, 2009):

El trabajo formal es todo aquel que sea proporcionado por el Estado o sector privado y que cumple con las tributaciones al estado y a las leyes que se rigen en cada país, y generalmente brindan protección social al trabajador. (p. 16)

Es importante aclarar que la totalidad de las y los participantes carecían en el momento de la recolección de datos de un trabajo con las características descritas anteriormente, evidenciando así la desigualdad en oportunidades laborales.

De acuerdo a lo anterior, se determina que los y las participantes al no tener oportunidad de trabajos formales en sus vidas, aceptaron propuestas para desempeñar trabajos informales, definido por la OIT (2009) como: “Son aquellos que se caracterizan por falta de protección social y menor estabilidad que la proporcionada por los empleos formales” (p. 19). A través de las narraciones biográficas se observó que las y los investigados realizaban distintos trabajos, pero todos ellos bajo esta categoría, en el cual pone en evidencia que esta población posee una fuerte inestabilidad laboral.

Representando algunos de estos trabajos informales que realizan actualmente esta población, se encuentran en su mayoría: ventas ambulantes, prestación de servicios ocasionales en mercados y negocios locales, como expone el siguiente relato: “Si contando naranjas, cargando camiones, usted sabe que en los mercados se hace de todo” (Participante n. 11, 2014), estos oficios son los que les permiten generar ingresos esporádicamente.

Esta desigualdad está influida por el nivel de educación que tienen estas personas (situación descrita anteriormente en el apartado de primeros años de vida), que les favorece o perjudica en el momento de acceder a oportunidades laborales, como menciona Kucera y Roncolato (2008) “Los trabajadores menos instruidos tienen menos perspectivas de empleo regular. Si aumentase en un país el nivel de estudios, habría más trabajadores cualificados para ocupar los puestos de trabajo buenos del sector regular” (p. 365).

Por lo tanto, es importante reiterar que el poco acceso a la educación es un factor importante que se debe poner en consideración a la hora de hablar de trabajo y refleja la conservación de malas condiciones sociales a lo largo de sus vidas (como se evidenció en el apartado de gradiente social).

No obstante, algunas de estas personas refirieron en algún momento de sus vidas haber contado con un trabajo formal (algunos de estos fueron: oficiales de seguridad

privada, ayudantes en construcción o dependientes en tiendas reconocidas en el país), donde gracias a ellos, les brindaban la seguridad social por parte de la CCSS. Como se mencionó en la referencia sobre trabajos formales, por medio de estos fueron aseguradas o asegurados para los servicios de salud y cotizaban para obtener una pensión para la jubilación. Respecto a esto, uno de los investigados expresa: “Cuando he estado aquí, en este almacén... Sólo ahí estuve asegurado... Y ahí en Calle Blancos también coticé.” (Participante n. 10, 2014).

Con base en lo anterior, Freije (2012) afirma:

Las actividades informales, casi por definición, evitan los impuestos sobre la nómina y las contribuciones a la seguridad social, de manera que los trabajadores del sector carecen de acceso a las diferentes formas de protección social como el seguro de desempleo, el seguro de salud o la jubilación. (p. 20)

En el relato, el participante expresa solamente un trabajo formal, con los demás, evidenció la carencia de esta seguridad social. De acuerdo a lo que menciona el autor, esta ausencia de cotizaciones produce grandes consecuencias en la actualidad, ya que sin un seguro social estas personas no se encuentran en iguales condiciones con respecto al acceso a la salud y más a largo plazo, causará la ausencia de pensiones al llegar a la vejez, que cubran con las necesidades básicas mínimas.

Freije (2012) sugiere que “[...] las actividades informales son aquéllas creadas no en respuesta a oportunidades de inversión, sino a la necesidad de generar el propio empleo” (p. 10). En relación a esto, se puede afirmar que las actividades anteriormente detalladas surgen de la necesidad de obtener un empleo y por generar algún ingreso económico, pero no la obtención de beneficios sociales.

Igualmente algunas y algunos de los participantes han trabajado en negocios propios, sin embargo, durante ese periodo de igual forma ha estado ausente la cotización a la CCSS, correspondiendo también a una forma de trabajo informal. Entre los evidenciados por las y los participantes se encuentran: administración de pulperías, almacenes, sodas, talleres, entre otros, al respecto un participante relata: “Tenía mi taller de soldadura en la zona donde vivía, allá en Santa Ana. Entonces este, y parte de mis clientes eran gente de que cómo te diría, gente de un poquito de dinero [...]” (Participante n. 9, 2014).

Asimismo, algunas y algunos investigados solamente han realizado trabajos temporales. La duración en estos trabajos es variada, desde un día hasta algunos meses, como narra uno de ellos: “Nunca he tenido trabajos fijos. Siempre han sido casuales., chambas, he durado que seis meses, que un año, en una constructora [...]” (Participante n. 9, 2014).

Esta situación, reduce aún más la seguridad y el bienestar que un trabajo debe generar a las y los individuos, volviéndose una limitación para la integración social y agrava la situación en la que se encuentran. Según el Foro Ciudadano de Participación por la Justicia y los Derechos Humanos, la OIT acuña un concepto sobre trabajo decente y menciona:

El trabajo decente implica, además, oportunidades de trabajo productivo y con un ingreso justo; brindar seguridad en el lugar de trabajo y protección social para los trabajadores/as y sus familias. El trabajo decente supone mejores perspectivas para el desarrollo personal y favorecer la integración social; da a las personas libertad de expresar sus opiniones, organizarse y participar en la toma de decisiones que inciden en sus vidas y garantiza la igualdad de oportunidades y de trato para todos y todas. (p. 2)

Sin embargo, como ya se citó anteriormente las y los participantes en su totalidad carecían en el momento de la recolección de los datos de un trabajo con estas características; las actividades que realizaban escasamente les permitían subsistir.

Además al referirse a las condiciones de trabajo según la OMS (2003), la evidencia muestra que el estrés asociado al aspecto laboral contribuye de manera importante a las grandes diferencias en la salud, la ausencia de enfermedad y la muerte prematura relacionadas con la posición social. Y que, el poco control sobre el trabajo está fuertemente asociado con un mayor riesgo de enfermedades.

Con respecto a esto, el carecer de un trabajo, como menciona esta organización, no obtiene una seguridad social regulada por el Estado, quedando expuestos y expuestas a situaciones que han afectado su salud en la actualidad.

#### ***4.1.3. Destino de los ingresos generados***

La utilización del dinero generado a partir de los empleos realizados por las y los participantes, incluye la compra de mercancía para revender, adquisición de artículos para el aseo personal, satisfacción de necesidades básicas y la compra de drogas; como se menciona en el relato:

Cuando yo tomaba, siempre lo primero era el guaro, no pensaba en nada sólo en el guaro. Bueno primero pagaba la ropa, la comida, pagar a lavar la ropa, pero con el paso del tiempo, mi consumo aumentó y pues toda mi plata la gasta en guaro, en fiestas [...] (Participante n. 16, 2014)

Como se refleja en el relato, el consumo de drogas es un agravante en la situación socioeconómica a pesar de que las y los investigados tuviesen trabajo. Sin embargo, otras personas manifestaron que a pesar de que consumían drogas, las prioridades para ellos siempre fueron las responsabilidades familiares y por lo tanto la utilización del dinero iba destinado a satisfacer las necesidades de sus hijos-hijas o pareja, como se demuestra en el relato siguiente: “En esa etapa, era sólo mi familia, como le digo en ese momento yo ya llevaba años de consumir, siempre fue la familia, desde que me hice responsable del chiquito siempre han estado primero ellos [...]” (Participante n.28, 2014).

Cabe mencionar que el dinero que generan actualmente no les permite el pago de cuentas básicas, como el alquiler de un cuarto o casa; y esta dificultad en ocasiones se debe a no contar con un trabajo estable, por lo que esto les impide alcanzar beneficios en condiciones de salud y a nivel social.

Sobre esto Freije (2012) argumenta que “[...] el trabajo decente debería constituir la esencia de las estrategias globales, nacionales y locales para lograr el progreso económico y social. Es indispensable para reducir la pobreza, y como medio para alcanzar un desarrollo equitativo, global y sostenible” (p. 3). Es en esto, que radica la importancia de generar empleos que les permitan alcanzar ese progreso social y económico, y que logre cubrir con las necesidades básicas personales y de sus familias.

Pero para lograr esto se necesita un esfuerzo interdisciplinario, y que como menciona el autor, involucre estrategias globales y leyes que las respalden, esto si se desea que las condiciones sociales de las personas más vulnerables mejoren, y lograr con ello, una equidad social, ya que en el caso de estas personas participantes, el trabajo no es sinónimo de reducción de la pobreza y que cubra las necesidades básicas.

#### **4.1.4. Desempleo**

##### ***4.1.4.1. Razón del desempleo***

Si bien pueden ser múltiples las causas por las que una población se mantenga en desempleo, es importante conocer y determinar las razones particulares de las personas en estudio, ya que esta condición puede determinar los problemas sociales, económicos y de salud a la que se enfrentan. En relación a esto, Villegas y Ulate (2013) indican que: “La existencia de altos niveles de desempleo representan un problema para un país, tanto económica como socialmente, al presentar estos una correlación con problemas sociales como altos niveles de pobreza e inseguridad pública” (p. 15).

Según lo anterior, el desempleo evita que las personas tengan un progreso social, y encierra a las personas en la pobreza, debido a la carencia de ingresos para desarrollarse plenamente, ya que sin un medio de trabajo no pueden obtener los ingresos para lograrlo. En esto median los factores que afectan a la salud y reduce el acceso a la atención, además de producir inseguridad pública, ya que altos índices de pobreza llevan a la población a realizar mayores actos de delincuencia.

También es importante recalcar que dentro de los motivos por los cuales a estas personas se les dificulta obtener un trabajo, con las características señaladas anteriormente, se encuentra la mencionada por el siguiente participante: “Trabajé en construcción siempre fue en construcción, hasta ahora que vengo porque por mi pierna no puedo trabajar ahí no aguanto el dolor y voy un día y ya luego no aguanto seguir” (Participante n. 15, 2014).

Se puede evidenciar que el desgaste físico generado por los mismos trabajos y en algunos casos por el proceso normal de envejecimiento o el deterioro a causa del consumo de drogas, se vuelve un obstáculo para continuar, más aún en trabajos que requieren de

esfuerzo físico, como lo es el trabajo en construcciones. Esto se evitaría si tuvieran un respaldo u otras opciones de trabajo.

También, es importante señalar que al ser personas con problemas de drogodependencia, corresponde a otro motivo por los que no logran permanecer en un empleo formal y estable; es a causa de los efectos de la dependencia, las y los obliga a buscar otros medios para generar dinero.

Estas consecuencias causadas por el consumo de drogas, llegan a deteriorar aún más las condiciones laborales que experimentan las y los participantes. Impiden su progreso y su permanencia y/o participación en la sociedad y se vuelve una problemática social más amplia, ya que como refiere la OPS (2009b) “Los trastornos causados por el uso de drogas son una pesada carga para los individuos y las comunidades. El uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad” (p. 14).

Esto se debe a la falta de estrategias de manejo de la problemática de las drogas, ya que estas personas no logran encontrar una forma de mejorar su condición y al no manejarse adecuadamente o desconocerse el cómo, se va aumentando el problema debido a que no se encuentra una manera de darle soluciones de trabajo a personas con problemas de drogas, que en muchos casos desarrollan discapacidades sociales y físicas.

Otra de las razones que origina desempleo, es la condición migratoria de algunos participantes, ya que su residencia no es legal. Ello, lógicamente acrecienta la dificultad de encontrar un trabajo estable, más aun considerando el nivel educativo que poseen. Al respecto, se expone el siguiente relato:

Como ebanista y como operario, si, [...] a mí me salen trabajos así, y como que te agarran y te sujetan, y siento presión, y vienen y me dicen "sólo porque no tiene

documentos le voy a pagar esto", bueno, no lo dicen así, pero uno lo entiende [...]  
(Participante n. 19, 2014)

Si bien la ley no les permite trabajar, se presentan casos en los que las y los patronos omiten la ley, para conseguir ventajas tales como sueldos más bajos o evadir las obligaciones con la CCSS, contratando a estos trabajadores. Rubio (2012) menciona al respecto que:

Las dificultades de acceso al empleo afectan de un modo especial a colectivos en posición de desventaja, que se traduce en una mayor dificultad de acceso a un puesto de trabajo. Es el caso de las personas con discapacidad; las minorías étnicas; las personas inmigrantes; los jóvenes; las mujeres con cargas familiares y las personas mayores de 50 años. (p. 8)

Según el autor, la condición de inmigrantes los coloca en desventaja no solamente en relación del acceso a un empleo, sino también a uno con igualdad de condiciones y de paga.

Otra causa de desempleo, corresponden a los antecedentes penales, como lo detalla uno de los relatos: “Pero con la necesidad de que no te dan trabajo después de la prisión, sigues con esas limitaciones. Yo era un ex presidiario y un ex convicto, entonces a veces te tienen miedo, y te miran raro [...]” (Participante n. 9, 2014).

Estas personas, como se observa en el relato anterior, perciben esto como una limitación y ven la falta de ayuda por parte del Estado en estos casos, convirtiéndose en un obstáculo más. Al respecto un participante dice:

[...] los recursos no están dirigidos para atender a personas que están en la calle, y decirte: tienes un trabajo, las instituciones públicas no te ayudan porque tienes una condena pasada. Has tomado o que tienes tu hoja manchada, entonces eso no te ayuda. Entonces qué es lo que sucede. Usted vuelve a recaer [...]" (Participante n. 9, 2014)

Guinea (2012) hace referencia sobre las normativas laborales que deben existir en los diferentes países, afirmando que:

El marco legal laboral vigente en cada país está compuesto por el conjunto de normas y legislación que restringen las actuaciones en el mercado de trabajo. La mayoría de dichas normas se compactan bajo los códigos de trabajo que han sido objeto de profundas reformas en los últimos años. (p. 8)

Sin embargo, se necesita de un esfuerzo mayor, ya que como expresa el investigado, a pesar de las constantes reformas que se hacen a las leyes de trabajo y las regularizaciones por parte del Estado, se requiere de leyes que vayan destinadas a proteger, respaldar y ayudar a las personas que hayan tenido problemas legales, para volver a integrarse a la sociedad después de cumplir con su condena, y aún más a aquellas que sean parte de las minorías sociales como es la situación de calle.

#### ***4.1.4.2. Consecuencias del desempleo***

##### ***a. Actividades ilegales***

Villegas y Ulate (2013) comentan: “La falta de ingresos lleva a las personas a tomar decisiones que perjudican su acceso a la educación y la salud y, consecuentemente, su

capacidad productiva, limitando las posibilidades de generar ingresos en el largo plazo” (p. 12). Con base en estos autores, la falta de ingresos económicos que poseen las personas en situación de calle, las y los instan a tomar acciones ilegales, generando un círculo vicioso, dado que estos problemas legales, de igual forma les limitan el acceso a un empleo digno.

Dentro de estos actos delictivos podemos mencionar el hurto (inclusive a sus familiares), ya que lo asumen como una forma fácil de ganar dinero. Un investigado manifiesta:

Mi hermano tiene buenas cosas en la casa, legalmente tiene muchas herramientas y un poco de cosas entonces diay yo aprovechaba cuando estaba solo y le sacaba herramientas, destornillador y cosas así que según decía yo no se iba a dar de cuenta por ser tan pequeño, entonces iba y lo vendía e iba a comprar la droga. (Participante n. 14, 2014)

En relación a esto la INCB (2003) alude que:

Los delitos relacionados con el uso indebido de drogas son en su mayoría no violentos y con frecuencia menores. Los delitos económico-compulsivos para obtener drogas, como el robo y el hurto, son más comunes que la agresión violenta inducida por las drogas. (p. 5)

Entonces, el relato es congruente con lo afirmado por los autores, ya que no se ve incidencia de delitos violentos por consumo de drogas sino que incurren en hurtos y robos no agravados.

Otra de las actividades ilegales que se identificaron, es el tráfico de armas, así como se menciona en el siguiente relato: “[...] Pasaba armas, iba a dejar armas por allá, iba a

dejar un chopo por allá y entonces me pagaban” (Participante n. 9, 2014). De esta manera obtiene dinero y satisface las necesidades generadas por el desempleo.

La INCB (2003) especifican que el desempleo sirve para medir el entorno económico y la carencia de oportunidades en los mercados formales para obtener un empleo legal y, por lo tanto, mayor oportunidad para el trabajo ilegal.

Y es debido a esta alza en el desempleo y a la poca oportunidad, como exponen los autores, que realizan todas estas actividades ilegales antes detalladas. Esto, igualmente incide en la salud actual de esta población, en la medida en que por su situación se ven expuestas o expuestos a riesgos de violencia relacionados con las prácticas ilegales y ello significa desigualdad.

#### *b. Necesidades generadas por el desempleo*

Si bien es cierto, ya se indicaron las actividades ilegales que realizan las y los participantes como consecuencia del desempleo en el que se encuentran, pero este también genera otras necesidades como en la alimentación, falta de vivienda y en la salud, entre otras; un relato muestra:

Demasiadas necesidades, ya cosas que uno necesita y no tiene como alimentarse y tiene que limitarse en todo, si yo antes me compraba un desodorante de 2500 ahora tengo que comprarme uno de 600 cañas, porque tengo que dejar para que alcance, (Participante n. 12, 2014)

Este relato muestra la condición de deterioro en cuanto a la alimentación y la compra de objetos para el aseo personal, todo esto a consecuencia de encontrarse en desempleo. Villegas y Ulate (2014) afirman que:

El desempleo brinda un indicio de los recursos productivos no utilizados, así como de la situación de los hogares respecto al ingreso por concepto de trabajo, que a su vez afecta la demanda interna de bienes, por lo que altas tasas de desempleo pueden significar un deterioro en la actividad económica de un país. (p. 7)

Este deterioro aumenta en poblaciones vulnerables, como en el caso de las personas en situación de calle, que por sus ingresos se encuentran muy por debajo de las entradas económicas que obtendrá una persona que se encuentre con empleo formal y digno. Y como menciona el autor, a mayor desempleo producirá un mayor deterioro en la economía del país.

En cuanto a esto las y los investigados están conscientes de que el desempleo no les permite mejorar su condición de vida, ya que no se alimentan bien y no tiene las mismas oportunidades que las demás personas, esto les genera preocupación y reduce sus expectativas de vida.

#### **4.1.5. Apoyo social**

Como se menciona en el marco referencial, el apoyo social desde una perspectiva de los DSS es entendido como aquellas redes sociales que brindan apoyo para mejorar la salud de las personas dentro de su hogar, trabajo o comunidad.

De igual forma, Fernández (2005) sugiere que el apoyo social es un recurso derivado de las relaciones sociales y es de suma importancia para la salud, porque identifica los vínculos sociales con que cuenta la persona y que pueden favorecer su condición de vida.

Es por lo anterior, que se crea este apartado para caracterizar el apoyo social con el que cuentan las personas en situación de calle, con la finalidad de conocer y determinar la forma de interacción de esa red social, que puede favorecer o no la condición de vida de las y los investigados.

Asimismo, Fernández (2005) refiere que las personas, familias y la propia comunidad, constituyen un recurso que garantiza la continuidad de los servicios profesionales en salud, porque colaboran con el desarrollo de aspectos fundamentales para la salud como lo son la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la rehabilitación.

Entonces según lo citado, para que se desarrollen esos tres aspectos fundamentales de la salud (prevención de la enfermedad, promoción de la salud y rehabilitación), se debe conocer la participación de las redes sociales en la vida de las personas en situación de calle. Por lo que a continuación, se presenta el apoyo social evidenciado en las narraciones biográficas, comprendido en tres agrupaciones significativas.

#### ***4.1.5.1. Apoyo social dado por la familia***

Actualmente las familias de las personas en situación de calle son variadas; esto obedece a la diversidad en su conformación. Sánchez (s.f.) menciona que en los últimos años se ha producido un aumento en la diversidad familiar, en la cual la importancia no radica en la estructura y composición, sino en las funciones que brinda.

Con base en esta autora, algunas funciones básicas que debe cumplir una familia corresponden a ser educadora, proveedora de recurso, socializadora, preventiva del riesgo de exclusión social y de solidaridad. Al considerar dicha referencia, y respecto a las

personas en estudio, existe una ausencia significativa en el cumplimiento de esas funciones o poseen un cumplimiento parcial.

Las familias que se encuentran ausentes en sus funciones son descritas por una persona de la siguiente manera:

Si hablamos, pero muy fríamente [miembros de la familia], los veo esporádicamente, o sea, por casualidad o porque, es que hay algo extraño ahí, es que yo antes me metía al Facebook [Red Social] y me encontraba a mis hijos y ya no, ahora como que han cambiado las direcciones, ya nos los encuentro, yo los encontraba y les escribía y ya no. (Participante n. 3, 2014)

Según el relato, al no existir comunicación alguna con las y los miembros de la familia, muy difícilmente se logran cumplir las funciones que se le han atribuido como la autora establece, y por tanto se infiere que no poseen un apoyo significativo.

El principal motivo por el cual no existe una buena comunicación entre las y los miembros de la familia se encuentra asociado al consumo de drogas. Ante esta situación un participante expresa:

No, no tengo relación con ellos [madre y padre], los dos me tienen demandado, porque cuando yo estoy muy tomado, muy drogado, me encierro, me vuelvo una persona, que yo no sé, me vuelvo un monstruo, yo no sé, una persona insoportable, ya, violenta, me da por hacer daño, y cuando ya estoy bien, me arrepiento de lo que hice, a veces ni me acuerdo, a veces me dicen lo que hice y yo no me acuerdo, que dije tal cosa. (Participante n. 29, 2014)

Zuazo (2013) indica que una de las razones por las cuales surge la desintegración familiar corresponde a la dependencia al consumo de drogas en uno de sus miembros. La desintegración la define como un rompimiento de la unidad familiar otorgado cuando uno o más de sus miembros deja de desempeñar adecuadamente sus obligaciones o deberes.

En el relato se evidencia que esta persona, por encontrarse bajo el efecto de las drogas, se le dificulta cumplir con las obligaciones o deberes atribuidos dentro de su familia, por lo cual según la autora mencionada anteriormente, se infiere la presencia de una desintegración familiar.

Al no establecerse la interacción familiar, para González, Rey y Oliva (2009) la familia no proporciona una red de apoyo, la cual según estos mismos autores constituye “[...] la más potente de las redes de protección social” (p. 14), ya que se encarga de la satisfacción de necesidades tanto materiales como afectivas. En la mayoría de relatos se observó que este tipo de apoyo para estas personas, generalmente no se encuentra presente debido a la drogodependencia.

Con respecto a las familias que cumplen sus funciones de manera parcial, el apoyo que ofrecen consiste en solventar y cubrir necesidades básicas como alimentación e higiene personal. Además, algunas familias otorgan un apoyo emocional, con respecto a lo cual un participante asegura:

Diay, sólo me tengo yo y a mi hermana que siempre está al tanto de mí, ella vive en Santa Bárbara de Heredia, y cuando yo me siento muy necesitado, digamos en el significado de, gracias a este centro [Centro Dormitorio y de Atención Primaria para personas Habitantes de Calle] me baño y todo eso, pero hay veces que uno ocupa, no sé, un consejo y estas cosas, y yo a veces voy y me quedo un par de horas ahí y ella me ruega a veces que me quede a dormir [...] (Participante n. 1, 2014)

Para Nunes, Rigotto, Cardoso y Rueda (2012), la familia es concebida como un espacio de solidaridad y protección social, donde el funcionamiento familiar puede influenciar en la conducta de la persona proporcionando relaciones que permanecen a lo largo de la vida.

Según la referencia y el relato anterior, se determina que algunas personas mantienen algún tipo de relación con sus familiares, ofreciéndoles un espacio de solidaridad y de protección social, el cual puede corresponder a un lugar muy significativo, ya sea para satisfacer necesidades inmediatas, o para lograr la superación de la situación calle.

Desafortunadamente dentro de los relatos se observó que esa relación familiar puede estar amenazada por el consumo de drogas. Esta afirmación se muestra en el siguiente relato:

[...] yo ya viví con ella [hermana]. Pero yo me empiezo a portarme bien, es que yo me conozco, yo sé que en cualquier momento a otro me quiero tomar unas cervezas y no quiero llegar tomado a su casa, oloroso a licor donde mi hermana, ella aunque no llegue oloroso a guaro a cerveza o así, ella capta y después ella comienza a llorar, a sufrir y yo no quiero. (Participante n. 27, 2014)

Las familias que brindan el apoyo de manera parcial, de igual forma se encuentran condicionadas por el consumo de drogas. Para esta persona, el hecho de mantener su consumo activo corresponde a un impedimento para establecer un vínculo afectivo con la familia y por tanto no contará con la protección social que ésta le puede proporcionar.

Zapata (2009) afirma que para manejar la problemática del consumo de drogas debe existir un soporte familiar, debido que la intervención que se realiza para enfrentarla involucra la participación de ambas partes. Por ende, se sostiene que la participación familiar es de suma importancia para las personas en estudio.

Otro apoyo que poseen estas personas corresponde al obtenido a través de una relación de pareja. Este, basado en los relatos, cumple funciones relacionadas con la obtención de dinero, drogas o artículos de higiene personal. Además una participante, explica el apoyo emocional que recibe de su pareja de la siguiente manera:

Yo no sirvo para nada, yo no soy mujer, y usted no se merece, le digo: ¿D [pareja] a usted no le da vergüenza estar conmigo? Le digo yo. De ver que usted anda con una cochinado que no sirve para nada. Que si me pasa un bus, o un carro por encima, boten esa cochinado que de por sí estorba. Yo soy un estorbo. Y él me decía: ¿Quién le dijo a usted esas tonteras? ¿Quién me le metió a usted eso en la cabeza?  
(Participante n. 7, 2014)

Para Guzmán y Contreras (2012), el apego adulto se refiere a la necesidad humana de formar vínculos afectivos estrechos hacia los cuales recurrir en momentos de sufrimiento y estrés. En concordancia con el relato anterior, el establecimiento de un apego con otra persona corresponde a un apoyo muy significativo, porque establece una relación que facilita conllevar la realidad social en la que se encuentra.

Por otra parte, existen casos de personas investigadas que son padres o madres, pero sus hijos o hijas se encuentran bajo la custodia de otro familiar o de alguna institución pública, por lo que no mantienen ningún tipo de relación.

Cabrera, Guevara y Barrera (2006) argumentan que dentro de la relación madre/padre con hijo o hija se obtiene un grado de felicidad maternal o paternal por la experiencia de cuidado, el contacto físico y la cercanía emocional. Por lo tanto, si existiera ese contacto familiar, correspondería a un apoyo emocional significativo debido a que estas personas lograrían sentirse satisfechas o satisfechos y motivadas o motivados por la relación establecida con sus hijas e hijos.

#### ***4.1.5.2. Apoyo social dado por las amistades***

En la mayoría de relatos, las personas afirman que no poseen un amigo o amiga significativa, en general asumen que su único amigo corresponde a un ser espiritual. Al respecto una persona afirma: “[...] sinceramente en este mundo yo no considero ninguno mis amigos. Más bien están viendo que le sacan a uno. Mi único amigo es mi señor Jesucristo, él es mi salvador, el que me llena espiritualmente.” (Participante n. 28, 2014).

Jiménez (2012) menciona que “[...] los amigos constituyen además de compañía, un soporte emocional al compartir las experiencias positivas y negativas de la vida, en una sincera relación de empatía, aceptación incondicional, congruencia y tendencia a actualizarse” (p. 49). Las personas que carecen de amigos o amigas no poseen los beneficios de acompañamiento que describe la autora, donde si se establece ese vínculo afectivo se contaría con un soporte emocional de mucha importancia.

Algunas y algunos investigados aseguran que poseen amistades que no se encuentran en situación de calle, los cuales les ayudan con dinero, opciones de trabajo, consejos para dejar el consumo de drogas y conversaciones para entretenerse.

Con lo que respecta a las amistades que se encuentran dentro de la situación de calle, las y los participantes en su mayoría, mantienen malas percepciones de ellos o ellas.

Una persona se refiere a esta afirmación del siguiente modo:

Aquí no tengo amigos, pero conocidos, pero así como compartir con ellos, no, nunca me ha gustado andar con gente de aquí, tal vez lo conozco, pero no me gusta compartir con ellos, con nadie, con nadie, si tomo es solo, pero nunca de este mundo, porque son un montón de piedreros, descuidados, ladrones, gente malas, no, como le dijera, no son gente decente [...] (Participante n. 27, 2014)

Jiménez (2012), al respecto refiere que las personas a través de los años son más selectivas para establecer relaciones amistosas, porque valoran el apoyo, la compañía y el disfrute. Al no satisfacer estos requisitos, las y los participantes en el estudio no consideran poseer amistades significativas dentro de la situación de calle.

Por último, nueve personas manifestaron que el único apoyo que reciben de este tipo de amistades, corresponde al préstamo de cédulas de identidad para utilizar el transporte público y de teléfonos celulares para contactar familiares.

#### ***4.1.5.3. Apoyo social dado por la comunidad***

Un apoyo social dado por la comunidad que hacen mención las personas en estudio, lo constituyen los diferentes centros de rehabilitación, ya sea de tipo gubernamental o no gubernamental. Estas instituciones, según el Diario Oficial La Gaceta No. 122 (2012), cumplen con la función de colaborar con el tratamiento a la dependencia de drogas, bajo la fiscalización del IAFA.

Dentro de las instituciones que destacan se encuentran Hogares Crea y Alcohólicos Anónimos. Las personas relatan que el apoyo recibido de estas instituciones tiene como finalidad: motivar, educar, brindar herramientas ocupacionales y mantener normas disciplinarias, pero poseen diferentes perspectivas sobre su funcionamiento, situación que se analizará en el DSS llamado dependencia a sustancias psicoactivas.

Otro apoyo que mencionan las y los participantes, lo constituyen las instituciones públicas, destacando la Municipalidad de San José, por medio del Centro Dormitorio y de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. El sitio web oficial de la Municipalidad de San José (2014), coloca dentro de sus servicios sociales este programa de atención, cuyo objetivo radica en mejorar la calidad de vida de este tipo de población.

Las personas, en sus relatos, manifiestan que en estos centros obtienen el servicio de alojamiento, vestido y alimentación. Y específicamente, el Centro Dormitorio y de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle, les colaboran con la tramitación de documentos para obtener beneficios sociales: pensiones, seguro social, continuidad de estudios por medio de becas y obtención de documentos de identificación. Además favorece el proceso de rehabilitación del consumo de drogas por medio de charlas, talleres y terapias.

También, las personas cuentan con el apoyo de la CCSS, respaldadas y respaldados por la Ley No. 7374 del año de 1993 y la Ley de Reforma del Sector Salud del año de 1997 (como se cita en Diario Oficial La Gaceta No. 122, 2012), que establecen la atención y prestación de servicios de salud por parte de esta institución a las personas afectadas por el consumo de drogas.

A través de los relatos, se evidencia que algunas personas cuentan con un seguro social que cubre los gastos de los servicios de salud que requieran. Los Centros de Salud

más utilizados corresponden al Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Calderón Guardia, Hospital México y Clínica Dr. Clodomiro Picado. Además, en ciertos casos, la CCSS ofrece el pago de pensiones por el régimen no contributivo.

Por otra parte, la población en situación de calle que consume sustancias psicoactivas cuenta con el apoyo del IAFA, que según se menciona en la publicación del Diario oficial La Gaceta (2012) sobre el Decreto de la Política del Sector Salud para el tratamiento de personas con problemas derivadas por el consumo, esta institución vela por la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y rehabilitación de la drogodependencia y la fiscalización de programas.

Por tanto la responsabilidad conferida por el Estado a esta institución sí se encuentra presente en la población estudiada, debido a que en los relatos, las y los investigados refirieron poseer la atención con terapias psicológicas y administración de tratamiento farmacológico.

Por último, se evidencia un apoyo referido por parte de las instituciones religiosas. Estas ofrecen servicios como: alojamientos, alimentación y artículos de higiene personal. También, por tener fines espirituales, dan motivación, esperanza y aliento por medio de la formación de grupos de iguales. Ante este tipo de apoyo, una persona expresa:

Eh, llega uno y desayuna primero, y a darle gracias a Dios por los alimentos verdad y ya después el café. Que si uno lleva ropa, ahí se la lavan, y uno después recibe la palabra, la alabanza, la oración[...]. Vieras que yo he escuchado canciones y me he quebrantado, ver las cosas por las que han pasado ellos. Ver la relación de uno con las drogas, hay historia que de la esposa, los hijos, que el adulterio, que toda la cuestión. Yo he oído testimonios fuertes, yo me he quebrantado, y aun así, yo seguía en esa cuestión. (Participante n. 10, 2014)

Neckelmann (2009), en su investigación, menciona que las personas que refieren identificarse o practicar alguna religión, tienen una menor probabilidad de consumir drogas. Esta situación se ve reflejada en el anterior relato, ya que el participante, al practicar su creencia religiosa, genera un efecto protector para evitar su consumo.

Asimismo, el apoyo brindado a partir de la conformación de grupos de personas, según Little (como se cita en Aronson, 2002) se refiere a la terapia que ofrece la oportunidad a las y los participantes de visualizar su problemática de una manera realista, para compartir experiencias, disminuir la ansiedad, vergüenza y culpa, y motivar para optar por nuevas soluciones. Siendo acciones útiles, que apoyan a estas personas de manera emocional.

#### **4.1.6. Exclusión social**

Inicialmente, se debe explicar que la exclusión social influye y afecta directamente en todas las experiencias de vida de las personas drogodependientes y en situación de calle, y se encuentra ligada a muchos otros determinantes sociales mencionados en la investigación. Y de igual forma, la exclusión social resulta ser una de las consecuencias generadas por el consumo de drogas legales e ilegales.

De acuerdo con la OMS (2003), los procesos de exclusión social y el grado de privación relativa en una sociedad, tienen consecuencias significativas en la salud y ocasionan muertes prematuras. Además, refiere que el daño a la salud no solo se debe a la privación material sino también a los problemas sociales y psicológicos de vivir en la pobreza.

Durante la realización de las narraciones biográficas, se procuró que la forma de trato, situaciones y comentarios realizados no propiciaran la sensación de exclusión social. Por ejemplo, algunas personas refirieron que la palabra “indigente”, las o los hacía sentir que se les daba un trato inadecuado, por lo tanto, para el presente informe escrito no es concebido dentro del vocablo utilizado.

Además de sentir esta incomodidad y sentir un rechazo debido a este término, las personas en situación de calle y drogodependientes, están en constante rechazo social. Están expuestos a comentarios y burla por su situación actual. Un participante relata lo siguiente:

[...] yo estuve así diez años que salía solo de noche, porque no podía andar en el día, por la apariencia, por lo sucio, dormía en los cafetales, porque cuando yo salía de noche ya no robaba, no me robaba nada en las calles, porque uno cuando ya cae en eso empieza a robar, robaba de los corredores de las casas y cuando uno cae en ese estado cae en un estado de abandono total [...]. (Participante n 3., 2014)

Durante la realización de las narraciones biográficas, la discriminación y rechazo social se presentaron como un problema palpable dentro de esta población y trascendieron en todas las narraciones biográficas. Garrido, Ramírez, Vieira y Jiménez (2013) explican que sin lugar a dudas, hablar de discriminación es, hablar de desigualdad, rechazo, sublimación de lo común. Todo esto son formas disfuncionales de etiquetar, pero también de mantener el orden social establecido. En consecuencia, los agentes del orden social como por ejemplo la familia, la educación, instituciones públicas y privadas, entre otras, también son causantes de la generación de discriminación para con estas personas.

Esto coincide con los relatos, ya que en su mayoría se sienten “pisoteados” y expresan que en algunos lugares los tratan de manera inapropiada: no existe comunicación, son ubicadas o ubicados en una posición inferior, desvalorizadas o desvalorizados e ignoradas o ignorados. Además, como se refirió anteriormente, causa problemas a la salud; tal corresponde a la experiencia vivida por un participante que dice haber presentado problemas a nivel del aparato respiratorio a causa del rechazo de un lugar de acogida, implicando enfrentar condiciones climáticas. Al respecto se presenta:

[...] me tocó que ir a dormir al San Juan de Dios [hospital metropolitano] a la parte de allá de emergencias. Y el guarda me sacó a las 12 de la noche y había un aguacero y salí mojándome, y así hasta el otro día a las seis de la tarde que entré acá, y paré con una neumonía en un hospital. Esas cosas son traumáticas para mí.  
(Participante n. 8, 2014)

Además de esto, la percepción de los y las participantes es que reciben: odio, desprecio, y refieren que las personas, los observan con morbo, las y los hacen a un lado o las y los atacan y critican. Uno de ellos expresa:

Bueno, aquí ahorita, la gente te mira con desprecio, como a veces se dan cuenta que a veces te la tiras más en el parque de la Merced, “ah ese poco de vagos” o sea diay, te vuelven a ver y la mayoría de ahí son nicaragüenses todos trabajan y “ah ese mae solo sentado ahí en el parque se la tiran” diay como, como cualquier cosa.  
(Participante n. 23, 2014)

Con respecto a los comentarios y actitudes que las personas en situación de calle perciben de la sociedad, se origina la discriminación y rechazo social por el estatus socioeconómico que poseen. De acuerdo con Garrido *et al.* (2013), este tipo de

discriminación es la que se ha venido denominando clasismo o diferencia por clases. Se produce por motivos de desigual acceso a la formación, por tener menores ingresos o una ocupación determinada, o bien por la incapacidad adquisitiva a determinados bienes.

El mismo autor comenta que los ingresos, la ocupación, el nivel de estudios, los bienes y posesiones materiales son los que se tomarán como factor de discriminación ante determinados grupos que no tienen estas posibilidades de acceso por diferentes motivos, a un mayor estatus socioeconómico.

Dicha problemática económica que causa exclusión social, está ligada directamente con otros DSS como el desempleo, lo que conlleva a la pobreza y la pobreza de nuevo a la exclusión social convirtiéndose en un ciclo sin fin. Según Gonzales (2009), la pobreza relacionada con la exclusión social es más bien la pobreza permanente; la pobreza ha de entenderse desde el punto de vista de la familia como unidad económica básica que la mayoría de estas personas carece, y todo ello debe enlazarse con la compleja relación entre desempleo y pobreza.

El mismo autor explica con respecto a lo anterior, que la aproximación a los procesos de exclusión social “[...] en relación con el mercado de trabajo” (p. 148), implica la consideración de la pobreza como primer paso, pero entendiéndola tanto en el marco de la familia como en relación con la posición en el mercado de trabajo; y analizando en la medida de lo posible, la permanencia de dicha situación de pobreza a lo largo del tiempo.

La exclusión social es agravada además por el consumo activo que poseen estas personas, la cual genera humillaciones y una imagen negativa como se ha hecho evidente a lo largo de la presente investigación. Además refieren que existe una generalización con respecto al consumo de drogas, al pensar que todos por igual consumen todo tipo de drogas

y presentan las mismas actitudes. Esto principalmente por la falta de información y sensibilización de la comunidad con respecto a ésta población en específico.

Se menciona que las personas al verlos por las calles se apartan y guardan sus pertenencias; además de sentir que la gente siente temor de encontrarse con ellos u ellas. Al respecto se cita:

[...] humillaciones, mmm, lo ven mal, todo mundo lo ve mal a uno, y tienen un mal concepto también de algunas personas porque, la gente los ve como él, como asesinos o qué sé yo con miedo, hay gente que le tiene miedo a uno con sólo verlo de largo, nada que ver dí, eh, o sea, la gente que no es indigente no, todo mundo sufre. (Participante n. 25, 2014)

El relato anterior expresa lo que la mayoría de las personas en situación de calle manifiestan en relación a lo que ellas u ellos creen que perciben las demás personas en la sociedad de su presencia, siendo en su mayoría percepciones negativas, que les afecta tanto personal e interpersonal, así como retrasa y dificulta su reintegración social.

Por otra parte, con respecto a las actividades sociales, algunas o algunos participantes aseguran que no las realizan y uno de ellos habla que no hace ejercicio del derecho del sufragio: “No, ni voto ni nada, no me gusta nada de eso” (Participante n. 18, 2014).

Si bien hay personas que llegaron al punto de no sentirse parte de la sociedad, al dejar de participar en actividades sociales, se determinó que existen algunas o algunos se encuentran dispuestos a realizarlas. De acuerdo con Ortega, Reyes, Vargas y Rivera (2009), las y los individuos albergados en instituciones públicas o privadas, de no contar con este apoyo, todas sus actividades las realizarían en las calles. Se considera que los habitantes de

calle institucionalizados aún cuentan con valores sociales de convivencia y respeto. Incluso, puede tratarse de ancianos sin familia y sin recursos que no subsistirían por su propio esfuerzo.

#### ***4.1.6.1 Inmigrantes***

Los participantes provenientes de otros países, refieren principalmente problemas de salud y trabajo. Con respecto a los servicios de salud, sufren limitaciones ya que no pueden ser atendidos sin documentación, además de las restricciones a los servicios de salud y medicamentos. Comelles, Allué, Bernal, Rufete y Mascarella (2010) manifiestan la importancia no solamente de brindar servicios en salud a dicha población, sino que además, realizar un estudio previo para analizar las necesidades específicas y carencias de estas personas, y de esa manera, brindar un servicio adecuado y holístico.

En el área laboral, relatan que les es difícil encontrar trabajo por su condición extranjera, sumado a los problemas mencionados anteriormente en el presente documento que les impide conseguir un empleo. Un participante argumenta: [...] salgo a la calle y no le hago daño a nadie, yo me pago la vida honradamente, ahorita es porque no me siento en la capacidad de pedir trabajo en una construcción [...] porque hasta indocumentado me quede [...] (Participante n. 11, 2014).

De igual forma, mencionan que al encontrar trabajo, reciben un menor salario que una persona costarricense. Sin embargo Martín y Cano (2008) exponen con respecto a la salud y el trabajo de los y las inmigrantes, que la atención sanitaria es importante, pero sólo es uno de los factores que determina el nivel de salud de la población. Esto quiere decir, que no se puede aislar un simple factor, sin ver el contexto y los demás determinantes que afectan la salud de éstas personas. La falta de acceso efectivo a los cuidados de salud puede

conducir a una morbilidad y sufrimiento innecesarios, pero no condiciona en sí misma los problemas de salud de las y los inmigrantes.

Estos mismos autores demuestran las razones por las cuales las personas extranjeras se encuentran excluidas, entre los cuales se citan la falta de acceso a un trabajo normalizado, su situación irregular de residencia, el hecho de vivir en algunos casos en zonas de riesgo social elevado, dificultad de acceso a los servicios sanitarios en muchos casos por falta de información, y de los problemas de comunicación relacionados con el idioma y las diferencias etnoculturales. Estas deben de ser consideradas para evitar una mayor exclusión dada por su condición de inmigrantes.

Por otro lado, algunos de los nicaragüenses participantes se sienten ofendidos al denominarlos con la palabra “nicas”. Soriano (2010) menciona que los nicaragüenses se pueden considerar en San José como grupos de riesgo de exclusión. Por último, el autor recomienda la motivación al acceso e información con el fin de incrementar el capital social de estos grupos en San José.

#### ***4.1.6.2 Orientación sexual***

La sexualidad de las personas es un tema que a pesar de ser muy personal, los y las participantes se abrieron a contar tanto sus experiencias positivas como negativas, surgiendo así dentro de esto, un tema de exclusión social. Entre los hallazgos, se encontraron datos sobre agresión y violencia por su preferencia sexual, y se evidencia la poca tolerancia hacia la homosexualidad. Uno de ellos relata:

[...] Y de ahí tuve que irme de la casa porque mi mamá y mis hermanos consideraban que no era adecuado para mis demás hermanos de que yo viviera en la casa, porque ya mi orientación se había definido, era diferente... Se veía de, que yo

era homosexual. Pues me vine para San José, [...] y el resto de la vida mía, ha seguido de esa edad, hasta ahorita, aquí en San José sólo[...] (Participante n. 8, 2014).

El psiquiatra y psicoanalista Sánchez (2006) revela que en las personas homosexuales y bisexuales se encontró una tendencia reivindicativa para defender su identidad y con ello sus derechos, la crítica y solución a la exclusión social. Sin embargo, se encuentran constantemente con el rechazo de la sociedad y de su familia por su sexualidad, lo que en algunos casos esto ha ocasionado el abandono del hogar y por consiguiente la situación de calle.

#### ***4.1.6.3 Sistema de Salud***

En cuanto al sistema de salud, se menciona anteriormente las consecuencias de las limitaciones que presentan dichas personas con respecto a estos centros. En el presente apartado, se hace necesario recalcar la exclusión social que se evidenció en los relatos de los y las participantes. Estas personas refieren que en algunos de estos lugares no los han atendido de la mejor manera, y que muchas veces no acceden a estos servicios por temor a que los miren con desprecio. Al respecto uno de ellos señala: “[...] Mucha gente de aquí está enferma, pero no se levanta del cartón porque saben que no lo van a atender, por eso es que mueren así, tal vez por una anemia o del frío y no van” (Participante n. 29, 2014).

Tirado y Correa (2009) aluden con respecto al tema de la atención en salud para esta población, que existen varios programas de atención a la población en situación de calle pero que la falta de interés y mala atención del personal de salud, son razones importantes de abandono de los mismos.

El ser una persona en situación de calle, los hace aún más vulnerables dentro del mismo sistema de salud no solamente por el trato de los profesionales, sino también por su situación económica y el desempleo, lo que ocasiona que algunas de éstas personas no se encuentren aseguradas. La falta de acceso a dichos servicios es en sí excluir a estas personas, y resulta en la afectación significativa de su condición de salud. Uno de los participantes refiere lo siguiente:

[...] Me ha dolido la cabeza, una muela, y yo nada más le pido al Señor que me quite el dolor, que me ayude, porque a veces son a veces las mismas drogas, no tengo seguro, y tengo que comprar medicamentos [...] (Participante n.19, 2014)

Según Bermúdez (2011), en el plano de la seguridad social, uno de los factores que más incide en la falta de acceso a este sistema es el desempleo. Esto limita grandemente el acceso a los servicios de salud; a pesar de que algunas de las personas participantes se encontraban asegurados por la CCSS por encontrarse en situación de calle, otros no presentaban éste beneficio y como se evidencia en el relato anterior, a pesar de encontrarse en situación de pobreza extrema, gastan el poco dinero que les ingresa para comprar medicamentos.

#### ***4.1.6.4 Centros de Rehabilitación y Drogodependencia***

Con respecto a los centros de rehabilitación, las y los participantes no consideran haber recibido una ayuda terapéutica ni psicológica adecuada. Esto debido, a que refieren que los fondos asignados para estos centros no se encuentran bien distribuidos y se enfocan en otras áreas; generando exclusión en las personas con problemas de dependencia, y se

hace referencia a que esta problemática no ha sido verdaderamente abordada adecuadamente por el Estado en general

Narran que los centros a los que han asistido, atienden más a las necesidades del centro que a las necesidades de las personas drogodependientes. De acuerdo con la Ley 8204, Capítulo único, Artículo 3, es deber del Estado asegurar el tratamiento, la educación, el post-tratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas por el consumo de drogas, y procurar los recursos económicos necesarios para la rehabilitación incluyendo educación, tratamiento y readaptación social.

El deber de éstas instituciones es hacer cumplir esta ley y administrar de manera adecuada los recursos destinados para brindar una rehabilitación holística y adecuada según las necesidades de cada una o uno de ellos. Además, es importante recalcar que el Estado debe de desarrollar una vigilancia constante para que se aplique adecuadamente la ley, fiscalizando la administración de dichas instituciones.

#### ***4.1.6.5 Centros Penitenciarios***

Las y los partícipes, relatan un abandono por parte del Estado hacia este tipo de centros en lo que respecta la protección y rehabilitación de las y los usuarios de la penitenciaría, que cómo se mencionó anteriormente es una obligación legal del mismo. Refieren también no ver una adecuada inversión de dinero destinada a estos centros.

De acuerdo con Meneses y Charro (2000), desde la década de los ochenta, gran parte de las y los internos de los centros penitenciarios eran drogodependientes. En España, se trató de continuar el tratamiento de aquellos drogodependientes que lo habían iniciado antes de su ingreso en el centro penitenciario, y/o iniciarlo con aquellos que, una vez dentro

del mismo, quisieran abandonar el consumo. Sin embargo, los internos continuaban su consumo dentro de la prisión.

Por lo tanto, en los centros penitenciarios no es necesario solamente programas de tratamiento y rehabilitación para las personas drogodependientes, sino que además se debe de investigar el tema y procurar dar una atención adecuada que ofrezca mejores resultados. Se debe de evitar de igual forma que las personas ingresadas en las penitenciarías inicien su consumo en dicha institución.

#### **4.1.7. Dependencia a sustancias psicoactivas**

Para caracterizar a esta población según los factores relacionados con la dependencia a sustancias, es importante aclarar que estos se encuentran ligados a los diferentes hallazgos encontrados en los apartados anteriores y posteriores, dado que en estos se explica la historia de consumo de cada persona por las situaciones vividas, la percepción personal y el modo de afrontar la vida.

A continuación, se analizará la información brindada por las y los participantes con respecto a las razones por las que iniciaron su consumo, algunos aspectos relacionados a sus experiencias de vida en la drogodependencia, acciones que han realizado con el fin de obtener las sustancias que utilizan, los métodos que utilizan para obtener la droga, lugares habituales de consumo, instituciones de rehabilitación a las que han asistido y los motivos que les impiden superar el consumo de drogas.

##### ***4.1.7.1. Razón principal de inicio del consumo***

En cuanto a la razón de inicio del consumo, gran cantidad de las y los investigados afirman que, de manera indirecta, las relaciones familiares influyeron en su dependencia a

las drogas. Este punto es inherente al apartado de primeros años de vida, en el que se detallaron más a fondo las relaciones intrafamiliares.

Al respecto, Alfonso, Huedo y Espada (2009) indican que la familia como parte del proceso de socialización de la persona, desempeña un papel de gran relevancia en el consumo de drogas, ya que actúa como transmisora de creencias, moral y costumbres, por lo cual es altamente probable que el entorno familiar en el que se desarrolló cada uno de las o los participantes del estudio, sea un aspecto de relevancia en cuanto al uso y abuso de sustancias.

Sin embargo, los casos en que la persona atribuye la responsabilidad directa a su familia son la minoría. Se afirma entonces con respecto a lo anterior:

[...] yo me puse a recordar que mi padrastro [...] decían que si a uno le daban una cucharadita de ese guaro de contrabando cuando tenía cuatro años yo, para las lombrices, para los bichos, entonces yo dije, yo soy alcohólico desde los cuatro años. (Participante n. 5, 2014)

A pesar de que algunas de las personas participantes atribuyeron parte de la responsabilidad, directa o indirecta, a un familiar, la totalidad de las personas aclaran, de alguna manera, que ellas o ellos tomaron la decisión de consumir drogas.

Trece de las personas en estudio, atribuyen su primer consumo a la curiosidad, siendo esta la razón más frecuentemente mencionada. Ellas y ellos explican que querían saber que se sentía consumir, y una vez habiendo probado, la mayoría experimentó placer con la sensación y continuó utilizando la sustancia. Un sujeto narra:

Diay el motivo en sí en que yo consuma droga, fue la curiosidad, ese fue el detonante, toda persona quiere saber qué hace, que efectos da ese material, cuando

yo vi el puro, me pregunte ¿qué se sentirá? y ¿qué sabrá eso? [...] la curiosidad y la expectativa de los efectos secundarios de eso [...]. (Participante n. 26, 2014)

Existen diversos estudios que afirman que la curiosidad es una importante razón de inicio de consumo de sustancias, por ejemplo, el IAFA (2013) afirma que, según datos estadísticos, un 22.6% de las y los estudiantes de colegio afirmó que siente curiosidad por experimentar el consumo de alguna sustancia (mayoritariamente con la marihuana). Por otro lado, en un estudio realizado en el año 2011 en El Salvador, se obtuvo como resultado que un 44.3% de las personas refirieron que la primera vez que consumieron fue debido a la curiosidad (Ortega, Lobo y Pereira, 2011), mientras que en el 2009 en México, el resultado fue de un 38% de las y los entrevistados (Jordán, Molina y Cristina, 2009).

La segunda razón más referida fue la presión de grupo; esta se evidenció en 11 de las y los participantes. Algunas de las personas afirman haberse sentido presionadas por sus grupos de pares por lo cual decidieron consumir. Otros explican que cuando fueron adolescentes o infantes, trabajaban con personas mayores, quienes las o los incitaban a consumir. En otros casos, la persona no quería sentirse excluida, por lo que decidía probar drogas para sentirse parte de un grupo.

Diversos autores, entre ellos Londoño (2010), Andrade, Pérez, Alfaro, Elba y López (2009) y Páramo (2011), afirman que la relación y la influencia del grupo de pares de una persona en la adolescencia o la adultez joven representa un fuerte factor de riesgo para el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas. Las y los autores lo relacionan con los procesos de masificación e imitación en la formación de la identidad, la habilidad de resistencia a la presión, los valores inculcados en el hogar y la necesidad de reconocimiento social. Por otro lado, Londoño (2010) cita:

[...] dos tipos de presión de grupo, una directa que corresponde a la expresión abierta de los pares de conductas de incitación al consumo, que pueden ser burlas, peticiones o acciones manifiestas [...] y otra indirecta, que corresponde al conjunto de normas (creencias) y acciones que de manera implícita los medios y el grupo social le imponen. Este tipo de presión se compone de acciones como: consumo de pares y pareja, exclusión social del joven no consumidor y sobreestimación de quienes ingieren [...]. (p. 28)

Por lo tanto, la referencia obtenida por las y los participantes en la investigación no contrasta con la literatura actual sobre el tema. Del mismo modo, existe un porcentaje de personas que dicen haber iniciado su consumo debido a la interacción con su grupo de pares. Con relación a lo anterior, una persona participante dice:

[...] estaban consumiendo, y ya cuando me llego el olor y los vi consumiendo, “¿Y qué le va a pegar?”, “deme a ver, que es tanto a ver”, me lo pasaron [...] al día siguiente, ¿me entiende?, volví otra vez y la misma vara, “¿Qué mae también va a ir hoy?”, “vamos, vamos, vamos, de por sí, no hay nada que hacer”, y ahí fue, fui, fui y fui así, ya no era en la casa de fulano, sino de zutano, o tal vez ya había una fiesta. (Participante n. 26, 2014)

El discurso manifestado por esta persona se repite en los otros relatos analizados, se observa una relación directa entre el uso de drogas en el grupo de pares y la curiosidad de la persona; esto, en la etapa de la adolescencia o la adultez joven, da como resultado el consumo de una o varias drogas a largo plazo, concluyendo en la dependencia.

Una tercera razón que influyó en estas personas para iniciar el consumo de drogas corresponde la presencia de abusos sexuales. Este tipo de situaciones puede desencadenar,

en la persona, conductas autodestructivas o secuelas emocionales que tengan como consecuencia el consumo de sustancias, en un intento por disminuir la culpa, el miedo o cualquier otra emoción surgida a partir del abuso, por lo cual se evidencia que existe una importante posibilidad de que se dañe la salud física o mental a partir de la presencia de un abuso en la persona.

Con respecto a lo anterior, Pereda (2009) refiere como consecuencia en la salud mental de las personas víctimas de abuso sexual, la utilización de sustancias psicoactivas. De manera similar, González *et al.* (2003, como se cita en Álape, Castaño, Castaño, Cely, Marín y Ocampo, 2013) en su estudio con un grupo de mujeres dependientes de alguna droga, encontró que un 37% de ellas refería haber sido abusada sexualmente en su infancia, mientras que un 89% había sufrido abuso sexual o emocional durante su vida. Estas cifras ponen en evidencia el impacto que tienen en las personas las violaciones o el abuso.

Asimismo, la prostitución es otro punto importante en lo referente a las experiencias sexuales de las personas participantes en el estudio, debido a que esta puede incidir de manera negativa en el comportamiento de la persona que presta sus servicios sexuales, y relacionarlo de alguna manera con el consumo de sustancias. Graaf *et al.* (1995) y Meneses (2008, como se citan en Meneses, 2010) con respecto a la utilización de sustancias psicoactivas en la prostitución, específicamente en mujeres, indican que: “[...] el consumo les ayuda a enfrentar los sentimientos negativos que le produce la realización de la prostitución, puesto que no se sienten identificadas como prostitutas” (p. 330).

Por lo tanto, una violación sufrida en la niñez o la obligación de mantener relaciones coitales con una persona del mismo sexo, provocaron que estas personas se refugiaran en las drogas para olvidar y superar el acontecimiento. Al respecto una persona relata:

[...] a él le servía, entre más borracho estuviera yo más fácil para mí también hacer las jugadas [prostituirse], no estar en mí. Entonces me volví un care`barro y tenía la motivación para tomar, entonces empecé a tomar y a tomar y a tomar y a tomar y él se cansó de ver que yo me hice un alcohólico y se fue, el problema fue que yo quedé con ese problema: el alcoholismo. (Participante n. 1, 2014)

El relato brindado por esta persona permite determinar cómo, a partir de las dificultades vividas, el individuo tomó la decisión de afrontar su problema por medio del consumo. Esto nos lleva a otra de las razones para consumir dada por las personas, en la que refieren que buscaban algo que les permitiera escapar de la dura realidad en la que vivían, y acudieron a las drogas en busca de consuelo a su situación.

Otras de las razones de consumo halladas en las narraciones biográficas se relacionan con la evasión de situaciones o sentimientos. Uno de los participantes comentó que consumía debido al despecho, al ser abandonado por su pareja, relatando: “Yo empecé a consumir licor porque yo me separé de mi esposa, ya después de los 30 años” (Participante n. 16, 2014). Otra persona explica que al consumir se sentía empoderado de su vida; y por último, y un participante afirma no saber cuál fue la razón.

Al respecto de lo anterior, se debe tener en cuenta que según los relatos la mayoría de las personas iniciaron su consumo en su adolescencia o adultez joven. La vivencia de situaciones dificultosas en estas etapas de la vida puede llevar al desarrollo de conductas riesgosas y dañinas para la salud, como lo es el uso y abuso de drogas, esto con el fin de rehuir a emociones o acontecimientos. Al respecto, la literatura menciona:

Los jóvenes y adolescentes –clasificables dentro de la categoría de alto riesgo para desarrollar una conducta excesiva–, inmersos en las dificultades propias de su edad,

así como en un mundo complejo, muy susceptibles a la incomprensión y rechazo, recurren al uso desmedido de drogas para evadir la angustia, la insatisfacción, el aburrimiento. Las consecuencias de esta práctica, como parece evidente, la mayoría de las veces resulta desafortunada. (Ugas, 2010, p. 59)

A pesar de que solamente 12 personas mencionaron razones relacionadas con la evasión de sentimientos o situaciones, es substancial tomar en cuenta la completitud de los datos obtenidos, ya que se refieren a la realidad de las personas.

#### ***4.1.7.2. Acciones realizadas con el fin de conseguir drogas***

La acción más mencionada por las y los participantes es trabajar; 16 personas refieren que el trabajo es la principal fuente económica para la obtención de los productos psicoactivos. Es importante recalcar que algunas personas aseguran nunca haber realizado otra acción aparte de trabajar para conseguir el dinero para el consumo.

A diferencia del punto anterior, la delincuencia es aludida en gran cantidad de estudios como medio de obtención de drogas; para esta investigación, la delincuencia como medio para conseguir drogas fue mencionada por 13 de las y los participantes. Afirman haber asaltado o robado a otras personas o a instituciones comerciales, y luego haber invertido el dinero en drogas. Muchos de ellas y ellos explican haber realizado estas acciones durante su pasado, por lo que en momento en que se tuvo contacto con ellos ya no delinquen; y una cantidad menor afirma haber tenido problemas legales o incluso haber estado en prisión.

Al respecto de la relación entre la delincuencia y el fenómeno de las drogas, Valenzuela y Larroulet (2010), explican:

La relación teórica y empíricamente más sostenida entre droga y crimen es la que responde a la violencia económico-compulsiva que comprende el delito realizado con el propósito de adquirir drogas. Las dificultades de financiar hábitos de consumo conducen al delito, cualquiera sea su nivel de violencia, especialmente entre adictos que necesitan dosis mayores y más frecuentes. También la adicción incapacita laboralmente a las personas y las arroja fuera de los mercados convencionales de trabajo, de manera que la provisión de recursos económicos se vuelca sobre actividades ilegales, incluyendo de manera característica el tráfico de drogas. (p. 38)

Aunado a esto, y a pesar de que casi la mitad de participantes refirieron haber delinquido, solamente siete personas relataron haber vendido droga en algún momento de su vida, señalando como principal razón su necesidad de consumo, lo cual se encuentra en concordancia con lo citado anteriormente.

Asimismo, cinco personas aseguran haber engañado, mentido o estafado a otras personas, incluyendo a sus familiares, obteniendo así dinero. Una persona participante relata: “Robar, este, este, mentir, estafar familiares, amigos, este, que más te puedo decir, [...] he manipulado gente para consumir droga, conseguir la droga, más que todo esas cosillas así.” (Participante n. 26, 2014).

El uso del engaño puede volverse algo común en la persona drogodependiente, ya que según Sirvent (2006), el uso de la mentira aparece como resultado de la adaptación de la o el individuo a las constantes críticas que recibe por parte del medio en el que se desenvuelve. Siendo una respuesta adaptativa, y considerando su necesidad de consumo, la utilización de mentiras o manipulaciones por parte de estas personas puede tornarse usual.

El siguiente hallazgo encontrado, es la práctica de la prostitución como medio para la obtención de dinero, tanto en hombres como en mujeres, y que estuvo presente en cinco casos. Uno de los sujetos de estudio dice: “Vea, si ya han pasado tres días, cuatro y usted me ve y ando con cólera es porque ya me está empezando la ansiedad. Entonces diay, por eso me prostituyo.” (Participante n. 7, 2014). Meneses (2010), explica que las personas que presentan una dependencia por una sustancia psicoactiva, utilizan el intercambio de relaciones sexuales por dinero o por drogas, de manera que sostienen su vicio, lo cual vendría a coincidir con dicho hallazgo.

Sin embargo, este tipo de prácticas representan un gran riesgo, ya que existe una gran cantidad de variables que pueden incidir en la probabilidad de que se dañe la salud de la persona que presta sus servicios sexuales, como por ejemplo si se utilizan métodos anticonceptivos de barrera o si la persona se encuentra bajo los efectos de una droga en el momento de la acción sexual. Pinzón, Ross, Botero y Barrera (2009) realizaron un estudio acerca de la prostitución infantil en Colombia y la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), y los resultados revelaron que, según los datos obtenidos en la consulta médica, el 89.8% de las y los jóvenes utilizaban sustancias psicoactivas, el 70% casi nunca utilizaba preservativo, y un 31% presentaba una ITS, entre las que se contaban VIH, hepatitis B, herpes genital, candidomatosis genital o anal, linfogranuloma venéreo, gonorrea, clamidia, sífilis, enfermedad pélvica inflamatoria y forúnculos genitales. Por lo tanto, la dependencia se muestra en este caso como determinante de la salud de la persona, ya que es la causa de que algunas de las personas participantes acudan a la prostitución como medio para conseguir las sustancias de las que son dependientes.

En otros casos, para obtener las drogas suelen pedir prestado el dinero a personas conocidas (ya sea que paguen o no sus deudas), se dedican a realizar ventas callejeras de

objetos que compran a un precio bajo y revenden, o de sus propios objetos personales; o se dedican a mendigar en algún lugar. Otras y otros utilizan la pensión que les brinda el Estado para su consumo, y uno de ellos dice haberse casado por interés para recibir una cantidad de dinero para su consumo. Y en última instancia, afirman que algunas veces otras personas les regalan o les han regalado las drogas.

Como es posible inferir, las y los participantes refieren realizar una gran cantidad de acciones con el fin de satisfacer su dependencia, ya sea valiéndose de sus capacidades, aprovechando situaciones o utilizando dinero que les es facilitado de alguna u otra manera.

#### ***4.1.7.3. Obtención de la droga***

En este punto muchas de las respuestas de las personas participantes coinciden en que la droga la venden en gran cantidad de lugares. Esta respuesta, con diferentes planteamientos, se ve evidenciada en múltiples momentos de las narraciones, e incluso algunos se expresan de manera más detallada. Se utilizarán dos relatos para dejar esto en evidencia. En el primero se afirma: “Diay muchacha, es que usted se va aquí [va señalando], a 200 metros y venden marihuana, allá. A 150 metros también venden marihuana, allá, al otro lado, en tierra dominicana, ahí es terrible” (Participante n. 20, 2014).

Otro relato relacionado a lo anterior es el siguiente:

[...] es tan fácil, en cualquier lugar, aquí, aquí, hay por lo menos 30 vendedores de crack, el crack aquí en San José, una piedra la consigue en 1000 colones, pero en la León XIII, en 500 colones, en la Reina, pero usted se puede hacer de amistades entonces la compro por gramo, entonces me sale más barato [...] un gramo sale 14 piedras, la que venden a 500 [colones], ve y esas mismas 14 piedras aquí en San

José la venden a 1000 [colones]. Es como comprar al por mayor [...]. (Participante n. 28, 2014)

El primer testimonio permite la fácil comprensión de la cercanía de lugares en los que se pueden adquirir un sinnúmero de drogas. Sin embargo, el segundo nos permite observar la venta de drogas desde una perspectiva mercantilista, en el que se comparan precios, se busca al mejor postor y es posible comprar al por mayor. Asimismo, recalca los bajos precios a los que se venden algunas sustancias, siendo estas más accesibles a las personas de bajos recursos como lo son las que se encuentran en situación de calle.

Con relación a lo anterior, Moncada (2009) expone existe una alta disponibilidad de sustancias, que no sólo se consiguen con facilidad, sino que son fácilmente accesibles. Por otro lado, es importante recalcar que, según Ojeda (2010): “La percepción de la accesibilidad y del uso de drogas ilegales en el medio social de los individuos aumenta conforme crece la intensidad del consumo [...]” (p. 29).

De la misma manera, se evidencia que los lugares de venta en San José se encuentran identificados, así como se observa la presencia de vendedores de droga en lugares específicos conocidos por las y los consumidores, lo cual les permite un acceso fácil y rápido a las sustancias.

[...] los contactos, o sea para conseguir un puro de marihuana, conoce ahí la Plaza La Cultura, el reloj grande, ahí hay tres expendedores de droga, o sea estamos hablando a los 300 metros, marihuana, también a los 50 metros [la persona señala un lugar] se consigue el de crack, cocaína, estamos hablando de una zona conflictiva que es muy fácil de conseguir. (Participante n. 26, 2014)

Sólo dos personas expresaron de manera diferente como consiguen la droga. Uno dijo ir a bares a consumir, y que solamente allí las compra. Y otro asegura tener amigos con plantaciones de marihuana a los que él tiene acceso.

Lo afirmado con anterioridad se evidencia, en un principio, si se tiene en consideración la gran cantidad de lugares en que se da la venta legal de alcohol y tabaco, al menos en Costa Rica. Por otro lado, las estadísticas muestran elevados números en cuanto al tráfico de sustancias de consumo ilegal. El IAFA determinó que un 41% de las personas colaboradoras en una encuesta realizada en el año 2009, refieren tener conocimiento de la existencia de vendedores de drogas cerca de sus hogares, sobre todo en las provincias de Cartago, Alajuela y San José. Por otro lado, en el ICD (2014a) reportó que alrededor de 1.423 personas fueron detenidas por traficar drogas; En otro estudio de esta misma institución (2014b), se informó que durante el año 2013 en la provincia de San José, que es donde se encuentra localizada la totalidad de las personas participantes en la presente investigación, se decomisó un 4% de la marihuana, 3% de la cocaína, y un alarmante 51% del crack del total de drogas confiscadas en el país. Mientras tanto, solamente en el 2013, en todo el territorio nacional se incautaron en total 4 kg de heroína, 12.342 dosis de éxtasis, 851 dosis de LSD, 4.123 kg de marihuana, 20.458 kg de cocaína y 164.534 piedras de crack (ICD, 2014b).

Estas impresionantes cantidades de sustancias psicotrópicas nos dan una aproximación de las posibilidades de adquisición que pueden tener las personas drogodependientes, por lo cual su afirmación de que la droga la venden en gran cantidad de lugares no es en sí misma una novedad.

#### ***4.1.7.4. Lugar de consumo habitual***

Así como en los apartados anteriores, hay una respuesta dada por la mayoría, y es que consumen en cualquier lugar. Con la siguiente cita se puede observar de mejor manera: “En cualquier lado, donde sea, siempre y cuando se consuma” (Participante n. 19, 2014).

Algunas personas aseguran consumir sus drogas de preferencia solamente en las calles, sentándose en una acera, quedándose en una esquina o en los parques. Otras y otros expresan sentirse incómodos en público por lo que buscan un hotel; acuden a lo que ellas o ellos conocen con el nombre de “Búnker”, o se refugian en una zona con abundante maleza que los cubra. Una de las personas refiere:

[...] en un charral en Barrio Cuba yo me meto a consumir, no me gusta consumir en la calle porque en la calle pasan los policías, pasa la gente, la calle no me gusta entonces voy a un charral en Barrio Cuba [...] (Participante n. 22, 2014)

Y para finalizar, dos de las personas participantes manifiestan consumir solamente en bares o “cantinas”, y uno dijo consumir en su trabajo cuando está empleado.

Durante la realización de la presente investigación, se ejecutó una revisión bibliográfica con relación a los lugares de consumo, sin embargo, no se hallaron estudios que se refirieran a la temática.

#### ***4.1.7.5. Centros de rehabilitación***

Las instituciones que brindan ayuda a las personas en drogodependencia, evidencian ser un recurso muy utilizado por las y los participantes en esta investigación, ya que se denota que la mayoría las han visitado al menos una vez durante algún periodo de su vida.

a. *Percepción de las personas acerca de los centros de rehabilitación*

Algunas de las personas que han utilizado este tipo de servicios no consideran haber recibido ayuda terapéutica ni psicológica adecuada; al respecto se halló: “[...] resulta que los centros de atención lo que hacen es abstenerse de consumir durante seis meses, durante un año, bajo unas reglas estrictas, o bajo valoración. Pero en realidad no tratan tu dependencia [...]” (Participante n. 9, 2014).

En el anterior relato se refleja el descontento de la persona luego de haber sido usuario de uno de estos centros, a lo que continúa criticando como, en su opinión, la utilización de la religión o la realización de labores de ventas no son la mejor manera de tratar su enfermedad.

La importancia de la percepción de la o el usuario de los centros de rehabilitación radica en que esta actúa como condicionante de la satisfacción y la forma de actuar de la persona en función del tratamiento, y por lo tanto, de su adherencia y del resultado que obtenga (Rial, Torrado, Braña y Varela, 2010). Por lo tanto, es fundamental la opinión que tienen algunas de estas personas del tratamiento que siguieron, y ello puede incidir de la misma manera en las recaídas o en la próxima asistencia a uno de estos centros.

Una de las debilidades mencionadas corresponde a la duración del programa (siendo de muy poco tiempo) por lo que afirman que el proceso debe ser mayor. Asimismo, se encontró que gran parte de las personas participantes no se encuentran cómodas con los programas porque son estrictos o exigentes. Una de las personas comentó:

[...] los centros lo explotan a uno. Si, este, le sacan las ventas, le exigen las ventas más altas, que por qué esta venta tan baja. Lo hacen levantarse a uno temprano y toda esa cuestión verdad. Íbamos digamos [...] a Pérez, San Carlos, Grecia. Eh,

Zarcelo, Puntarenas. Bueno, en todo lado íbamos a vender. (Participante n. 10, 2014)

Este tipo de situaciones en que el individuo no se siente identificado con el programa puede deberse a que dicha persona acudió a un centro cuya estrategia y duración de tratamiento no estaba acorde con sus necesidades.

Según Rojas, Real, García y Medina (2011) “No existe un sólo tipo de tratamiento que resulte eficaz para todas las personas.” (p. 353), por lo que se han creado diversos modelos para tratar las dependencias, entre los que dichas autoras mencionan “[...] las intervenciones breves, los tratamientos cognitivos, las estrategias centradas en el afrontamiento para prevenir las recaídas, los tratamientos cognitivo–conductuales, los programas de desintoxicación, seguimiento y apoyo a las familias y a la comunidad entre otros.” (p. 353). Con base en lo anterior, es probable que las personas participantes puedan obtener mejores resultados en centros que sigan metodologías diferentes, las cuales se acoplen a sus necesidades individuales.

Asimismo, en los diferentes centros las personas afirman que deben existir buenas o buenos profesionales que estén enterados de la realidad social y tengan principios éticos. Esto debido a que al respecto de las diferentes charlas, terapias y talleres practicados, las y los participantes critican el trato que se les brinda:

Por cualquier cosa, que no es ni una falta grave ni nada de eso, lo sientan en un círculo y le gritan todos, entre los mismos adictos se gritan y le echan en cara todo, la comida, todo lo que le han ayudado, entonces yo veo que eso no, es estúpido, diay la gente no dura nada ahí, no llegan a buscar ayuda ahí, no hay trato. (Participante n. 3, 2014)

La teoría explica que este método coercitivo tiene su origen en sistemas creados a partir de la visualización del drogodependiente como un ser antisocial y rebelde, lo cual provoca que el personal los confronte, los acuse, los castigue o los trate con procacidad, ironía o agresión verbal (Fantón, 2010).

Fantón (2010) continúa explicando al respecto de estas prácticas: “[...] suelen provocar en los pacientes adictos -entre otras secuelas lamentables- el abandono prematuro del tratamiento, recaídas, conductas desafiantes y, por supuesto, mayor violencia.” (p. 53). Ello vendría a explicar la decepción de las personas participantes con respecto al centro de rehabilitación al que acudieron. Por otro lado, este tipo de situaciones pueden causar grandes consecuencias en la salud de las y los individuos si se tienen en cuenta los resultados que, según refiere el autor, pueden darse en las personas involucradas, dado que los centros de rehabilitación tienen como tarea el ayudar a las y los drogodependientes a recuperarse, y, al no lograrlo, inciden en los contextos que se pueden generar a partir de ello.

Otra situación que se debe tomar en cuenta es la problemática generada a partir del egreso del centro, ya que las personas manifiestan que cuando terminan el tratamiento no tienen un lugar fijo en el cual residir. Saucedo y Taracena (2011) al respecto explican que en las calles, la utilización de sustancias psicoactivas es una actividad común; por lo tanto, las personas que vuelven a los espacios callejeros al egresar del tratamiento, muy fácilmente pueden recaer en el consumo de drogas, al ser este un ambiente riesgoso.

### ***b. Motivos por los que las personas han recaído***

A pesar de haber asistido a centros de rehabilitación, se observa que todas las personas presentaron recaídas en el consumo. Las razones que refieren para explicar lo anterior son variadas y se exponen a continuación.

Entre los hallazgos se encontró que algunas de las personas recayeron debido a sensaciones de ansia y la tentación. Según el Centro de Integración Juvenil y Dirección de Tratamiento y Rehabilitación (2010), este fenómeno es conocido como *Craving*, o ansia irreprimible de consumir una sustancia psicoactiva, el cual ya se comentó en el marco referencial, varía dependiendo de la persona, la situación y el grado de dependencia. Asimismo, exponen:

[...] el deseo de consumir es considerado un estado motivacional intenso, con un importante trasfondo neurobiológico que puede ser disparado por diferentes estímulos (internos y/o externos) y es uno de los principales causantes de las recaídas, ya que éste puede resurgir después del tratamiento o de largos periodos de abstinencia. (p. 10)

Es decir, la incapacidad de afrontar el deseo de consumo es, tanto en la teoría como en la presente investigación, un importante impedimento para la superación de la condición de dependencia a sustancias. Sin embargo, el fenómeno del *Craving* se encuentra también muy relacionado con el síndrome de abstinencia, es decir, la serie de síntomas que aparecen en la persona cuando esta deja de consumir sustancias psicoactivas. Con respecto a esta relación, Puga (2013) explica que el síndrome de abstinencia ejerce presión sobre la persona de manera que a esta se le dificulta evitar el consumo, además de que puede incidir

en que el o la drogodependiente establezca la creencia de que en su caso, la rehabilitación no es posible.

Relacionado a lo anterior, es importante hacer hincapié en que la gran mayoría de las y los participantes abandonaron el o los centros tan sólo unos meses luego de haber ingresado; esto por cansancio, por aburrimiento o por encontrarse en desacuerdo con los métodos utilizados en las instituciones. Esta falta de adherencia al tratamiento, sobretodo en etapas prematuras del mismo, corresponde casi a un pre-requisito de la recaída (Lois y Álvarez, 2010).

Por otro lado, se evidencia la falta de apoyo familiar durante la estadía en los centros, lo cual puede incidir directamente en el abandono del tratamiento, o en las recaídas en el consumo. Se halló el siguiente testimonio: “Sí, yo iba y me internaba solo y mi familia nunca me apoyó en lo que fue el internamiento, nunca tuve visitas de ellos” (Participante n. 3, 2014).

Otras de las razones encontradas, se relaciona con personas que les ofrecen regalarles drogas o con un nuevo trabajo que les deja el suficiente dinero para consumir. Por otro lado, ellas y ellos explican que recayeron en el consumo debido a la constante tensión bajo la que se encuentran, así como también la falta de motivación para asistir a las reuniones de la institución en la que estuvieron y el descuido de sí mismos o mismas. Además, en muchos casos se menciona el despecho, en el cual las y los sujetos de estudio comentan haberse sentido deprimidos por situaciones con su pareja sentimental, ya sea por relaciones homosexuales o heterosexuales. También se presentan celos en algunas de los relatos. Y además, se hallaron casos de personas en rehabilitación cuyas parejas sentimentales son consumidoras y les incitan nuevamente al consumo. Una de las personas participantes afirma:

[...] una fue por mi novia, más que todo [...], diay yo soy una persona muy celosa ya, no me gusta que anden con otras personas, después vienen los problemas, los colerones, casi la mayoría de parejas, consumen, me entienden, siempre me metían guaro, ya uno con guaro se le abre las cosillas, y ya quiere uno fumar, ya después ahí va uno y vuelve a lo mismo, recae, después se le van los años volando, ya.  
(Participante n. 29, 2014)

Por lo tanto los celos, el despecho, el estrés, la falta de motivación y la poca autoestima, demuestran como el mal manejo de emociones se encuentra directamente relacionado con la recaída en el consumo de drogas luego de atravesar un proceso de rehabilitación, ya sea que este se complete o no. Y a pesar de que las emociones no establecen la decisión de utilizar drogas, se encargan de alterar el resultado que se espera obtener de esa decisión (Molina, 2012). Por lo tanto, se infiere que para evitar la recaída, las personas deben aprender estrategias de afrontamiento y habilidades para la vida.

Y finalmente, otra razón dada por las y los participantes, fue que su recaída se relacionó con el gusto por el consumo, expresan que la responsabilidad de su recaída fue de ellas o ellos mismos, y que nadie más incidió. Esta decisión de consumir sustancias, según la teoría, podría deberse no a una disposición completamente voluntaria, sino más bien a una preferencia adaptativa, es decir, la manipulación que las y los sujetos hacen a sus deseos y metas con el fin de adaptarse a su entorno, aliviar la tensión y la resignación, y vivir de manera menos negativa (Tajtenberg, 2005; Puyol, 2012; Puga, 2013). Por lo tanto, el consumo por gusto no debe interpretarse como una decisión autónoma del individuo, sino como algo con mayor complejidad, dado lo expuesto anteriormente.

En conclusión, es de vital importancia tomar en consideración lo referido por las y los habitantes de calle con respecto a las razones de sus recaídas, con el fin de fortalecer los tratamientos brindados y prevenir además el abandono de los mismos. Sánchez *et al.* (2009), explica que:

[...] el tipo de tratamiento, el tiempo de espera hasta el inicio de la asistencia, la accesibilidad, las creencias de los pacientes sobre el tratamiento, la formación del personal y sus relaciones con los pacientes, y los recursos potenciales de éstos, serían otros factores importantes y facilitadores de cambio, como mecanismos clave en la retención y también en la recuperación de los pacientes. (p. 63)

A pesar de lo anterior, para los nuevos abordajes del consumo de sustancias, la recaída es también parte del tratamiento sin que necesariamente esto implique un fracaso (García y Quispe, 2011), sin embargo, es de gran relevancia utilizar la información obtenida con el fin de evaluar y mejorar los sistemas de tratamiento, de manera que la o el drogodependiente sienta deseos de reingresar en los centros de atención cuando sea necesario.

#### ***4.1.6.6. Motivos que le impiden dejar el consumo***

La mayoría de las personas en estudio, coinciden en que la principal causa por la cual no dejan de consumir drogas es debido a sus propias dudas. Inclusive, algunos han tenido la disposición de dejar de consumir ciertas drogas, pero no han logrado salir por completo de la drogodependencia. Una de las personas relata: “Cuando uno toma la decisión, uno, nada más uno, nadie puede decirle que cambie, sólo uno, y ahora que yo he

tomado la decisión, en la calle, me invitan a tomar, y yo digo simplemente no” (Participante n. 16, 2014).

Sin embargo, a pesar de que en el relato anterior se denota que la persona dispuso detener su consumo de alcohol, la voluntad de tomar dicha decisión no se llega a concretar en muchos de los casos. Al respecto, Jiménez (2014) explica:

Al parecer lo que es beneficioso o placentero en parte se elige voluntariamente y hay un impulso a repetirlo [...] y llega un momento en que el impulso al consumo es automático, y la voluntad no opera porque está demasiado validado como “bueno” y se instala prácticamente como “un nuevo instinto”, más allá de la conciencia y del control voluntario. (p. 30)

Por lo tanto, a pesar de que exista el deseo de desistir en el consumo de una sustancia, es previsible que exista resistencia física-psicológica que complique la decisión definitiva, lo cual vendría a explicar por qué 13 de las personas en estudio refieren que su principal barrera es la duda.

Por otro lado, algunas y algunos de los participantes explican que la ansiedad es su principal limitación. Su cuerpo, debido a los procesos fisiológicos de la dependencia, al no consumir les hace sentir ansiedad, y por esto recaen en el consumo.

[...] pero esto es una adicción que la sangre se lo pide, en el momento que uno quiere salir como que el cuerpo se lo pide, llega un momento en el que pasa uno 3 días sin comer y uno siente que se va a morir [...]. (Participante n. 11, 2014)

Esto se relaciona con lo analizado con anterioridad en relación al fenómeno del *Craving* y motivos de recaída luego de una institucionalización en un centro de rehabilitación.

A continuación, seis de las personas participantes mencionan que la razón por la que no cesa su consumo es el sentimiento de soledad, ya que al no tener apoyo y sentir que no pueden contar con nadie, deciden desahogarse en el consumo.

[...] una soledad que yo siento, yo me siento solo, y el cigarro como que me da tranquilidad, me relaja y me da tranquilidad. Con el licor, usaba la excusa de que era por mi abandono, porque “pobrecito yo”, y por eso tampoco lo dejaba.  
(Participante n. 16, 2014)

Relacionado con lo anterior, algunos nombran que sus cambios emocionales son los factores decisivos para el momento en que consumen y el momento en que no, además de que algunas o algunos afirman sufrir de depresiones o de baja autoestima; y uno de los participantes comentó que las drogas le permiten olvidar sus malos recuerdos.

La utilización de sustancias psicoactivas ante la presencia de sentimientos desagradables o tristes, según Meyer (2007), provoca que las personas perciban una mejora en el afrontamiento de tal estado anímico, lo cual explica el uso constante en esta población.

Algunos de las y los participantes comentan que al no tener un hogar ni apoyo familiar, se les dificulta detener el consumo.

[...] yo no tengo apoyo de mi familia, porque lo único que dicen es juzgar, no sea pendejo, no sea maricón, como no lo va a dominar, no saben lo que uno siente, lo

que uno está acarreando [...], uno pasa el síndrome de abstinencia solo, más bien va a consumir, porque uno no tiene a nadie que lo apoye. (Participante n. 28, 2014)

Lo anterior evidencia la relación entre la disfunción familiar y la utilización de sustancias psicoactivas o el mantenimiento del consumo. De esta manera se postula: “Sería entonces la percepción del drogodependiente de la ausencia de aceptación y amor por parte de los padres, más que los extremos de implicación, el factor que contribuye al inicio y al mantenimiento del abuso de drogas.” (López, Bulas, León y Ramírez, 2005, p. 242). Por lo tanto, la teoría se encuentra en concordancia con los resultados de la presente investigación, y respaldan el relato presentado con anterioridad.

Finalmente, una de las personas llegó a la conclusión de que nada le impide dejar las drogas; mientras que algunas otras simplemente dijeron que les gusta el consumo y por eso no se detienen. Dichas referencias se encuentran relacionadas con las preferencias adaptativas, tema que se trató con anterioridad.

Por tanto, y a partir de los hallazgos obtenidos en cuanto a la dependencia a sustancias psicoactivas, se denota que es posible caracterizar a la población en estudio a partir de este determinante social de la salud, ya que se evidenció que existe gran riesgo para las condiciones de las y los individuos, desde el consumo de las mismas sustancias, hasta la afectación física y mental que presentan en relación o como consecuencia de su dependencia. Sin embargo, como fue aclarado en un principio, las verdaderas consecuencias de la drogodependencia serán expuestas a profundidad más adelante.

#### **4.1.8. Alimentación**

##### ***4.1.8.1. Tiempos de comida***

La alimentación determina el estado general físico y mental de cada persona, de manera que influye fuertemente en el desempeño diario, por lo que es un determinante social muy importante, ya que logra establecer la condición de salud de cada individuo.

Por lo tanto, la cantidad de veces que una persona ingiere alimentos es fundamental para mantener en el cuerpo una cantidad de nutrientes, que favorezcan y permitan un buen funcionamiento. Dapcich *et al.* (2001) mencionan que “Los expertos en nutrición recomiendan realizar como mínimo cinco comidas al día” (p. 16). Sin embargo, los tiempos de alimentación de estas personas son tan variados diariamente, que muchos pueden comer cinco veces al día o no realizar ningún tiempo de comida; dependiendo de si están o no en fase activa de consumo, la cantidad de dinero con la que cuenten, o si obtienen el servicio de alguna institución que se los brinden.

La alimentación de esta población, es entonces tan variada, que impide que se generalice al respecto, como se observa en el siguiente relato: “¿Yo? gracias a Dios, como las tres actualmente. Pero digamos en la calle, una o dos [...] hay días que no como nada” (Participante n. 4, 2014). Esto a largo plazo puede desarrollar repercusiones serias en la salud de esta población, generando enfermedades y un deterioro general.

Haciendo referencia a lo anterior, la vulnerabilidad hacía la morbilidad, está estrechamente relacionada con la calidad de vida y por consecuencia, al estado de salud, influyendo en el desempeño e inserción en el ámbito social y laboral. Ello, fomentará aún más las inequidades sociales con las que viven día a día estas personas. Un sujeto relata:

“[...] llega un momento en el que pasa uno tres días sin comer y uno siente que se va a morir” (Participante n. 11, 2014).

También, es importante indicar que el consumo de drogas juega un papel significativo en este determinante social, ya que como narran las y los participantes, anteponen su dependencia a las drogas sobre las necesidades básicas como la alimentación:

[...] a veces cuando está consumiendo uno no come nada, como ayer, antier diay, yo creo que ayer no comí nada en todo el día y toda la noche con otra gente ahí, estábamos en una pura ahí, imagínese dos días [...] (Participante n. 25, 2014)

Este proceso de consumo infiere directamente en la necesidad de estas personas en buscar una alimentación saludable, y por lo tanto en la cantidad de veces que van a consumir alimentos durante el día.

#### ***4.1.8.2. Tipos de alimentos***

En este apartado se caracterizan lo tipos de alimentos consumidos por las y los participantes en situación de calle, asumiendo que ello ejerce un papel fundamental en el concepto de alimentación como DSS. Según Dapcich (2001):

Cuando comemos no sólo saciamos nuestro apetito y disfrutamos con ello, sino que estamos aportando a nuestro organismo los componentes que éste requiere para funcionar. Así, la mejor manera de alcanzar un buen estado nutricional es incluir en nuestra alimentación diaria una amplia variedad de alimentos. (p. 10)

Esta alimentación debe incluir todos los grupos de alimentos expuestos en el Círculo de la Alimentación Saludable que maneja el Ministerio de Salud de Costa Rica

(2011) y estos deben ser contenidos en los tiempos de comida del día. Sin embargo, las personas en situación de calle se ven limitados a ciertos alimentos por la poca cantidad de dinero con la que cuentan; es decir, no pueden mantener una dieta variada y balanceada.

El Ministerio de Salud de Costa Rica (2011) expone:

[...] el cuerpo humano necesita consumir una variedad de alimentos en cantidad adecuada, con el fin de obtener todas las sustancias necesarias. Cuando el cuerpo está funcionando en su óptima capacidad, se tiene más energía y también más resistencia para combatir infecciones y enfermedades. (p. 12)

Por lo que es necesario mantener una alimentación adecuada para promover desenvolvimiento integral y saludable de estas personas, que según Torres y Francés (2007):

Es aquella manera de alimentarse que aporta alimentos variados en cantidades adaptadas a nuestros requerimientos y condiciones personales. Llevar una alimentación equilibrada no es ingerir mucha comida, ya que es tan importante la cantidad como la calidad de la misma. (p. 5)

El no contar con un tipo de alimentación como la antes descrita es una inequidad que desfavorece a este sector de la población, ya que una persona mal alimentada implica que no tendrá un desempeño igual al de otra que se encuentre saludable y con una alimentación adecuada.

#### ***4.1.8.3. Origen de los alimentos***

Respecto al origen de los alimentos que estas personas consumen, algunos de los y las participantes, mencionan mendigar por las calles o casas tanto de personas que conocen como las de desconocidos; esto lo hacen cuando no tienen dinero para comprar o no lograron asistir a las instituciones que les brindan la alimentación. Al respecto, un participante relata: “[...] a veces paso por una carnicería y le digo, vea deme un pedazo de salchichoncito. O sino paso a una panadería y le digo al muchacho: véndame ahí. Con 100 pesos o 200 pesos me da una bolsa ahí [...]” (Participante n. 8, 2014).

Estas personas deben recurrir a estos medios para obtener la alimentación debido a la falta de un empleo estable que les permita adquirir diariamente la alimentación ideal, por lo que a largo plazo les producirá repercusiones en su salud, ya que sin medios económicos no van poder contar con los alimentos necesarios para mantener una dieta saludable.

Y en ocasiones algunos y algunas participantes, dependiendo del estado de consumo en el que se encuentren o del dinero con el que cuenten, se ven en la necesidad de buscar alimentos en los basureros y esto, las y los coloca en un riesgo tan elevado que puede llegar a deteriorar su salud. Un investigado relata:

[...] y yo recuerdo una vez que tenía mucha hambre y fui a un basurero a comer y me encontré unos pedazos de pollo y estaba comiendo y yo sentía que algo me caminaba en las manos pero yo creí que eran hormigas y eran gusanos de la comida que estaba mala que estaba comiendo. Aquí [señala su mano derecha] sí se me hizo un hueco que se me veía el hueso, me entró algo, me entró una enfermedad, un hongo o algo de meter las manos en las basura [...] (Participante n. 3, 2014)

Como se detalla en el relato, en ocasiones el origen de los alimentos que consumen no es el más adecuado, ya que al ser extraídos de un lugar como el basurero, estos alimentos se encuentran en descomposición. Dapcich (2001) manifiesta que “Los alimentos se alteran principalmente por la acción de las bacterias, que son muy activas a temperatura ambiente. Existe una zona de peligro (entre 5° y 65° C) donde los microorganismos crecen rápidamente y se multiplican en pocos minutos” (p. 24). Al encontrarse los alimentos en los basureros, están propensos a poseer una gran cantidad de bacterias, que en el momento de la ingesta pueden contribuir a desequilibrar el estado de salud de las personas

La OMS (2014) detalla que “[...] la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud” (p. 3). Pero estas personas, no cumplen con estos elementos fundamentales debido a su situación, y como se menciona, el no contar con una buena nutrición puede llevar a un desequilibrio de los sistemas del organismo, dando como resultado manifestaciones físicas como las descritas en el siguiente relato:

Eh, le voy hacer sincero, sí, yo sí, cuando yo estaba muy mal, cuando fumaba demasiado, la verdad es que yo más de una vez, fueron pocos pero si lo hice, una vez me sentía mal de estómago y fue por eso, comencé a vomitar y me sentía mal y fue por eso porque me comí una comida de un restaurante de un basurero, pero de ahí no lo volví hacer [...]. (Participante n. 27, 2014)

La OMS (2014) hace énfasis en esta situación, indicando que “[...] una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad” (p. 1). Y como se evidencia

en el relato anterior muchos de los problemas en la salud se relacionan con la alimentación, ante lo cual se asocia con una inequidad, producto de las condiciones que han enfrentado a lo largo de sus vidas, llegando a interferir en las condiciones laborales y de salud actual y futura.

Por último, al finalizar este apartado, es necesario indicar que la población en situación de calle, se caracteriza por tener poco acceso a una alimentación variada y balanceada, con alto riesgo de deterioro en su salud y con repercusiones posteriores a nivel de desempeño físico, generando entonces más desigualdades sociales.

#### **4.2. Identificar los factores personales, interpersonales y sociales que han conducido a estas personas a la situación de calle**

En este apartado se expondrá los principales factores que han tenido influencia para que las personas participantes hayan llegado a la situación de calle; ya que enfermería es una profesión que se interesa por el cuidado humano, es necesario determinar los factores implicados en dicha situación y analizarlos desde una teorizante de enfermería. Imogene

King (1984) postula que “[...] los seres humanos son sistemas abiertos que interactúan con el ambiente” (p. 22), por lo cual es importante tomar en cuenta a cada individuo y su relación con el ambiente que le rodea.

Además, dicha teorizante es enfática al indicar que el concepto de salud es dinámico, por tanto es necesario analizar cada concepto relacionado con los sistemas *personal, interpersonal y social* para lograr la comprensión de la situación actual de vida, que a su vez determina su salud.

#### ***4.2.1. Factores del Sistema Personal***

De acuerdo con King (1984), “[...] a los individuos se les llama sistemas personales” (p. 22), lo cual significa que cada ser humano conforma un sistema total. A su vez, cada persona recibe y procesa información proveniente del medio ambiente que la rodea, por lo cual este último se relaciona con cada uno de los conceptos que propone la teorizante.

De acuerdo con las narraciones biográficas obtenidas, el factor que tuvo mayor influencia para que las personas participantes llegaran a ser habitantes de calle, fue la dependencia a drogas legales e ilegales, ya que 27 personas lo indican de esa forma. Dentro de las sustancias que generaron mayor influencia se destacan el crack y el alcohol, situación que se relaciona con lo analizado anteriormente, con respecto a la dependencia a distintas sustancias. En relación a este tema uno de los participantes indica:

[...] después de la coca seguí con el crack, pero de una manera increíble vea, me abrazó el crack, fue el que me mandó a la calle verdad completamente, a dormir en cartonés, buscar comida en la basura, el crack me mandó a arrastrarme como una serpiente porque esa droga es de respeto verdad, una de las más fuertes, por eso la

juventud de Costa Rica está hundida en ésa porquería ¿ya? A mí me abrazó [...]  
(Participante n. 22, 2014)

En el relato anterior, la persona hace la relación directa entre la dependencia y la situación de calle, pero no ocurre de este modo en todos los casos; dado que cada individuo es un sistema total, como lo menciona la autora (King, 1984), el problema con las drogas tiene repercusiones en los distintos ámbitos de la vida de cada persona, pudiendo afectar relaciones familiares, laborales, sentimentales, entre otras, lo que contribuye como detonante de la situación de calle.

Dentro de los factores personales que han tenido influencia para que los y las participantes llegaran a ser habitantes de calle, se encuentra la *percepción* que tienen sobre situaciones o acontecimientos pasados que han tenido un fuerte impacto en sus vidas, mismos que fueron analizados anteriormente. Se trata de una serie de sucesos, que inician por situaciones vividas en su niñez, en su adolescencia o en otro momento de sus vidas, y que han cambiado la forma de percibir a las personas y al ambiente que les rodea, afectando su *toma de decisiones*.

Como se cita en el marco referencia, King (1984) describe la *percepción* como “[...] la representación de la realidad en cada ser humano” (p. 32); menciona, además, que “[...] una percepción se relaciona con experiencias pasadas” (p. 33). De esta forma, todas las personas en estudio narraron al menos una situación traumática que enfrentaron, dentro de las cuales destacan abusos físicos, sexuales y psicológicos, pérdida de sus seres queridos de forma trágica, consumo de drogas por parte de sus familiares cercanos y rechazo por parte de sus padres biológicos o adoptivos, entre otros. Al respecto uno de los participantes señala lo siguiente:

[...] entonces ahí es donde yo empiezo a ver a las personas de diferente manera, que están como por dinero, que nos cuidaron sólo por su estatus, y una vez que se perdió el estatus de ellos, nosotros a la porra, entonces ya se empezó a ver una vida muy fea [...] (Participante n. 1, 2014)

En el relato anterior se evidencia que este participante cambia su forma de pensar sobre las personas que lo rodean, su percepción sobre las intenciones de sus padres adoptivos se torna negativa. King (1984) señala que la *percepción* es un proceso mediante el cual se organiza, interpreta y transforma la información y la memoria; ello implica que la este concepto influye en el conjunto de factores que determinan la vida de los seres humanos y la forma en que enfrentan cada situación en particular.

Otro factor a tomar en cuenta es el concepto del *yo*, descrito por King (1984) como la interacción de cada persona con el medio que la rodea, “[...] el cual a su vez está influenciado por la retroalimentación de las interacciones con otros y que da patrones consistentes en las relaciones del *yo*” (p. 39). La mayoría de las personas participantes coinciden en que la falta de seguridad en sí mismos o mismas, la inestabilidad emocional, tener una personalidad introvertida, el sentimiento de culpabilidad por situaciones pasadas, falta de metas y objetivos claros en su vida y el poco control sobre sus impulsos y emociones son factores que han influido en su situación actual.

Al respecto, uno de los participantes describe la influencia que tiene su personalidad de esta forma: “Yo siento que la forma de ser sí ha influido, porque diay si de repente uno sea una persona más luchadora o más valiente o más certera o más cuerda, uno se hubiera evitado varias cosas.” (Participante n. 4, 2014). Según King (1984) dentro de las características del *yo* se destaca el hecho de que “[...] los valores y creencias de los

individuos les ayudan a mantener cierto equilibrio en su vida” (p. 38), además menciona que “[...] es una parte integral de las experiencias de una persona. Si estas experiencias son positivas, el *yo* se realiza; si son negativas, el *yo* puede tener problemas.” (p. 39); es así como se evidencia que el conjunto de rasgos propios de cada individuo se refleja en el *yo* y, este a su vez, es parte de los factores que han influido en las vidas de estas personas.

En lo que concierne a *imagen corporal*, se evidencia que se altera por las secuelas del consumo y tiene influencia en que las personas lleguen a la situación de calle ya que muchos de ellos y ellas no se preocupan por su cuerpo en abandono:

Sí, diay pa’, porque llegué a un punto que ya no me interesa nada, llegué a un punto que yo no me quiero a mi mismo, ya, el sólo hecho de no levantarse, de no irse a bañar, ya, comenzarse a dejarse a uno mismo, uno andar sucio, hediondo, me entiendo, fumando piedra, todas esas cosas. (Participante n. 29, 2014)

E incluso, se percibe en algunas personas una autoestima sumamente deteriorada:

[...] yo soy una puta, drogadicta, alcohólica, de la calle, yo no sirvo para nada, yo no soy mujer, es la verdad. Yo no sirvo para nada, yo no soy mujer [...] Que si me pasa un bus, o un carro por encima, boten esa cochinada que de por sí estorba. Yo soy un estorbo. (Participante n. 7, 2014)

Los relatos anteriores de los y las participantes evidencian la imagen que tienen las personas sobre sí mismas, lo cual es un factor que les puede llevar a experimentar el vivir en la calle, ya que al percibirse a sí mismos de forma negativa pierden interés en la higiene personal y en general; al respecto King (1984), establece que la *imagen corporal* es un

conjunto de percepciones que la persona tiene sobre su propio cuerpo y las reacciones de los demás hacia su apariencia.

#### ***4.2.2. Factores del Sistema Interpersonal***

Según King (1984), “[...] los individuos forman grupos, y la formación de grupos crea otro tipo de experiencia humana dentro de los sistemas interpersonales” (p. 90), los cuales representan las interacciones entre individuos y grupos de personas. Dentro de los factores interpersonales que han conducido a los y las participantes a la situación de calle, se encuentran las relaciones con otras personas que, de forma directa o indirecta, han contribuido a la actual situación; a continuación se describirá cada hallazgo encontrado con respecto a este sistema en las narraciones biográficas.

Como se mencionó anteriormente, la dependencia a sustancias es la principal causante señalada por las personas. En este apartado, es necesario tomar en cuenta dos narraciones que hacen referencia a la influencia de una pareja sentimental en su dependencia a sustancias lo que posteriormente los condujo a vivir en calle. Uno de los relatos indica lo siguiente: “Sí, el señor que me dio a probar crack porque fue después de eso que yo, después de que me indujo, me trajo aquí y me dejó botada [...]” (Participante n. 2, 2014).

King (1984), hace referencia al concepto de *interacciones humanas*, las cuales “[...] están en función de los individuos que viven en grupos.” (p. 71), y es definido como un proceso que se establece entre dos o más personas, en él, se presentan una serie de conductas verbales y no verbales dirigidas hacia un objetivo en particular. En las relaciones de pareja en donde una de las partes induce a la otra a *tomar decisiones*, se establece que existe una posición de falta de seguridad de la persona que está siendo inducida al

consumo, así como de manipulación por parte de quien incita al uso de sustancias; King (1984) explica que las “[...] percepciones y los juicios de los individuos están implicados en cada tipo de interacción” (p. 69), por lo cual en este tipo de relación se evidencia los juicios de cada uno de las y los individuos.

Se mencionan, además, tres casos en los cuales la presencia de problemas de *comunicación* en sus relaciones de pareja fueron causa de divorcio o separación lo cual a su vez influyó para que estas personas se encuentren en situación de calle. En uno de estos casos el participante refiere que, al divorciarse, su esposa vendió la casa en que habitaban ambos, sin darle dinero alguno a él, por lo que refiere haber quedado carente de una vivienda digna: “Sí. La vendieron, la hizo vender la casa en 18 millones, no vi ni un centavo yo. Por eso estoy aquí, ¡no tengo casa!, la vendió la bandida esa [...]” (Participante n. 6, 2014).

Respecto a lo anterior, King (1984) indica que dentro de un proceso de *comunicación* existe influencia de las *interacciones* tanto de los objetivos de cada persona, como de las necesidades y expectativas que tengan; ello, explica casos como el anteriormente mostrado debido a que existen diferencias de intereses y objetivos de las personas, llevándolas o llevándolos al deterioro en la relación y posteriormente a la separación, lo cual señalan como factor detonante de la situación de calle.

También cabe destacar que la *comunicación* interpersonal es compleja y se ve como interacción cara a cara entre dos individuos (King, 1984); según la autora el nivel de complejidad aumenta a medida que intervienen más personas en dicho proceso comunicativo. Varios de los y las participantes señalan que hubo amistades, familiares o parejas que influyeron en que tomaran decisiones que posteriormente les condujo a vivir en la calle. Al respecto, una persona dice:

Mirá, en ese tiempo estaba en consumo, este, no tenía empleo, vivía con otra gente más o sea, era como un ambiente muy loco, desde entonces resultó que una noche me peleé con los que habitaban ahí y me fui y me topó la calle ¿no?, y resultó que diay habían terminado robándome, sacándome de la zona donde vivía ¿no?, entonces tuve que pasar en la calle. (Participante n. 4, 2014)

De esa forma, se visualiza la importancia de la adecuada *comunicación* en las interacciones que se establecen en las relaciones de familia, grupos de iguales o relaciones sentimentales. En uno de los relatos un participante también refiere:

Entonces yo estuve alejándome del hogar. Entonces ella [su esposa] averiguó que yo tenía esas circunstancias, entonces, diay, se perdió la relación, ya hasta ahí. Entonces para mí, eso fue, exactamente creo yo, el principio de mi indigencia ahora ¿va? (Participante n. 9, 2014)

En el relato anterior se debe destacar una de las características de la *comunicación*, descrita por King (1984), la cual establece que es un proceso personal, debido a que cada persona es diferente y la situación que se presenta en el momento, influye en la comunicación, alterando así el mensaje a transmitir y la interacción entre las personas. En el relato anteriormente citado, se evidencia la forma en que las dificultades en la comunicación, en ese momento en específico, tuvieron influencia en la relación de pareja y posteriormente condujo al participante a vivir en calle.

Por otra parte, un factor que tuvo consecuencias para que estas personas llegaran a la situación de calle fue el incumplimiento de un *rol* dentro de sus familias. Uno de los participantes menciona que “[...] el haberme ido de mi casa, porque no quería vivir en mi

casa, porque las reglas que me ponía mi mamá no me gustaban” (Participante n. 22, 2014); siendo para esa persona el factor detonante de la situación actual.

Según King (1984), el *rol* es la “[...] conducta que se espera de alguien que ocupa una posición dada en la familia y/u organización” (p. 101). Para muchas de las personas investigadas el no cumplir con su rol de hijo/a, padre/madre, esposa/esposa fue un causante más, de este proceso de situación de calle.

#### ***4.2.3. Factores del Sistema Social***

King (1984), describe un tercer sistema: el sistema social; en éste se comprende la dinámica de la sociedad y la influencia que posee ésta sobre las y los individuos y los grupos. La autora establece que existen diversos tipos de grupos sociales en diferentes sistemas; es decir, un sistema social puede ser el familiar, el educativo, el religioso, el de trabajo, entre otros.

Como se mencionó anteriormente, el hogar es un tipo de sistema social; al menos cinco de las personas participantes señalan a la familia como una de las causas de su situación de calle. Uno de los participantes expresa que sus parientes le solicitaron retirarse de la casa por su dependencia a sustancias y los problemas con su papá, principalmente, y esto lo llevó a habitar en la calle: “Y este, después de ahí me echaron a la calle, diay yo tuve muchos problemas con mi papá, porque mi papá era alcohólico [...]” (Participante n. 10, 2014).

De acuerdo con King (1984), los seres humanos pasan toda su vida dentro de organizaciones; en ellas, existen “[...] fuerzas sociales que moldean y desarrollan cualidades y hábitos personales” (p. 124). Dada esta situación, el papel de la familia es de gran importancia en la conformación de la personalidad; además, establece pautas

necesarias para permanecer dentro de ella, al igual que en cualquier otra organización. Las personas en situación de calle, al no cumplirlas, debido en gran parte a su dependencia a sustancias, no logran permanecer dentro de su organización familiar y son abandonados y excluidos de su propio grupo familiar.

King (1984), establece que una *organización*, es una unidad social caracterizada por la estructura, las funciones y los recursos que dispone para alcanzar metas. Por tanto, al no existir estos requisitos, la organización familiar se desintegra. Esto significa, de acuerdo a la percepción de los participantes, un factor que los condujo a su situación de calle.

Dentro de la sociedad como organización, un punto importante a tomar en cuenta es la *autoridad*, entendida como “[...] un proceso transaccional que se caracteriza por relaciones recíprocas y activas, en las cuales los valores, antecedentes y percepciones de los miembros influyen para definir, validar y aceptar la autoridad de los individuos dentro de una organización” (King, 1984, p. 131). Dentro de este concepto, se encuentra la legislación que rige las normas a seguir dentro de una sociedad.

Uno de los participantes hace referencia a que la legislación en el tema de separación de bienes en un divorcio, otro de los participantes manifiesta el papel de las leyes del país en cuanto a mayor supervisión de las empresas y entidades que poseen negocios y evaden al Régimen de Pensiones de la CCSS. Este último, hace mención al dueño de la empresa donde trabajó por mucho tiempo, el cual evadió al sistema lo que trajo como consecuencia que esta persona no recibiera la pensión que le correspondía: “Sí, fíjate. Ahí estaba la cuestión de la pensión... Engañó buenísimo a la Caja [refiriéndose a la CCSS], imagínate, yo trabajé 22 años ahí y la Encuadernación Barrantes no aparece. Sólo a

la señora, a la esposa de él y a un hijo que le salió, y nada más, fíjate. Hubiera tenido yo mi buena pensión, mis 144 mil.” (Participante n. 6, 2014).

King (1984) argumenta que dentro de una organización, la *autoridad* es esencial ya que guía y dirige la conducta de las y los miembros. En el caso de la sociedad como organización, la legislación, que se deriva de las instituciones que poseen la autoridad, debe ser la encargada de controlar y dirigir a sus habitantes; la percepción de algunas personas se basa en experiencias previas con la justicia y con situaciones que han enfrentado en sus vidas, por lo que de acuerdo a ello ven el tema de las leyes como un factor que ha influenciado en su situación.

Por otra parte, se relata que la legislación existente con respecto a drogas es fácil de evadir, por lo que es muy sencillo obtener y consumir drogas, ello, como se mencionó anteriormente, los llevó a la dependencia y posteriormente a la vivencia de la situación actual. Uno de los partícipes expone:

Las leyes de Costa Rica, en comparación de otros países nada que ver, son muy tolerantes más bien, imagínese que los presidentes son los que se llevan más tortas, imagínese uno. Es fácil conseguir alcohol, a todo mundo se lo venden y uno rengo y lo empujan. (Participante n. 30, 2014)

Según la percepción de esta persona, la sociedad debe tomar decisiones importantes en cuanto al tema de drogas, dentro de las cuales destaca el apoyo a las personas que consumen sustancias para evitar que terminen viviendo en calle. Según King (1984), las decisiones deben estar orientadas en los objetivos de una organización; es así como dentro de una sociedad que quiere evitar el aumento de individuos que habitan en calle, se deben tomar decisiones que influyan en los detonantes de dicha problemática.

Tomando en cuenta a la sociedad, como estructura organizacional compleja, las personas participantes la señalan como una de las responsables de su situación, ya que al menos 20 de ellas y ellos refieren las pocas opciones que tuvieron al ser de un estatus social bajo, en cuanto a educación, empleos y, de cierto modo, presentaron una necesidad de mayor conciencia por parte de instituciones del Estado, como el PANI, ya que en muchos casos esto tuvo un impacto que posteriormente los llevó al consumo y a la calle. Al respecto del *status* social y la pobreza, una de las personas indicó:

Es una buena idea, eh, yo he pensado que si yo fuera de plata, yo creo, que si yo fuera de plata, no hubiera caído en la vida que estoy [refiriéndose a la situación de calle], no hubiera consumido, y pues no estuviera en esta condición. Más bien todo lo contrario, si yo tuviera plata no estuviera en vicios, no estuviera aquí, no, no, no.  
(Participante n. 27, 2014)

En el relato anterior, la persona evidencia que el *status* es una posición que tiene cada individuo dentro de un grupo, o de un grupo en relación con otros grupos, dentro de una organización (King, 1984). Como se observó anteriormente, las y los participantes comparten la característica de pertenecer a un status social bajo; King (1984), establece que este concepto es parte de la estratificación social y se relaciona con lo que cada persona es, con las actividades que hacen, con los demás individuos que conocen y con lo que se ha logrado.

En este apartado, es necesario reiterar que la situación de calle, presente en las personas participantes, es multicausal y se da por un conjunto de factores de los tres sistemas de cada individuo; dentro de los mismos, la dependencia a sustancias es el principal factor como, denominador común entre todos las y los investigados.

### **4.3. Identificar las drogas legales e ilegales que han consumido y consumen las personas en situación de calle**

En este apartado se detallaron las drogas consumidas por las y los participantes en esta investigación. Para efectos de un mejor análisis, la temática se subdividirá en tres aspectos relevantes, presentados a continuación:

1. Sustancia con la cual las personas iniciaron el consumo.
2. Sustancias que consumieron las personas en el transcurso de su vida.
3. Sustancias que consumen las personas actualmente.

#### ***4.3.1. Identificación de la droga con que las personas iniciaron el consumo***

Inicialmente la identificación de la primera sustancia con que empezaron el consumo las personas participantes en este estudio, es de especial interés porque genera conocimiento para crear políticas educativas para prevenir esta situación y la actualización de datos nacionales.

De las personas participantes, 17 admitieron haber iniciado su consumo con el alcohol, 12 personas con el tabaco, cinco con la marihuana, una persona con cocaína y una con pegamento, sin embargo, ninguna persona refirió haber iniciado su consumo con crack.

Asimismo, se debe tener en cuenta que algunos y algunas refieren haber iniciado con dos sustancias a la vez, cinco personas con el alcohol y el tabaco, y un caso particular de cocaína y marihuana. Al respecto se encontró el siguiente relato: “Yo no podía tomar licor y no fumar.” (Participante n. 6, 2014).

Al respecto, la teoría explica que es común encontrar una asociación significativa entre el consumo del tabaco y el alcohol, como menciona el IAFA en el año 2013 “[...] la probabilidad de encontrar un tomador reciente es mayor si el individuo refiere haber

fumado recientemente y viceversa, lo que resulta de un condicionamiento recíproco que a la vez está determinado por variables sociales, individuales y familiares” (p. 95). Esta variación depende del contexto en el que se desarrolló la primera experiencia de consumo de la o el participante.

A partir de los hallazgos obtenidos, se concluye que un 80% de la población estudiada inició su consumo con drogas legales, mientras que en el otro 20% se observa un inicio del consumo con drogas ilegales. Este comportamiento puede relacionarse con la percepción del riesgo que tienen las personas al iniciar su consumo de sustancias psicoactivas.

En la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en la Población de Educación Secundaria del año 2012, se observa como una baja cantidad de jóvenes consideró que existe un riesgo elevado al consumir alguna vez alcohol o tabaco, mientras que con la marihuana, los tranquilizantes, los estimulantes, la cocaína, el éxtasis, el crack y los solventes, mayor cantidad de entrevistados los consideró riesgosos (IAFA, 2013). Así, los jóvenes podrían preferir iniciar su consumo con drogas que, según su percepción, son menos riesgosas; además, se evidencia que dicha tendencia se ha mantenido a través de los años, ya que se halla tanto dentro de los relatos de las personas participantes en este estudio, así como en las recientes encuestas nacionales.

En la siguiente tabla se mostrarán los datos obtenidos al respecto en las narraciones:

**Tabla 2.** Total de personas participantes según sustancia de inicio de consumo, Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, Enero del año 2014.

Tipo de droga	Número de personas que la consumen	Porcentaje de personas que la consumen
<b>Alcohol</b>	17	56.7%
<b>Tabaco</b>	12	40%
<b>Marihuana</b>	5	16.7%
<b>Cocaína</b>	1	3.3%
<b>Pegamento</b>	1	3.3%

**Fuente: Elaboración propia.** Campos, Gamboa, Morales, Pizarro, Ramírez y Villalobos. (2015). Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014.

Además de las drogas en específico que utilizaron las personas para iniciar su consumo, en las narraciones de las y los participantes se obtuvieron datos acerca de las edades en las que probaron cada una de las drogas que han consumido. Estas son muy variadas, abarcando desde la niñez hasta su adultez.

En el caso del alcohol, el rango de edad en el que las personas iniciaron su consumo es muy amplio, ya que hubo participantes que lo consumieron desde los 4 años, y otro que comenzó a los 50 años; habiendo la mayoría iniciado en la adolescencia. En las narraciones se encontró que un 26% de las y los participantes consumieron esta droga a los 12 años o antes. Al respecto se menciona:

[...] como a los ocho, yo me llevaba el licor a la escuela y me agarraban borrachitífica, pero para mí era normal porque toda mi familia lo hacía. Y diay, así yo empecé el camino que me trajo aquí, que es lo más bajo que puede caer uno. (Participante n. 20, 2014)

Lo anterior refleja la influencia indirecta de un familiar cercano en el consumo de esta droga. Uno de los participantes también explica: “[...] él [papá] me daba cerveza en chupón, entonces a mí me gustaba, a mi todo lo que sea licor, todo lo que sepa a licor a mí me fascina” (Participante n. 23, 2014).

Por otro lado, con el tabaco el rango de edades en que se inició el consumo va de los 8 años a los 50 años, con la mayoría comenzando su consumo en los inicios de la adolescencia. Al igual que con el alcohol, en las narraciones se evidencia su uso desde los 12 años o antes, esto en un 16.7% de las personas. Uno de los participantes refiere: “Jugábamos bolinchas, trompos, vivíamos a la par de un, de un edificio de café, volábamos pala, nos pagaban algo, comprábamos cigarros, nos íbamos a fumar escondidos” (Participante n. 24, 2014).

En la cita anterior es posible inferir como el participante relaciona su niñez y las actividades lúdicas de la infancia con el inicio del consumo, lo que permite observar la iniciación en el tabaco desde edades tempranas. Sin embargo, esto podría confundirse con un comportamiento infantil en lugar de riesgoso. Al respecto se halló: “[...] entonces uno empieza con esas travesuras de ir a fumar y comprarse un paquete de cigarrillos y consumirse hasta la chinga por poder fumarse uno y así [...]” (Participante n. 4, 2014).

Con respecto a la marihuana, las edades de inicio de consumo van desde los 10 años a los 36 años; sin embargo, son muy pocos los que iniciaron después de los 20 años. Con la cocaína y el crack, las personas iniciaron su consumo de forma similar entre los 14 y los 40 años. En ambas sustancias, la mayoría inicio entre la adolescencia y la adultez temprana. Y con respecto al resto de las drogas, muchos no especificaron a la edad en que la consumieron, por lo que el dato no se conoce con exactitud.

A pesar de la variedad de edades en las que las y los participantes en este estudio consumieron alguna sustancia psicoactiva por primera vez, en los relatos se evidencia que un 66.7% lo hizo durante la adolescencia. Al respecto, Alfonso, Huedo y Espada (2009), mediante una recopilación de estudios, mencionan algunos de los factores relacionados con el consumo en esta etapa de la vida, entre los que se encuentran la edad, la personalidad, la autoestima, el manejo de las emociones y conductas, el grupo de pares, las relaciones con la familia y la sociedad, la ansiedad, el ambiente, entre otros.

De igual manera, los datos obtenidos en cuanto a las edades concuerdan con la información recolectada en la Encuesta Nacional 2010 sobre el Consumo de Drogas en Costa Rica, realizada a personas entre los 12 y los 70 años, en la cual se exponen las siguientes edades de inicio para el consumo de las diversas drogas: el alcohol a los 17.4 años (IAFA, 2012b), el tabaco a los 17 años (IAFA, 2012a), la marihuana a los 16.7 años (IAFA, 2012c), y los derivados de hoja de coca a los 19.1 años (IAFA, 2012d).

Asimismo, en la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en la Población de Educación Secundaria (2013), realizada por la misma institución, las y los estudiantes participantes, brindaron las siguientes edades de inicio de consumo: alcohol entre los 13.1 y 13.3 años, tabaco entre los 12.3 y 12.8 años, marihuana a los 14.3 años y cocaína a los 16 años.

Lo anterior evidencia que las edades de inicio del consumo de sustancias van en decremento en función de las generaciones encuestadas. Por otro lado, algunas publicaciones científicas afirman que el consumo precoz de sustancias podría incrementar los efectos negativos a largo plazo. Hernández, Roldán, Jiménez, Mora, Escarpa y Pérez (2009) mencionan que la utilización de sustancias a edades prematuras se asocia a un consumo más intenso, menores periodos de sobriedad y utilización de otras drogas de

manera más prevalente, así como a un aumento en las probabilidades de abuso de sustancias en la adultez, la aparición de conductas de riesgo, y menor interés y autoconfianza en el momento de cesar el consumo.

#### ***4.3.2. Sustancias que consumieron las personas en el transcurso de su vida***

En este apartado se exponen las drogas que han sido utilizadas por las y los personas investigadas, así como su combinación o su uso concomitante, en el transcurso de sus vidas. Se evidencian en lo expresado por las personas.

Entre los relatos se encontró que un 96% de la población participante ha consumido de 2 a 10 tipos de drogas diferentes a lo largo de su vida, y todos ellos y ellas han sido polidependientes al menos durante un tiempo. En el año 2000, Calcerrada (como se cita en Flores, s.f.) atribuye la polidependencia a la necesidad de la persona de incrementar el efecto de las sustancias que consume, ante la dependencia que ha desarrollado y su consecuente insatisfacción; por otro lado, asegura que esto es un indicativo de pérdida de control sobre el consumo.

En los testimonios obtenidos, se halló que las drogas utilizadas por las y los participantes abarcan el alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, crack, LSD, hongos alucinógenos, éxtasis, pegamento, cemento, thinner, benzodiazepinas, opioides y anestésicos.

En cuanto a los medicamentos, se hallaron en la narraciones el consumo de benzodiazepinas, mencionándose específicamente Lorazepam, Clonazepam, Diazepam y Zopiclona, este último como análogo de benzodiazepinas; además de una persona que mencionó la Ketamina (anestésico) y otra que refirió haber consumido Tramadol (opioides).

A pesar de ser medicamentos que se venden solamente bajo receta médica, las personas en las calles los consiguen y los consumen. Al respecto se encontró:

[...] y yo llego a la farmacia y pido unas pastillas para dormir y la farmacéutica me vende esas (Zoplicona) y me dice que son muy fuertes y que no sé qué, y uno así que sean fuertes, no importa si me tienen que noquear. Resultó que para mí eran como la marihuana en pastillas, o sea el mismo efecto ¿no? y entonces me gustó, y dejé de fumar marihuana y me encontré las pastillas [...] (Participante n. 4, 2014)

Así como se observa en la cita anterior, las personas pueden utilizarlos para sustituir una droga, pero se denota aún más su uso concomitante con otras sustancias, lo cual aumenta el peligro para sus vidas. Con respecto a esto, uno de los investigados afirma: “Compraba licor, este, me hacía unas bombas ahí de licor ¿no?, pastillas, cocaína toda la noche, una loquera en la casa [...]” (Participante n. 4, 2014)

Así como se afirma en el relato, existe un consumo irresponsable de estos medicamentos, y su potencial de dependencia y composición química representan un potencial peligro, respecto a lo cual el IAFA (2012e) opina que dichos fármacos solamente deben ser consumidos con la prescripción y el acompañamiento de un profesional indicado.

Con el uso de las drogas inhalables, es decir, pegamento, cemento y thinner, que son sustancias altamente químicas, y sus efectos a nivel físico pueden ser graves (como se detalló en el marco referencial), se evidencia su uso de la población estudiada, y se consiguen de manera legal y a bajos costos. Una de las personas colaboradoras comenta: “[...] era muy fácil, yo me encerraba en el cuarto me sentaba en la cama y agarraba el tarrito y estaba así con el pegamento pegado a la nariz, todo un día tal vez [...]” (Participante n. 14, 2014).

Por otro lado, en los relatos se menciona el uso de ciertas combinaciones nombradas chinito y bazuco, además de una droga que no pudo ser identificada, llamada “artana”.

En cuanto al chinito, se halló en la literatura que dicha droga se refiere a la combinación de cigarrillos con cocaína (Murillo, 2013). El bazuco o basuco, conocido en Suramérica como “paco”, es una peligrosa droga que se conforma de cocaína o la pasta base de ésta en conjunto con marihuana, y se caracteriza por su bajo costo y su efecto rápido (Barrionuevo, 2012).

En la siguiente tabla se presenta de manera ordenada el consumo de drogas de cada participante durante su vida.

**Tabla 3.** Total de personas participantes según sustancias que consumieron en el transcurso de sus vidas, Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, Enero del año 2014.

Tipo de droga	Número de personas que la consumen	Porcentaje de personas que la consumen
Alcohol	29	96.7%
Marihuana	26	86.7%
Tabaco	22	73.3%
Cocaína	22	73.3%
Crack	20	66.7%
Combinaciones	9	30%
Medicamentos	6	20%
Hongos alucinógenos	5	16.7%
Cemento	4	13.3%
LSD	2	6.7%
Éxtasis	2	6.7%
Pegamentos	2	6.7%
Thinner	2	6.7%
Heroína	1	3.3%

**Fuente: Elaboración propia.** Campos, Gamboa, Morales, Pizarro, Ramírez y Villalobos. (2015). Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014.

### ***4.3.3. Sustancias que consumen las personas actualmente***

En este apartado se expondrán las sustancias que las personas consumían en el momento en que se obtuvieron las narraciones. De la misma forma, se abarcarán las drogas que utilizan con más frecuencia, y las drogas que son de su preferencia de entre las que utilizan.

En cuanto al consumo actual de drogas, se encontró que el 70% de las personas utilizan 1 ó 2 drogas, y en el resto de los casos, 3 o más. Las drogas que más utilizan las y los participantes son el alcohol, el tabaco y el crack, en ese orden; luego se encuentran la marihuana, la cocaína, las benzodiacepinas, y el Bazuco, que son las menos consumidas.

En la tabla que se adjunta a continuación, se resumen los datos obtenidos al respecto:

Tabla 4. Total de personas participantes según sustancias que consumen en la actualidad, sustancia que más utilizan y sustancia que prefieren utilizar, Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, Enero del año 2014.

Tipo de droga	Sustancias que consumen en la actualidad las personas participantes		Sustancia que más utilizan las personas participantes		Sustancia que prefieren consumir las personas participantes	
	Número de personas que la consumen	Porcentaje de personas que la consumen	Número de personas que la consumen	Porcentaje de personas que la consumen	Número de personas que la consumen	Porcentaje de personas que la consumen
<b>Alcohol</b>	19	63.3%	8	26.7%	7	23.3%
<b>Tabaco</b>	15	50%	9	30%	4	13.3%
<b>Crack</b>	10	33.3%	6	20%	4	13.3%
<b>Marihuana</b>	8	26.7%	4	13.3%	7	23.3%
<b>Cocaína</b>	5	16.7%	2	6.7%	5	16.7%
<b>Medicamentos (Lorazepam y Ketamina)</b>	2	6.7%	0	0%	0	0%
<b>Bazuco</b>	1	3.3%	1	3.3%	1	3.3%

**Fuente: Elaboración propia.** Campos, Gamboa, Morales, Pizarro, Ramírez y Villalobos. (2015). Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014.

El alcohol sigue estando en el primer lugar de utilización por las personas investigadas, lo cual no contrasta con la literatura, ya que según la Organización de Estados Americanos (2011), esta sustancia tiene la mayor prevalencia de uso en América. Lo anterior podría tener relación con la gran cantidad de presentaciones en que se puede adquirir el alcohol, así como sus porcentajes de concentración variados, que les dan a las personas una amplia gama de productos a escoger que fomenta su consumo.

Sin embargo, las personas comentan que el alcohol de 90% de concentración, conocido también como alcohol etílico, es la presentación más fuerte que consumen. Uno de los sujetos de estudio afirma: “[...] el alcohol ni para qué, el alcohol puro, puro, estamos hablando del alcohol de, de 90 grados, no alcohol de ése de Cacique, estamos hablando de alcohol, alcohol puro, ése que lo come a uno por dentro.” (Participante n. 22, 2014).

Al respecto, Olcina y Llorens (2013) opinan que lo disponibles y accesibles que son las bebidas alcohólicas, en conjunto con las tradiciones y la aceptación por parte de la sociedad, son los principales responsables de que el consumo de alcohol sea visto con tolerancia e hilaridad, lo cual podría incidir en los altos índices de consumo de esta sustancia, tanto en la literatura como en la presente investigación.

En concordancia con lo anterior, se encontró en las narraciones que el alcohol es la droga preferida por las y los participantes. De la misma manera, del total de personas que consumen alcohol en forma concomitante con otra sustancia, ocho de las y los participantes refieren que es la droga que utilizan con mayor regularidad, debido a que explican que es económico, fácil de conseguir, brinda una sensación de bienestar, y una de las personas afirmó simplemente no poder dejarlo.

Por otro lado, el crack se registra como la sustancia ilegal que consumen más personas. Sin embargo, llama la atención que esta droga ocupe un lugar de mayor número de usuarios que la marihuana, ya que la OEA (2011) afirma que el cannabis es la droga ilegal más utilizada en América. El crack es de fácil acceso en el medio en que las personas en situación de calle se desenvuelven, además es una droga que tiene un bajo costo.

Asimismo, seis de las personas que consumen esta droga mencionan que el crack es la sustancia que utilizan más comúnmente de entre todas las demás, lo cual justifican en el efecto que produce, el placer que les brinda y la dependencia que les genera.

A pesar de se encontró que la droga ilegal más utilizada las personas participantes es el crack, la marihuana sobresale por ser la sustancia preferida luego del alcohol, aunque es utilizada solamente por un 26.7% de la población en estudio.

Es probable que la preferencia por la marihuana pueda deberse a que su precio accesible permite que las personas consuman con constancia, y sus efectos muchas veces no son tan evidentes, por lo que permiten que la o el consumidor pase desapercibido como drogodependiente. Con relación a esto último, Netzahualcoyotzi, Muñoz, Martínez, Florán y Limón (2009), explican que los efectos inmediatos del consumo de marihuana son aumento de la frecuencia cardiaca, relajación de los conductos bronquiales, dilatación de los vasos sanguíneos oculares, sequedad en boca y garganta, y tremor y sensación de frío en las manos; por lo tanto, y a pesar de que el usuario de cannabis puede sentir estos efectos en su cuerpo, las personas a su alrededor pueden no ser conscientes de lo que le sucede.

A manera de ejemplo se encuentra lo narrado por uno de los sujetos participantes: “Porque me relajaba, me iba para los ríos, eh, me, me, me metía en otro

viaje y, y, y trabajaba también me entiende, trabajaba en la bananera y consumía” (Participante n. 21, 2014).

Según lo anterior, el consumo de marihuana cuenta con algunas ventajas en contraste con el crack; sin embargo, según el ICD (2010), los costos de este último son menores en comparación con el cannabis, lo que puede justificar su uso más frecuente.

Es por esta razón que, contrario a la cocaína, el consumo del crack suele relacionarse a los estratos más bajos de la sociedad. La OMS (1995, como se cita en IAFA, 2012d), refiere que es consumida principalmente por personas desempleadas, en condición de calle, en pobreza, trabajadores sexuales, y otras minorías o grupos aislados.

Por otro lado, según los testimonios de las personas colaboradoras, el crack es una de las sustancias más fuertes que se consumen en las calles. Una de las personas explica:

Porque la droga como es el crack le cambia el estado anímico a las personas y aparte del estado de ánimo el cuerpo no reacciona sino hay otra dosis al amanecer, porque como que se enfría el cuerpo y no hay un deseo de bañarse de mudarse, de ir a trabajar, sólo un deseo de consumir. (Participante n. 3, 2014)

En la cita anterior es posible inferir que el grado de afectación que tiene el crack sobre la vida de las personas, es mayor al de otras drogas. Por otro lado, si se tiene en cuenta que las y los usuarios de esta sustancia por lo general necesitan utilizar varias dosis al día, el costo se encarece por la cantidad. Caravaca (2014), expone al respecto: “El crack es una droga devastadora, principalmente por sus efectos radicales en la salud físico-emocional, que convierte al consumidor en un esclavo de su adicción” (p. 1), y agrega: “[...] a pesar de ser una droga considerada barata, se torna muy cara pues el

usuario consume un número elevado de piedras por día, por su efecto fugaz. Este efecto ha conllevado a la necesidad insaciable de conseguir dinero [...]” (p. 8).

Por lo tanto, y a pesar de su amplio uso evidenciado claramente en la presente investigación, es probable que en las personas que utilizan estas sustancias, el efecto del crack no vaya a preferirse por encima de las sensaciones producidas por la marihuana, lo cual infiere directamente en que esta última sea la sustancia ilegal que prefieren la mayor cantidad de participantes.

Por otro lado, al analizar los relatos se identificó que alrededor de la mitad de las personas realizaron un cese de su consumo durante algún periodo de su vida, a excepción del tabaco, que es la sustancia que un menor número de personas refiere haber dejado de consumir.

El tabaco se destaca por ser la sustancia que es utilizada en menor porcentaje de forma concomitante. Es de suma relevancia hacer hincapié en este hecho, ya que 18 de las personas participantes consumen varias drogas a la vez. Esto se relaciona con el término polidependencia, expuesto anteriormente.

Asimismo, 9 de las personas que refieren consumir cigarrillos de manera concomitante, explican que el tabaco es la sustancia que utilizan con mayor frecuencia, lo cual lo coloca en el primer lugar de las drogas más usadas por las y los investigados.

Al respecto de lo anterior, la OEA (2011) afirma:

[...] el tabaco es la sustancia lícita de más rápido crecimiento en los países en vías de desarrollo. En base a estudios previos, se estima que la prevalencia del consumo de tabaco en todo el mundo es aproximadamente siete veces mayor que el consumo de marihuana. (p. 24)

Por lo tanto, los hallazgos obtenidos no contrastan con la teoría, ya que el tabaco es una droga de amplio uso a nivel mundial, en comparación con sustancias de alta prevalencia como el alcohol o la marihuana.

Contrario a los datos obtenidos con respecto al tabaco, la cocaína es utilizada en el momento en que se obtuvieron las narraciones, solamente por un 16.7% de la población en estudio, del cual dos personas explican que es la sustancia que usan con mayor regularidad. Lo anterior puede deberse a que, a pesar de los costos de la compra de drogas son variados, según el ICD (2014b) el costo de una dosis de cocaína se encontraba entre los 4000 y los 4500 colones, lo que la hace menos accesible para algunos o algunas. Un sujeto menciona:

[...] entonces ya dejar de consumir crack para consumir cocaína porque ya existían varas de un nivel más elevado y mejores lugares y comencé a conocer gente distinta, entonces comencé a consumir cocaína porque quería sentir igual que ellos. (Participante n. 23, 2014)

A partir de lo relatado por la persona, se infiere que el costo de dicha droga produce que se le relacione con círculos sociales mejores o más adinerados. Lo anterior es reafirmado por el IAFA (2012d), que explica las personas suelen asociar esta sustancia con un estatus social, un nivel educativo, y una capacidad económica por encima de la media.

Luego de analizar el consumo de sustancias y las drogas en sí, abarcando todas las generalidades de la dependencia, el policonsumo, el *Craving*, entre otros, es importante profundizar en las consecuencias de dicho consumo para las personas habitantes de calle participantes en el presente estudio. Esta temática se analizará en el apartado a continuación.

#### **4.4. Identificar las consecuencias generadas por el consumo de drogas legales e ilegales en las personas en situación de calle**

El consumo de drogas es considerado alrededor del mundo como un problema que afecta no solo a los individuos, sino que también a quienes los rodean y a la sociedad. De acuerdo con el CONACE (2008), se han identificado áreas de problemas relacionados con el consumo de dichas sustancias como lo son: riesgos de salud o físicos, problemas sociales, problemas interpersonales, problemas personales como el incumplimiento de obligaciones (laborales o académicos), problemas legales y de compromiso en conductas antisociales; por lo que a continuación se referirán las consecuencias negativas y positivas de las drogas de acuerdo a éstas áreas.

La mayoría de las personas mencionan en sus relatos que el consumo de drogas ha generado solamente consecuencias negativas y pérdidas; sin embargo algunos participantes mencionan aspectos positivos. Tal es el hecho de que 12 personas consideraron que las drogas fueron de algún bien, mientras que 18 personas no consideraron ningún beneficio. Por otro lado, las consecuencias negativas se mencionan en mayor número.

En los relatos, se menciona en general una dificultad para superar el consumo de drogas, a pesar de las consecuencias negativas que conlleva a la utilización de las mismas, un participante refiere que: “[...] el alcohol siempre, siempre me quitó todo, lo que a mí el alcohol no me ha quitado es la vida [...]” (Participante n. 5, 2014).

Con respecto a lo mencionado anteriormente, CONACE (2008) hace referencia a esto como el abuso de sustancias psicoactivas, que se define como la situación en la cual la persona necesita la droga y toda su vida gira en torno a ésta, a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar.

#### ***4.4.1. Consecuencias físicas***

Dentro de las complicaciones y consecuencias negativas a nivel físico se encuentra en su mayoría, la ansiedad, referida por 13 personas. Con respecto a esto se menciona: “[...] ya andaba así punzando o viendo todas las boronas, recogiendo la sábana y matándome de ansías por recoger la última borona y montarla en el tubo y quemarla” (Participante n. 1, 2014).

Según la CONACE (2008), lo anterior se debe a que el organismo genera una dependencia física hacia las drogas, la cual ocasiona que al suspender la sustancia o pasado el efecto de la misma, se manifiesten un conjunto de comportamientos y de reacciones que comprenden el impulso y la necesidad imperiosa de tomar la sustancia en forma regular, ya sea para sentir sus efectos o para evitar el malestar que produce la privación de la misma.

Po lo tanto, la ansiedad va ligada directamente a la drogodependencia, el cual fue un problema referido por siete personas. La dependencia es el problema principal cuando se hace referencia a dichas sustancias, que de acuerdo con CONACE (2008) es la situación fisiológica en la que el consumidor ha desarrollado una adaptación o tolerancia al uso de drogas.

La dependencia, siguiendo con las referencias de dicha organización, puede afectar al organismo en general denominándose dependencia física o dependencia psíquica, a actividades específicas del sistema nervioso central (cognitivas, conductas repetitivas, entre otros). Estos dos tipos de dependencia tienen sustratos biológicos y físicos.

Por otra parte, los y las participantes refieren no manejar su propio cuerpo debido principalmente a la ansiedad, a los temblores y al nerviosismo. Estos síntomas se relacionan entre sí, debido a que según lo menciona Morán (2006), estas

manifestaciones además de las convulsiones, aparecen cuando el individuo suspende el uso de la droga que le ha ocasionado una dependencia física. Estos síntomas pueden variar desde leves hasta severos.

Otro problema principal manifestado por las y los participantes, además de la ansiedad, es el aumento y pérdida de peso debido al aumento o falta de apetito, que de acuerdo con García (2000) es uno de los riesgos del consumo de drogas a largo plazo.

Los y las participantes mencionan además el no poder comer sin drogas y que hace falta para todo debido a la ansiedad. Al respecto, un participante hace referencia a que: “[...] hay una sustancia que la va perdiendo el cerebro, entonces te apaña más el ansia a la adicción [...]” (Participante n. 24, 2014).

Cuatro personas mencionan problemas cardiovasculares como dolor de pecho, temor de un infarto e infarto y paro cardiorrespiratorio. Con respecto a los problemas cardiovasculares Rey (2007) menciona:

Los problemas cardiovasculares son frecuentes en las intoxicaciones por alcohol, heroína, cocaína y anfetaminas, y menores con cannabis. Los casos más graves de parada cardíaca por sobredosis suelen estar causados predominantemente por opiáceos, cocaína y alcohol. Además del coma, la hipotensión y el shock cardiogénico son las principales causas de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Las alteraciones del ritmo cardíaco (taquicardia, arritmias) son frecuentes en intoxicaciones con estimulantes del Sistema nervioso central como cocaína, anfetaminas y LSD. Los opiáceos suelen provocar bradicardia e hipotensión, siendo ésta un síntoma habitual en intoxicaciones etílicas, por benzodiacepinas y neurolépticos. Actualmente en los servicios de urgencias, el dolor torácico y las palpitaciones son el problema más frecuentemente causado por la cocaína. (p. 34)

Con respecto a lo anterior, se observan graves riesgos a nivel cardiovascular que pueden provocar una disminución de la calidad de vida de las personas, culminando en ocasiones, en la muerte. Un participante menciona: “[...] casi me muero yo, porque se me cerró, casi me ahogo, me dio un infarto, y después se me cerró la garganta [...]” (Participante n. 6, 2014)

Por otra parte, las personas mencionan daños corporales relacionados con la calidad de la droga que consumen. Al respecto, una persona relata: “[...] ya no se toma ni guaro ni cerveza, ya se toma alcohol 90, ese es el que está matando a uno en estos momentos” (Participante n. 11, 2014).

Unos de los principales riesgos del alcohol que afirma Richardson (2004) a nivel de salud en el organismo, es el daño causado por la enzima Alcohol Deshidrogenasa, la cual desintegra el alcohol y lo convierte en acetaldehído. El agotamiento de estas sustancias interfiere con otros procesos químicos del hígado que también precisan de ellas. Esto puede desembocar en la producción del ácido láctico responsable de la enfermedad de la gota, interferencias con la capacidad del hígado de producir glucosa produciendo hipoglucemia, o interferencias con la capacidad del hígado de oxidar las grasas, produciendo una acumulación de grasa en el hígado entre otros.

Con respecto a lo mencionado anteriormente, se observa un desinterés de estas personas, no solamente por la calidad de las drogas, sino también por los efectos adversos que estas puedan ocasionar al organismo.

También en los relatos de vida se menciona un abandono físico a nivel de imagen personal. La falta de higiene es la principal razón mencionada del descuido personal:

[...] yo estuve así diez años que salía solo de noche, porque no podía andar en el día, por la apariencia, por lo sucio, dormía en los cafetales, [...] cuando uno cae en ese estado cae en un estado de abandono total, ya ni se baña, ni se hace la

barba, ni cortarse el pelo, entonces la gente se asusta, entonces yo salía solo de noche. (Participante n. 3, 2014)

Sánchez (2006) comenta que este descuido personal y falta de higiene es debido a que el fuerte interés por la droga y su efecto repercuten a la inversa en la autoestima de la persona drogodependiente, llevándolo a abandonar en forma gradual su cuidado personal y hábitos de higiene.

Además de esto, presentan cicatrices en su cuerpo como consecuencia del consumo de drogas, ya sea por disparos con armas de fuego o con arma blanca. Al respecto se menciona:

Cicatrices, me faltan los denticos, me pegaron un balazo aquí [señala la mandíbula], por las drogas, ve este camanance que tengo aquí [señala la mejilla derecha] la entrada de una bala de un veintidós que me quebró todos mis dientes, muelas y todo por las drogas, [...] como uno anda con la mente adormecida no se da cuenta, ahora que uno va saliendo es que le duele de haber maltratado tanto el cuerpo. (Participante n. 3, 2014)

De acuerdo con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2004), existen crímenes violentos perpetrados por toxicómanos individuales o contra ellos u ellas. Existe una estrecha relación entre las drogas y la violencia, por lo que estas personas son susceptibles a la agresión y al daño físico.

Dentro de los problemas a nivel de cabeza se encuentran: cefaleas, pérdida de memoria y lagunas mentales; lo que provoca temor a que el cerebro quede en blanco permanentemente. Al respecto, uno de los relatos menciona:

[...] en la mente, se me olvidan cosas así, estoy hablando algo y ¡pal! Se me va como un flashback, no sé si se llama así, se me olvida de repente y, ah, sabe qué

me pasa a veces, a veces estoy así yo en un lugar y digo yo, me quedo viendo “¿a dónde estoy?” y me quedo viendo así, hasta que me acuerdo verdaderamente adonde estoy, muy retraído, a veces yo digo ya Señor ayúdame porque yo no quiero que mi cerebro se quede directo en una de esas, porque conozco casos. (Participante n. 25, 2014)

Rey (2007) comenta que la disminución del nivel de conciencia es el síntoma más frecuente dentro de los síntomas neurológicos en sus distintos grados: obnubilación, confusión, estupor y coma, constituyendo el coma una emergencia médica. Estos síntomas son muy frecuentes en las intoxicaciones etílicas, por opiáceos y otros depresores del SNC como las benzodiazepinas.

Además, se mencionan sangrados, granos y heridas nasales debido a la inhalación de cocaína. Ruiz (2011) comenta que las pequeñas heridas que se producen en el tabique y las fosas nasales tras esnifar cocaína pueden llegar a complicarse y causar grandes ulceraciones que lleven a la destrucción del tabique nasal, o del tabique que comunica las fosas nasales con el paladar. Se deben tener en cuenta que las fosas nasales contienen gran cantidad de microorganismos, es una zona de difícil acceso y no está preparada anatómicamente para absorber sustancias. El estrechamiento de las arterias que riegan las fosas nasales disminuye el aporte de oxígeno, lo cual favorece la infección y dificulta el trabajo del sistema inmunológico del organismo.

Existen narraciones, de las cuales las personas mencionan la pérdida de piezas dentales. Según Sánchez (2006) la pérdida de piezas dentales es de igual forma un problema común en las drogas, ya que producen: dolores dentales, gingivitis, caries y paladar irritado. Esto causado por la falta de higiene, mencionada anteriormente.

Dentro de las consecuencias físicas a nivel de tórax se encuentra la falta de aire y ahogo. Esto generado especialmente por el consumo de drogas como la cocaína, tabaco,

y la marihuana, ya que de acuerdo con Rodríguez (2013) provoca efectos a largo plazo como cáncer de pulmón y enfermedades respiratorias de laringe, entre otras.

Con respecto al tabaco, Wilmore y Costill (2007) comentan que los fumadores de Tabaco son en general los más susceptibles a las infecciones respiratorias, porque fumar cigarrillos paraliza, esta acción de limpieza se reduce o se detiene, y las partículas pueden depositarse en los alvéolos, bloqueándolos o dañándolos. Fumar puede producir también enfisema.

A nivel de abdomen algunas personas relatan el temor que tienen de padecer de cirrosis hepática, la cual es una consecuencia secundaria común del alcohol. De acuerdo con Swearingen (2008) la cirrosis está relacionada con un consumo excesivo y prolongado de alcohol y esto supone el 50% de todos los casos de dicha enfermedad. Las alteraciones de la estructura hepática provocadas por la cirrosis son irreversibles, aunque puede lograrse una compensación de la función hepática cuando se protege al hígado de nuevas lesiones, mediante el abandono del alcohol y una nutrición adecuada.

Debido a esto, se puede afirmar que en el caso de que la persona logre salir de la dependencia a sustancias, y de la mano con una adecuada alimentación, la persona pueda lograr reducir el daño potencial que el alcohol puede producir a su salud, mejorando su calidad de vida a largo plazo luego del abandono del consumo de la droga.

A nivel gastrointestinal, las personas mencionan problemas como la gastritis, náuseas y vómitos. Según La Sociedad Española de Toxicomanías (2006) el aparato digestivo es uno de los blancos para los efectos o complicaciones del uso y abuso de drogas. Hay casos en que las complicaciones gastrointestinales se presentan como primera manifestación del problema de dependencia relacionado con drogas.

Con respecto a la columna vertebral, se evidenció un caso en el cual se relata un problema a este nivel, originado por un golpe dado por encontrarse bajo los efectos del alcohol. Al respecto se menciona:

[...] Breteando borracho, me caí bien feo y me golpee la columna, y ya no puedo trabajar en construcción. Y diay, uno sabe que no es bueno, que es malo, el licor me ha arruinado el cuerpo, mi vida, físicamente, emocionalmente, económicamente [...]. (Participante n. 18, 2014)

Sin embargo, otro colaborador menciona que el efecto de las drogas durante su jornada laboral resultó en algo beneficioso debido a que lo ayudaba en sus labores. Al respecto el participante menciona:

[...] en mi trabajo me gustó porque te pone muy relajado, te relaja mucho y mi trabajo, donde yo empecé a soldar, el que no quemara 25 kilos de soldadura al día, no servía, y 25 kilos no es cualquiera el que los quema en un día, entonces me relajaba, si yo soldaba, soldaba, soldaba y no, no tenía pérdida de reflejos, bueno en ése tiempo estaba joven verdad, diay me aceleraba bonito, me hacía bien, no me sentía ni decaído ni nada, y aparte de eso habían muy buenas comidas en ese tiempo en las empresas que trabajaban ahí y le daban muy buen apetito a uno verdad, apenas ingería eso. (Participante n. 24, 2014)

A pesar de que el participante mencionado anteriormente refiere el efecto de positivo de la marihuana con respecto a su trabajo, se describe un abuso de sustancias durante un accionado de maquinarias, lo que según CONACE (2008) se considera físicamente peligroso.

En miembros inferiores se refiere ácido úrico en los tobillos, el cual es un efecto del incremento en el consumo de alcohol. Vasudevan y Vaidyanathan (2012) explican que esto precipita ataques de gota. Las personas que con frecuencia toman poco alcohol,

por la mañana despiertan experimentando molestias de dolor ya que el alcohol induce de igual forma acumulación de ácido láctico. Sin embargo, en casos crónicos el ácido úrico puede depositarse alrededor de las articulaciones causando inflamación por compuestos de urato de sodio. Por último, esto puede desencadenar en urolitiasis y daño renal por depósitos de cristales de urato en la médula adrenal.

El alcohol de igual forma está relacionado con una disminución de la densidad ósea mencionado por 2 de los participantes. Uno de ellos menciona este problema específicamente en miembros inferiores: “[...] la droga me ha afectado a mí, digamos me afectado este pie (se señala la pierna derecha), el hueso ya, me ha comido los huesos” (Participante n. 2, 2014).

En los alcohólicos crónicos la densidad ósea puede ser menor, y según refiere Gil (2009), aumenta la incidencia de fracturas. Estos hallazgos suelen atribuirse a su escaso aporte de calcio en la dieta, a un efecto directo del alcohol en la absorción del calcio, a la malabsorción de las grasas o a las mayores pérdidas urinarias de calcio y magnesio. No obstante, se ha descrito una inhibición de los osteoblastos por etanol.

A nivel sexual, una persona refiere impotencia sexual por efecto de la cocaína. Referente a esto, Agustín (2013) menciona que el consumo de dicha sustancia en cualquiera de sus variedades es una causa demostrada de impotencia sexual.

Siguiendo con los efectos negativos de las drogas en la sexualidad de las personas participantes, uno de ellos menciona haber practicado la prostitución sin protección lo cual es un riesgo para la salud, debido que de acuerdo con El Programa Conjunto de las Naciones Unidas (2008), estas acciones producen un mayor riesgo de infección del VIH, además de la exposición a la gran cantidad de enfermedades venéreas restantes.

Se mencionan relatos donde dicen haber amanecido en lugares desconocidos por los efectos de las drogas, han sufrido violaciones sexuales y accidentes, una participante refiere embarazos no deseados debido a dichas sustancias. De acuerdo con Pilar (2011) el consumo de drogas se asocia en numerosos estudios con conductas sexuales no planificadas y de riesgo, como la desinhibición conductual por el consumo que puede derivar en el contagio de enfermedades y embarazos no deseados:

Yo tengo 5 hijos, yo no sabía de cuál de los dos era, y el último no era de ninguno de los dos, no, este, mi primera hija es de un cliente mío [...] y los embarazos los he tenido porque uno muy drogada, y con tal de conseguir la droga, diay uno se acuesta sin nada, le doy 5 mil sin condón, le doy 10 mil pero sin condón y diay uno con tal de conseguir la droga. Yo creo que hay días que hasta le he dado y ni cuenta me he dado (se ríe), esa es la verdad. Perdón que lo diga así, pero diay, drogada uno no sabe lo que hace. (Participante 7, 2014)

Por último, esto puede conllevar a partos pre término por mantener el consumo de drogas durante el embarazo, lo cual fue el caso de una de las participantes:

Si claro, [consumió sustancias durante el embarazo] un montón de veces, con los cinco hijos, todos. El segundo es ochomesino, el tercero es sietemesino, la cuarta tiene ocho días de antes, de la fecha de nacimiento, y [...] el quinto [...] es ochomesino también. (Participante n. 7, 2014)

Uno de los factores que contribuyen con el parto prematuro son de acuerdo con Tamez y Silva (2010), el tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas. Los partos prematuros continúan siendo responsables del 75 a 80% de la morbilidad fetal. Esto debido a que existen mayores riesgos de complicaciones para el recién nacido, sobre todo antes de las 32 semanas de gestación, como problemas respiratorios debido a

la inmadurez pulmonar, riesgo de hemorragia intraventricular por fragilidad de los capilares cerebrales y susceptibilidad a infecciones como consecuencia de un sistema inmunitario inmaduro.

A través de estos relatos se logra describir un deterioro físico a nivel tanto interno como externo. Al respecto se comenta que:

[...] me veo los dedos, el deterioro físico de los dedos, me entiende, si usted ve una foto mía cuando yo no consumía, ya uno es una persona gruesa, el semblante, la mirada, caminar, de todo, me entiende. Con la droga que vivido cambios físicos, [...] porque la droga le va dañando tanto internamente, como externamente [...] (Participante n. 29, 2014)

En los casos más extremos de daño físico, 3 de los participantes mencionaron intervenciones médicas. Las drogas por lo tanto conllevan muchas enfermedades concomitantes, que afectan gravemente la salud de estas personas tanto a corto como a largo plazo. Se debe por lo tanto, intervenir no solamente en la rehabilitación de las personas con respecto al consumo de drogas, sino que también se debe de procurar mejorar la calidad de vida de estas personas, así como buscar formas de disminuir los efectos secundarios que provocan dichas sustancias.

#### ***4.4.2. Consecuencias psicológicas***

Inicialmente se debe mencionar que no se encontraron consecuencias positivas a nivel psicológico. Con respecto a las consecuencias negativas, un total de 14 personas atribuyen que el consumo de drogas ha generado daños a nivel físico y mental, de las cuales 6 personas específicamente detallan alucinaciones tanto visuales como auditivas, siendo ésta la consecuencia negativa a nivel psicológico más común dentro de los relatos. Al respecto un participante narra su experiencia:

[...] tuve un compañero que trabajaba conmigo ahí en el aeropuerto, allá en los años ochenta, entonces ellos se iban para los baños a fumar marihuana. Un día de tantos, [...] me dicen fúmate un cigarro de esos y últimamente dame uno. [...] entonces a mí me dio alucinación, entonces la muchacha me decía pero es que esto no es pescado y yo lo veía el pescado y era como unos enyucados y yo veía el pescado grandísimo, entonces yo les dije a ellos “ustedes están locos” [...]

(Participante n. 5, 2014)

Dentro de las drogas más comunes que ocasionan éste tipo de trastorno, se encuentran de acuerdo con Pueyo y Perales (2006), los alucinógenos LSD y mescalina, los derivados del cannabis como hachís y marihuana y la droga de síntesis: éxtasis. Estas sustancias trastocan el funcionamiento del cerebro, alterando la percepción de los sentidos. También pueden llegar a provocar alucinaciones visuales, auditivas o sensoriales.

Cinco de los partícipes refieren cambios emocionales abruptos y muy marcados, tres mencionan depresiones y en un caso en particular, síndrome asténico. Berger (2007) menciona que algunos estudios de investigación longitudinales sugieren que el consumo de drogas produce más problemas de los que resuelve, además de que producen depresión. Menciona que el tabaco, por otra parte, aumenta la depresión en personas que ya la padecen.

Tres participantes dicen haber recibido tratamiento en el psiquiátrico así como internamientos para rehabilitación, ya que presentaron confusiones y obsesión. Un participante menciona su experiencia de mantener una medicación para generar tranquilidad en un centro de rehabilitación:

[...] el cuerpo le pide, el cuerpo quiere la droga, es una cosa tan triste, se le van los meses, es algo tan horrible, usted no puede dormir, no puede comer sin la

droga, le hace falta para todo y usted anda con cólera con ira, tengo que pasar con un tratamiento psiquiátrico ya, empastillado me entiende ¿ya? Para poder dormir para poder estar tranquilo, para poder estar internado así porque si no ¿ya? (Participante n. 22, 2014)

Los efectos psicológicos de las drogas son comunes en el abuso de algunas sustancias mencionadas en el presente trabajo. De acuerdo con Soldano (2004), la marihuana, la cocaína, LSD y el éxtasis que son unas de las drogas ilegales más utilizadas, producen problemas psicológicos. Esto puede llevar como se menciona anteriormente a tratamiento e internamiento psiquiátrico como consecuencia.

De igual forma como se menciona en el relato anterior, refieren trastornos de sueño y agotamiento por el efecto de las drogas, además de somnolencia. Las alteraciones del sueño de acuerdo con Velayos (2009), son causados por algunas drogas como el tabaco, ya que por su componente principal, la nicotina, presenta afinidad sobre los receptores colinérgicos cerebrales de tipo nicotínico. Esta sustancia aumenta el estado de vigilia y disminuye el sueño. En los fumadores son mucho más frecuentes las alteraciones del sueño tanto en lo que se refiere a la conciliación del mismo como a su mantenimiento. El tabaquismo genera somnolencia diurna excesiva, sobre todo, en las mujeres, y más pesadillas en los hombres. Dos personas refieren presentar pesadillas durante sus horas de sueño.

Además, el mismo autor menciona que actualmente, el consumo de drogas, tanto los derivados opioides como algunos psicoestimulantes como la cocaína y drogas psicoactivas, es cada vez mayor, y aunque los efectos de estas drogas son diversos, los trastornos del sueño que originan pueden agruparse, ya que la mayoría de ellos, sobre todo los consumidores de heroína y cocaína, presentan alteraciones del sueño más intensas en la fase de deshabitación y es aquí donde el tratamiento es más necesario,

dado que los consumidores de estas drogas habitualmente no consultan por trastornos del sueño puesto que el consumo de estas drogas, en muchos casos les ayuda a dormir.

También, se puede determinar como consecuencia el estrés. Este es originado por diferentes motivos pero el principal lo destaca la necesidad de consumir drogas debido al grado de dependencia que manejan. Pero se debe mencionar que paradójicamente, también se origina estrés por el temor de no poder dejar la drogodependencia.

Algunos de ellos u ellas, utilizan fumar marihuana o tabaco y consumir alcohol como estrategias de afrontamiento del estrés; en general utilizan las drogas debido a que las y los relaja y les ayuda a evadir la realidad, originando un círculo vicioso. No obstante, una de las personas refiere que el mismo estrés producido por la drogodependencia le genera la motivación para levantarse cada mañana al despertar. Con respecto a la dependencia como método de afrontamiento se menciona:

[...] Sólo así, se me pasan los días, las horas, los días rápidamente y quedarme perdido en tiempo y espacio, ese es mi alivio, sentirme drogado me libera, cuando me doy cuenta ya paso un mes y así me voy, ya, cuando estoy así, no pienso en nada, paso relajado, confiado, no me interesa nada, me entiende, cuando uno no está si, se pone a pensar que le falta esto, donde estará tal persona, me entiende, se siente la vida diferente. (Participante n. 29, 2014)

Con respecto a esto, Orlandini (2012) menciona que la utilización de drogas puede ser un mecanismo de enfrentamiento al estrés. Para la persona alcohólica el consumo de alcohol es como una clase de automedicación y lo hace con la intención de escapar del estrés, aliviar las tensiones y reducir la ansiedad; para proporcionar el olvido de desventuras como se mencionó anteriormente, y atenuar los desengaños y las heridas.

Debido a estos problemas que quieren olvidar y al mismo efecto de las drogas, así como las consecuencias que ésta les han ocasionado, uno de los partícipes menciona pensamientos de suicidio, una menciona autolesionarse y tres de ellos dicen haber realizado intentos de quitarse la vida. Uno de ellos comparte su experiencia:

[...] cuando yo estoy muy drogado, soy otra persona que ya, que no soy yo, no soy honesto, yo soy muy tranquilo, pero cuando se me mete el agua me vuelvo loco, hasta que llego a tal punto que me comienzo a cortar los brazos, agarro una Gillette y me vuelo, me corto, ya me he intentado matar tres veces de la misma cólera, me entiende, he tratado de cortarme, me he empastillado, me he intentado ahorcar, si he estado en el hospital pero con las cortadas sólo me las amarre, cuando que me quería ahorcar, se me vino el techo en el precario, vieras, con las pastillas si me tuvieron que llevar al hospital porque el cuerpo se me comenzó a entumecer, no podía abrir los puños, las manos, las quijadas, lo ojos se me empezaban a ir para tras, el cuerpo se me puso así como en posición fetal, así como un camarón, me llevo una señora al hospital, porque yo le llegue a pedir a ella un helado o agua, entonces, me dijo no pa' usted está mal y me llevo. (Participante n. 29, 2014)

Existe una relación muy cercana entre el suicidio y el abuso de sustancias psicoactivas. De acuerdo con Canales (2013) la mezcla entre alcohol/drogas con ideación y conductas suicidas, normalmente termina siendo fatal. Este autor refiere que según la OPS y la OMS durante el año 2009 en México, 4 de cada 10 personas que intentaron suicidarse lo hicieron bajo el influjo del alcohol; en 7 de cada 10 suicidios consumados, la víctima estaba intoxicada con alcohol y en 5 de cada 10 homicidios, la víctima estaba alcoholizada.

#### ***4.4.3. Consecuencias sociales***

Como se mencionó anteriormente, en el apartado de exclusión social, una de las principales consecuencias de las drogas a nivel social, es la percepción de la sociedad con respecto a las personas que consumen drogas. Las y los partícipes perciben lástima, rechazo, aislamiento y menosprecio; se sienten juzgados y señalados por su apariencia y drogodependencia, además de la falta de ayuda y marginación que esto provoca.

##### ***4.4.3.1 Familia***

Veinte personas en situación de calle, mencionaron presentar problemas familiares originados por el consumo de drogas, siendo el más común, los problemas con los hijos e hijas. Refieren que éstos no quieren saber de ellos u ellas y que algunos ni siquiera los conocen; no vuelven a verlos y en algunos casos llegan a perderlos. Un partícipe menciona:

La gente me dijo en el bar ¿A usted no le da vergüenza traer a su hijo aquí a tomar con él? Y yo les decía porque me va a dar vergüenza, si yo cuando tomo con él, yo me tomo un litro despacio, canto karaoke, es un bar familiar, yo no lo estoy metiendo en una cantina o en una barra, es un bar familiar, pero como la muchacha dice este llega a tomar [...] todos los días, pero yo trabajo, todos los días trabajo, por eso estoy tomando, yo trabajo, me pagan diario y a mí me prestan a mi hijo el viernes o el sábado, y yo quiero que ande conmigo yo no quiero perder un minuto sin él, entonces yo digo diay yo voy con él le compro papas, yogurt, helados y todo pero lo respeto, me tomo uno, lo voy a dejar y tal vez vuelvo y me tomo otro, pero yo nunca he salido de ese bar ni peleando, ni haciendo ridículos. (Participante n. 1, 2014)

Con base en el relato anterior, se puede demostrar que el consumo obliga a las personas a incluir las drogas en la vida de sus hijos, correspondiendo un efecto negativo para el menor. Con respecto a esto CONACE (2008) menciona que un efecto negativo del abuso de sustancias es precisamente el incumplimiento de obligaciones en la casa, como el descuido de los hijos.

Sin embargo una persona menciona según su percepción, un efecto positivo: generar en las y los seres queridos una prevención al consumo de drogas por la experiencia de drogodependencia que ha mantenido. El participante relata lo anterior de la siguiente forma:

[...] Lo positivo es que tal vez ellos (sus hijos) me vieron y vieron el espejo de las drogas en mí y aunque el segundo estuvo a punto de caer, sí probó algunas drogas, pero gracias a Dios todos están bien, están casados, tienen su estudio, tienen su casa [...]. (Participante n. 3, 2014)

Por otra parte, se relatan relaciones conflictivas intrafamiliares originadas por el problema de drogodependencia, ya que mencionan que surge la desintegración familiar debido a la falta de aceptación de sus familiares con respecto a la dependencia, generando abandono y rechazo. Además cabe mencionar que existen casos de los cuales los participantes no reconocen a los familiares dado al largo periodo de tiempo en las calles sin comunicación con sus allegados, o la falta de memoria ocasionado a raíz del efecto secundario que provocan las drogas. Esto les afecta gravemente ya que la familia es fundamental para la rehabilitación de estas personas.

El apoyo familiar, según Gutiérrez y Gómez (2009) se relaciona con menores probabilidades de que el hijo consuma alcohol, tabaco y cannabis. En general, uno de los mecanismos de prevención del consumo de drogas, es que se dé una relación positiva entre los miembros de la familia en la que predomine la vinculación emocional.

Sin embargo, aunque sostenemos que la unión y proximidad con los padres y entre los padres constituye una barrera frente al consumo de sustancias, esto no quiere decir que en las familias con un solo progenitor se incrementen los riesgos. La mayoría de los investigadores concluyen que no es tanto el tipo de familia, forma o composición familiar lo que se relaciona con el consumo, sino las variables de calidad del funcionamiento y clima familiar asociadas a los procesos de separación o divorcio conflictivos.

Las preocupaciones de la madre y el sufrimiento de las y los hermanos, son igualmente frecuentes debido a las consecuencias negativas que causan las drogas en sus hijos e hijas. Además, las drogas generan que las personas mientan y roben a los familiares, generando así, pérdida tanto de las relaciones familiares como del hogar por la desconfianza que producen estas acciones en ellos, además de no poder volver a su hogar aunque lo desearan.

Los sujetos que consumen altas cantidades de alcohol y drogas y que además presentan problemas de conducta, tienen mayor grado de disfunción psicológica-emocional y un ambiente familiar más problemático según señalan Velasco y Luna (2007). Un participante hace mención de esta situación de la siguiente manera:

[...] ya, en la noche tengo que jalar, por la desconfianza, una vez me dejaron estar con ellos como tres meses y yo me les robe una plata, mi abuelo tenía mucha plata del marchamo, para arreglar el carro, y yo me la fui fumando.  
(Participante n. 29, 2014)

Las drogas provocan no solamente problemas y sufrimiento para las y los consumidores, sino también a las personas que forman parte de su ambiente. Se observa por lo tanto una ruptura familiar en la mayoría de los participantes, lo que les afecta de manera importante en la vida de cada uno de ellos, y que puede influir de manera

negativa, pero de manera positiva en la restauración de estas personas, si se recibe y se brinda una adecuada intervención y apoyo para la restauración de éstas relaciones que son tan importantes para cada ser humano.

#### ***4.4.5. Consecuencias interpersonales***

Las consecuencias positivas referidas por los y las participantes se relacionan a su vez también con el crecimiento interpersonal, uno de ellos afirma que las drogas le han dado la oportunidad de conocer a personas de distintos índoles sociales y cuatro personas refieren que han aprendido a crecer dentro de esta experiencia. Eso les ayuda a entender a las personas con problemas de drogodependencia y en situación de calle para ayudar tanto a dichas personas como a mejorar los sistemas que actualmente los ayuda a salir de esta condición. Al respecto se relata:

Diay, yo ya no quiero estar más en las calles, yo soy una persona que ha estado sola, y yo ya no quiero... Quiero ser diferente... Quiero salir de esto [...] Yo lo que quiero es en verdad ayudar verdad... Yo me siento mal físicamente por los dientes, que he sido rechazado, en los trabajos, seguro la misma gente me ha visto en la calle digamos, que he andado así... En drogas, me han visto aquí, de que usted ya está metido con esa chuzma, usted ya anda en la calle, por eso digo yo diay que y tal vez sea por eso que a uno no le ayuda... Yo lo único que quiero es que me ayuden con la cuestión de los dientes verdad, y salir adelante... Y ser una persona diferente y tratar de ayudar a otras personas también. (Participante n. 10, 2014)

La idea del apoyo mutuo entre las personas en la misma condición de drogodependencia ya ha sido desarrollada y ha dado resultados en diferentes actividades y centros alrededor del mundo. Black (2005) comenta que Alcohólicos Anónimos es un

proceso grupal, donde la identificación con otras personas con el mismo problema proporciona una validación y un apoyo inmediato.

Además de lo mencionado anteriormente, un participante refiere que la droga le proporciona la confianza para hablar con las demás personas. Al respecto se menciona:

Mirá no, no, no creo que todo es malo, yo creo que sí me dio un, un, un, digamos desde que probé la marihuana sí me ha dado como una nueva perspectiva de vida, diferente forma de apreciar la vida, este, este, este, este, y me ha dado conocer muchas personas, me ha dado de conocer muchos lugares, diay es que no puedo negarlo, exactamente sí, buenas o malas o lo que sea me ha dado experiencias, me las ha dado. (Participante n. 4, 2014)

Éste es un efecto que muchas personas buscan y uno de los motivos por los cuales se consume la droga. Pede (2007) refiere que las personas que se inician en el consumo de cannabis, buscan la sensación de relajación, ensoñación pasiva, desinhibición, autoconfianza y leve somnolencia de acuerdo con las circunstancias ambientales.

Con respecto a las consecuencias negativas de las drogas a nivel interpersonal se relata la pérdida del vínculo de confianza con las y los amigos o las personas en general, debido a que en ocasiones no devuelven el dinero o las pertenencias prestadas por comprar droga.

De acuerdo con Elizondo (2002) las y los drogodependiente se enfocan más en mantener su hábito de droga que en mantener buenas relaciones con los demás. Como resultado, sufren pérdida de amigos u amigas, entre otras cosas. Se menciona conflictos con compañeros de cuarto debido al consumo:

[...] yo estaba embarazada yo viví en la casa de ellas, en un container, y ellas vendían droga y todo, y ellas huelen también. Entonces yo dije, “demen”, y me mandaron a vender, a sostener bombas de 15. Y yo me mandé 15 [se ríe], [...] de

coca. ¿Ves? Pero ellas no me dejaron entrar más a la casa ni me volvieron a hablar... Pero me quemaron toda la ropa, toda, toda. (Participante n. 7, 2014)

De igual forma, el consumo de drogas origina relaciones amorosas conflictivas; como: agresión hacia la pareja por el efecto que provoca, ruptura de la relación y divorcios. Y un caso específico la droga es utilizada como estrategia para conservar la relación establecida: “[...] ella me tenía comprado con el guaro y la droga [...]” (Participante n. 19, 2014).

Las drogas de acuerdo con Amor (2009), están relacionadas con la violencia intrafamiliar, específicamente hacia su pareja. Se dice es más probable que los maltratadores violentos en general consuman abusivamente alcohol y drogas, además de justificar en algunos casos, su agresividad por las drogas.

Refieren también conflictos entre el comprador y el vendedor de drogas lo cual resulta en una amenaza de la integridad física: “[...] Yo le debo a un narco 60 mil pesos de droga. Milagro no me han matado” (Participante n. 7, 2014).

La compra y venta de drogas como refieren algunos de los colaboradores, constituye un peligro no solamente físico sino penal. Salazar y Zúñiga (1989) mencionan que de acuerdo con el Artículo 372 de la Ley General de Salud, el exportar, importar, vender, elaborar, distribuir, suministrar y traficar en cualquier forma drogas estupefacientes, son delitos materiales. Las consecuencias legales por el consumo de drogas se verán más adelante.

Se mencionan asaltos por los peligros, riñas, conflictos con las demás personas, peleas y agresiones físicas a los que se exponen en las calles durante su consumo, ya que como se mencionó anteriormente, las drogas están estrechamente ligadas a la violencia. Un participante menciona: “[...] me han tratado de matar, [...] me han pasado cosas malas, me han asaltado y no puedo parar de tomar cuesta” (Participante n. 13,

2014). Esto resulta en un temor por perder sus vidas.

Debido a los conflictos interpersonales mencionados anteriormente, dicen sentirse solos, y sin ayuda de ninguna persona. Un participante comenta: “[...] ¿quién se va a aguantar una persona borracha o usando drogas? Nadie.” (Participante n. 20, 2014). Se observa por lo tanto que las drogas han tenido un impacto significativo en la vida de estas personas a nivel interpersonal, cambiando sus amigos y todo tipo de relaciones para bien en algunos casos, pero mayoritariamente según los resultados, para mal según refieren.

#### ***4.4.4. Consecuencias personales***

Dentro de las consecuencias positivas que los y las participantes consideran que les ha generado el consumo de drogas a nivel personal, se encuentran las relacionadas con el crecimiento personal, dado a que refieren haber aprendido de sus experiencias, y en algunos casos mencionan que la sustancia les ha generado confianza, seguridad y esperanzas de salir adelante. Respecto a lo anterior, un colaborador comenta que:

[...] Digamos desde que probé la marihuana sí me ha dado como una nueva perspectiva de vida, diferente forma de apreciar la vida, [...] y me ha dado conocer muchas personas, me ha dado de conocer muchos lugares, diay es que no puedo negarlo, exactamente sí, buenas o malas o lo que sea me ha dado experiencias, me las ha dado. (Participante n. 4, 2014)

Además, durante el efecto de las drogas, los participantes refieren que la sustancia los ayuda a olvidar el pasado y los problemas, además de producir placer y felicidad. De acuerdo con CONACE (2008) dentro de las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas se encuentran efectivamente la búsqueda de placer, facilitar la comunicación y la relajación entre otras. Al respecto se menciona:

[...] porque con eso, el alcohol lo olvida a uno todo el, el problema, pasado, los problemas, los que vivió, pero que pudo lograr y no lo pudo lograr, lo que sea, me entiende, entonces eso lo hace olvidar a uno a, eh, el pasado, me entiende, así cuando ya como ahorita que yo eh, tengo una semana de que dejé de consumir, todo eso, todo eso se me viene a la mente, como diciendo el futuro perdido, la juventud, no logré nada. (Participante n. 21, 2014)

El consumo de drogas con el motivo de olvidar los problemas es común en nuestra sociedad y es una razón sugerida frecuentemente no solamente por los consumidores activos, sino también por consumidores sociales, personas que consumen pocas veces o cuando tienen problemas. Según Añaños (2005), una de las razones del consumo de sustancias psicoactivas, es para desconectarse de los problemas. Los porcentajes de mayor a menor, distinguidos según el mismo autor sobre la aceptación de la evasión de los problemas mediante las drogas fueron primeramente el tabaco, el alcohol y por último el cannabis respectivamente.

Sin embargo, la consecuencia negativa más común a nivel personal relatada por los participantes es la frustración y tristeza por no poder dejar el consumo de droga, relacionado con la dependencia mencionada anteriormente. Aluden sentirse mal por pensar que nunca van a poder levantarse de donde se encuentran: “[...] a veces me dan ganas de llorar porque nunca me voy a levantar” (Participante n. 13, 2014). Sin embargo, cabe mencionar que la mayoría no ha perdido la esperanza de superar la situación de calle.

Por otra parte el consumo de drogas ha originado la pérdida de estudios y trabajos, esto debido al descuido e irresponsabilidad. De acuerdo con CONACE (2008), el consumo recurrente de drogas, acarrea el incumplimiento de obligaciones; acarrea a situaciones de ausencias repetidas, bajo rendimiento, suspensiones o expulsiones de

instituciones. Esto conlleva a problemas económicos, los cuales culminan en adquisición de deudas financieras y pobreza.

Un participante que relata haber perdido una beca en Venezuela debido a su drogodependencia: “[...] perdí muchas oportunidades, perdí una beca para irme a estudiar a Venezuela a estudiar aviación civil, y no fui, por el licor no fui” (Participante n. 16, 2014).

Pilar (2011) hace referencia a que el consumo de drogas los lleva a disminuir su rendimiento académico lo que muchas veces los dirige tomar malas decisiones y perder oportunidades o proyectos de vida, haciéndolas o haciéndolos sentir desvalidos y atrapados en la drogodependencia. Esto los hace sentirse inconformes ya que se dan cuenta de que la vida en la que viven, como menciona un sujeto de estudio, es un engaño provocado por las drogas.

Todo esto ocasiona tener que comenzar de nuevo muchas veces y un retraso en la superación de la persona según refieren los participantes, y finalmente deseos de nunca haber probado la droga. Esto debido a que de acuerdo con CONACE (2008) se considera que el individuo a la hora de probar la droga como consumo experimental, desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla.

De igual forma, el consumo de drogas origina que las personas se desprendan de sus bienes para obtener dinero para adquirirla, fomentando la pobreza y la carencia de necesidades básicas. Además, los hace sentir mal su apariencia física por falta de higiene y ropa, lo que los hace percibir lástima de sí mismos: “[...] el físico, me entiende, ya los dientes, se le va uno picando, [...], pelo largo, hediondo, le huelen mal los pies, que anda sin desodorante [...]” (Participante n. 29, 2014).

De acuerdo con Augusto (2006) el fuerte interés por la droga y su efecto, repercuten a la inversa en la autoestima de la o el drogodependiente como se menciona anteriormente, llevándolos a abandonar en forma gradual, su cuidado personal y hábitos de higiene hasta quedar en total desaseo y concluir en la situación de calle.

La droga, según relatan las y los participantes, genera sentimientos de vergüenza, culpabilidad, incapacidad de generar cambios significativos para su vida y desinterés general por sí mismos. Esto muchas veces pasado el efecto de la droga esto les afecta la conciencia. Al respecto un sujeto relata:

[...] Es tan raro, una persona cuando está así, no tiene los cinco sentidos, no sabe lo que hace, ya después ya se le quita el efecto y ya le queda la goma moral. Y quiere más y quiere más y quiere más. (Participante n. 10, 2014)

Ojeda (2007) habla al respecto, y refiere que cuando la drogodependencia llega a sus niveles más altos, la persona afectada es capaz de cualquier cosa para conseguir la satisfacción: su conciencia moral desaparece por completo, y las consecuencias pueden conducir al drogodependiente hasta el robo, o incluso la muerte.

Con respecto a la religión, una persona menciona que las drogas lo han alejado de su creencia: “Pues sí, pues sí porque la droga es mala para el cuerpo y es pecado contra Dios [...]” (Participante n. 19, 2014). Sin embargo, paradójicamente otro participante refiere que la dependencia lo ha acercado a su creencia. El tema de la religión y drogas es complejo y se encuentran pocos estudios que relacionan la drogodependencia y la religión, además que difiere de cada religión y el punto de vista de cada individuo.

#### ***4.4.6. Consecuencias legales***

Algunos participantes dicen haber sido transportados a la delegación tanto por consumo de drogas ilegales en la calle, por delitos cometidos por efecto de las drogas, o como medio para conseguirlas. De acuerdo con CONACE (2008) es un efecto negativo del abuso de sustancias, los problemas legales reiterados con la sustancias, por lo que se observa una relación directa entre el abuso de drogas y los problemas con la ley. Esto ocasiona de igual forma, como se mencionó anteriormente, problemas para conseguir trabajo debido a que les mancha la hoja de delincuencia durante 10 años.

#### **4.5. Identificar los factores que limitan la superación de la situación de calle**

A continuación, se identificaron los factores que limitan la superación de la situación de calle, los cuales serán analizados por medio de la Teoría de King (1984), utilizando los diferentes componentes conceptuales que conforman los sistemas *personales, interpersonales y sociales*; nombrados con anterioridad en el marco referencial.

Esta misma teorizante, afirma que las personas se plantean metas u objetivos, y que, para cumplir con estos, debe existir una armonía en cada uno de los sistemas. En el caso de la población en estudio, por medio de los relatos se evidenciaron alteraciones muy significativas en cada sistema, lo cual perjudica la consecución del objetivo propuesto (en este caso, superar la situación de calle), por lo que a continuación se detallará lo encontrado.

##### ***4.5.1. Factores limitantes del Sistema Personal***

Veintinueve participantes percibieron que la permanencia en el consumo de drogas, les es una limitante para superar la situación de calle. Al respecto se relata: “[...] yo relaciono mucho la indigencia con las drogas, si yo salgo de las drogas, salgo de la indigencia [...]” (Participante n. 29, 2014).

Con base en el relato anterior, y según lo manifestado por King (1984) en el marco referencial sobre la *percepción* (que es la representación de la realidad que crea cada persona), se determina a través de los relatos que las y los participantes perciben que su realidad se encuentra asociada al consumo de droga, *percepción* que interfiere en la mayoría de acciones que realizan para superar la situación de calle.

Esa percepción se ha creado a partir de la dependencia que genera el consumo de drogas. En lo relatado por un participante, se demuestra cómo se interpreta la drogodependencia como una necesidad primordial. Al respecto se cita:

[...] como le digo yo necesito la droga, si no la consumo me siento mal, empiezo a pensar en tonteras, y eso no me gusta, y pues ya se me fue la plata, no tengo que comer, no tengo a donde dormir, entonces que me queda venirme para acá [Centro Dormitorio y de Atención para Personas en Habitantes de Calle], esperar que de nuevo, me salga de nuevo un trabajillo en construcción o algo así para ver si tengo plata [...]. (Participante n. 28, 2014)

Según King (1984), las *percepciones* corresponden a un proceso por el cual la persona interpreta y transforma la información proveniente de las experiencias que vive, representando una imagen de la realidad, que influye en su conducta. Con el relato anterior, dentro de la realidad de la persona existe la necesidad de consumir drogas para mantener un estado ideal, lo cual es una impresión creada a partir de la experiencia de consumo que ha mantenido.

Por otra parte, un hecho particular mencionado por tres personas, correspondió a la existencia de una inadecuada *percepción* generada a través de la creencia espiritual. Esta situación es descrita por un participante de la siguiente forma:

[...] la vara que a mí me tiene atrasado, no me deja avanzar, es una pared, una pared toda grande, y se manifiesta directamente el diablo, Satanás me pone más trampas. ¿Quién más que el diablo?, porque yo soy la clave, porque muchas personas pueden crecer por mí, y el diablo es maligno[...]. (Participante n. 19, 2014)

King (1984) afirma que las *percepciones* son subjetivas, personales y selectivas (ya que cada persona realiza la interpretación de acuerdo al estímulo que distinga del medio ambiente). Es por lo anterior, que para estas tres personas, un ser sobrehumano limita su superación, discurso relacionado con la creencia religiosa practicada y mantenida en el transcurso de sus vidas.

Otro componente conceptual que menciona King (1984) en su teoría, es el *concepto del yo*. Al respecto, un total de 29 personas evidenció mantener un mal concepto de sí mismo o misma. Uno de ellos afirma lo siguiente:

¿A mí? A mí las demás personas como que diay, como diría, ¡yo soy un terror!, y yo paso y usted siente una presencia rara, la gente esconde la billetera y el bolso, y diay, uno sabe la mente de una persona, porque uno va pasando nada más y la gente se aparta. (Participante n. 19, 2014)

King (1984) indica que “[...] el yo es lo que piensa de uno mismo y lo que es capaz de hacer y ser” (p. 38). Por medio del relato, se determina que este participante se define a sí mismo como una persona que genera “terror”; ese mal concepto es asumido como una limitación, dado que crea una inadecuada *percepción* sobre su descripción personal.

La teorizante manifiesta que la conceptualización de sí mismo o misma, permite que la persona se defina, conozca lo que es capaz de hacer y plantee el curso de acción para lograr objetivos. Entonces, al poseer un *concepto del yo* negativo, se puede afirmar que las y los participantes presentan una alteración en su definición como persona y por ende, se le dificulta *tomar decisiones* para cumplir sus metas.

Ligado al *concepto del yo*, se encuentra la *imagen corporal*, la cual puede influenciar en la superación de la situación de calle muy significativamente, ya que

“[...] corresponde a la descripción que tiene uno de su propio cuerpo ligado al espacio, que constituye un aspecto de la idea del yo” (King, 1984, p. 43).

Al considerar los relatos, 11 personas argumentaron percibir que su *imagen corporal* es desfavorable ante la sociedad. Una persona refiere:

[...] lo siento y lo veo, yo siento, veo los gestos de las personas, los susurreos de las personas, uy vea a ese mae, tiene un hueco en la cara, está fumando piedra, uno escucha, eh, uno ve la gente cuando lo señalan, pasan en carro y le doblan la cara, se le quedan así viendo, uno se siente así, menospreciado[...]  
(Participante n. 29, 2014)

Según lo indicado en el marco referencial, King (1984) expone que la *imagen corporal* se define a partir de las *percepciones* que cada persona tenga sobre sí mismo y, además, lo que otros u otras expresan con respecto a su apariencia. De ese modo, en el relato anterior, se confirma que el participante posee una *percepción* desfavorable sobre su cuerpo debido a los argumentos y acciones realizadas por las otras personas. Con ello, se originan problemas para contar con un apoyo social significativo y se daña el *concepto del yo*.

Por otra parte, la carencia de un *espacio* personal corresponde a otro factor limitante. Tres personas manifestaron esta necesidad; una de ella relata lo siguiente:

[...] si uno no tiene un lugar fijo a donde dormir, un lugar donde cocinar, donde pueda estar, porque para un trabajo uno tiene que tener un lugar para que lo encuentren, jamás se puede decir de un cartón al trabajo y del trabajo a un cartón, por andar en la calle, son cosas, que le hacen que le cueste conseguir un trabajo, me entiende, por eso uno se desanima[...]  
(Participante n. 29, 2014)

King (1984) afirma que “[...] la identidad del yo está relacionada con el espacio personal” (p. 51). Para estas tres personas, no poseer un *espacio* propio interfiere en la definición del *yo*, aspecto mencionado anteriormente que repercute en la realización de acciones para conseguir objetivos.

Igualmente, King (1984) menciona que el *espacio* es transaccional. Esto quiere decir que el *espacio* determina la forma de interacción humana para alcanzar diferentes objetivos. Al respecto, se identificó lo siguiente:

Yo a veces me pregunto lo mismo [refiriéndose a cual razón le impide superar su situación], y nada no me lo impide, nada, sólo que durmiendo en la calle sobra quien le dé, yo voy y me paro ahí en la esquina y de una vez me dicen mandátelo, mandate un bombazo y le ofrecen droga a uno. (Participante n. 11, 2014)

Evidentemente, al permanecer en un *espacio* propicio para el consumo de drogas, las personas comparten dichas experiencias e interactúan con otras personas consumidoras, conservando la dependencia en la que se encuentran.

Además, King (1984) establece que el *espacio* siempre se va encontrar interrelacionado con el *tiempo*, considerado importante no sólo porque proporciona un orden de los acontecimientos, sino porque también determina la duración de las experiencias que vive cada persona.

Con base en lo anterior, las y los participantes han creado una mala *percepción* sobre el *tiempo*, argumentado de la siguiente forma:

Diay yo pienso que soy, mi vida es un fracaso, es un fracaso, no ve la edad que tengo y yo he visto personas que estuvieron en la escuela conmigo, un día de estos vi a un carajillo, como yo, estudió conmigo verdad, yo lo vi ya en un Honda [marca de un carro], con familia, con full reloj, yo me le quedé viendo y

yo, “que madre, mae, ¿por qué de tantas personas me tocó a mí? (Participante n. 29, 2014)

Según lo evidenciado en el marco referencial, King (1984) expone que el *tiempo* es medible a partir de los cambios que realice una persona. En el relato se evidencia una mala *percepción* referente al *tiempo*, dado que ha transcurrido sin originarse un cambio significativo. La carencia de esos cambios produce sentimientos de angustia y desesperanza.

Por último, King (1984) menciona que dentro del *sistema personal* se debe considerar el *crecimiento y el desarrollo* que experimentan los seres humanos. Este se caracteriza por los diferentes cambios físicos y conductuales que se dan en una persona y que pueden estar influenciados de manera positiva o negativa por otras personas y el medio ambiente.

Utilizando lo manifestado por la teorizante, con lo que respecta a los cambios físicos y conductuales, estos se han dado a partir de las consecuencias generadas por el consumo de drogas (mencionadas en el apartado anterior) y vivir en situación de calle. En relación a esto, una persona relata lo siguiente:

Un día mío es duro, para explicar un día como hoy, levantarse y no tener ni 100 pesos en la bolsa, me entiende, para yo desayunar tengo que pagar 200 pesos, no tener ni 200 pesos, ¿me entiende?, vuelvo a ver el teléfono, vender mi teléfono para comer, pero ocupo el teléfono para que me busquen para un trabajo, ¿me entiende?, pero ir a pagar 300 para un plato de comida y no tenerlo, ya psicológicamente usted lo piensa, que ganas de vivir así, que emoción, que ganas de sonreírle a la vida. (Participante n. 26, 2014)

La situación de calle ligada con el consumo de drogas, ha traído consigo muchos cambios en la vida de estas personas, llegando al punto de que algunos de ellos o ellas pierden la motivación para continuar con sus vidas; por lo tanto, es posible afirmar que esta *percepción* corresponde a un factor que dificulta la superación.

King (1984) menciona igualmente que el *crecimiento y el desarrollo humano* se encuentran en función de “[...] experiencias significativas y satisfactorias, y de un medio ambiente que conduce a los individuos a alcanzar la adultez” (p. 42). Situación que se detallará en el siguiente apartado, que describe las vivencias de esta población.

#### ***4.5.2. Factores limitantes del Sistema Interpersonal***

King (1984) menciona que el *sistema interpersonal* existe cuando las personas interactúan en un espacio para compartir intereses comunes y lograr metas; esta experiencia depende de las características del *sistema personal* de cada individuo.

Como ya se afirmó en el apartado anterior, las y los participantes presentan factores personales significativos que pueden perjudicar la experiencia de la interacción con las otras personas, desarrollando entonces alteraciones en los componentes conceptuales que conforman este sistema (*interacción humana, comunicación, transacción, rol y estrés*). Esto se mostrará a continuación.

Inicialmente, las y los investigados a través de los relatos reiteran que no cuentan con un apoyo significativo de otras personas. Esto incluye a los miembros de sus familias, amistades y personas en general. Tal situación, origina el no establecimiento de aquellas *interacciones humanas* que pueden favorecer superar la situación de calle, relatado por una persona de la siguiente forma:

Ahorita que estoy en esta situación, estoy yo solo, no cuento con el apoyo de la familia, estoy viendo como salgo adelante yo solo, tomar un trabajo, alquilar un

cuartito, tener mis cosas, seguir estudiando y levantarme y hacer una vida normal, me entiende, aunque sea difícil [...] (Participante n. 26, 2014)

Nuevamente se debe indicar, que King (1984) en su teoría manifiesta que las percepciones y los juicios de las personas determinan el cada tipo de *interacción*. Al respecto de las personas en situación de calle, la sociedad les ha atribuido juicios de valor discriminativos y destructivos, que originan la pérdida de interés para brindarles apoyo, y con ello su permanencia en esta situación.

De igual forma, cinco personas manifestaron la necesidad de establecer una *interacción* con una pareja sentimental. La falta de este tipo de relación limita la superación, siendo justificado por el siguiente relato:

[...] cuando uno se siente solo, busca una relación de una pareja, no es cuando usted la busque sino cuando aparezca, como le digo el mismo destino le repara la mujer de tu vida, entonces uno se pone a pensar, si yo tuviera una pareja eso me ayudaría, porque buscaría alquilar con ella algún lado, me entiende, entonces yo diría no a la droga[...]. (Participante n. 26, 2014)

Para las personas que afirmaron dicha limitación, el establecimiento de este tipo de *interacción* les facilitaría el proceso de superación, porque según King (1984) cuando se establecen adecuadas *interacciones humanas*, estas irán dirigidas a un objetivo. Al consolidarse por tanto buenas, existen mayores probabilidades de concretar y cumplir objetivos satisfactorios.

Relacionado con las *interacciones humanas*, se identificó que las y los participantes presentan dificultades para establecer una *comunicación* con las personas que les pueden brindar un apoyo para sobrepasar la situación de calle. Afirmación respaldada con el siguiente relato:

Mis hermanos tratamos, ah, hace como unos siete u ocho años, tratamos ah, de conocernos, de tratarnos, de tener alguna comunicación, pero no se pudo, eh, cada uno ya tiene su vida, sus cosas, sus problemas aparte, eh, hubo choque, unos querían, otros no querían, entonces cada uno se queda como estamos y, es que ahorita no sé nada de ellos, no necesito saber nada ellos, hace cinco años fue como hacer la reunión, pero cada quien lucha para cada quien, ninguno quiso así, meterse en la vida de cada uno. (Participante n. 26, 2014)

Como se señala en el marco referencial, King (1984) menciona que la función más importante de la *comunicación* corresponde a facilitar la cooperación y la *interacción* entre las personas, para alcanzar un intercambio de pensamientos y opiniones que permitan la satisfacción de necesidades.

Por tanto, al demostrar que las y los investigados presentan problemas de *comunicación* con las demás personas, no existe un método eficiente para divulgar sus pensamientos y opiniones, trayendo consigo un apoyo social insuficiente.

Otro aspecto que también se identificó en los relatos, es la presencia de inadecuadas *transacciones humanas*. King (1984) establece que las *transacciones* se dan cuando las personas alcanzan metas a través de un proceso de *interacción humana*; afirmación dificultosa para esta población debido a la inadecuada *interacción* y la falta de *comunicación* descritas anteriormente.

Una persona, manifiesta lo siguiente:

[...] yo no tengo apoyo de mi familia, porque lo único que dicen es juzgar, no sea pendejo, no sea maricón, como no lo va a dominar, no saben lo que uno siente, lo que uno está acarreado, tal vez por ese sentido, si tal vez alguien de mi familia me dijera, saque un tiempo, si usted se siente con esos síntomas, yo

le doy llave, si usted se pone malcriado yo lo voy a soportar, si usted está con pesadillas que se yo, lo voy a comprender [...] (Participante n. 28, 2014)

En su teoría King (1984), menciona dos aspectos fundamentales para establecer buenas *transacciones*: en primera instancia debe existir una relación entre las personas involucradas, lo cual, según el relato, no está presente y por lo tanto no hay alcance de metas.

Y en segundo lugar, la teorizante menciona que las *transacciones* van a estar relacionadas con la *percepción* que posea cada persona, dado que constituye la base para realizar acciones. Este aspecto quedó demostrado anteriormente, según los juicios negativos hacia la situación de calle, y las y los consumidores de droga.

Otro concepto que menciona King (1984) dentro del *sistema interpersonal*, corresponde a la identificación de un *rol*. Dos personas mencionaron como factor limitante la carencia de un rol familiar; un participante se expresa de la siguiente manera: “Es difícil, esta situación es difícil, saber el hecho de que todos tienen una casa a donde llegar y yo no, una esposa, unos hijos, un calor, y yo nada” (Participante n. 28, 2014).

Para King (1984) las personas dentro de un *rol* poseen una funcionalidad social, que le permite la identificación de relaciones interactivas y modos de comunicación. Para la persona del relato anterior, la carencia del *rol* limita el conocimiento de sí mismo y con ello no percibe las tareas que le corresponden dentro de una sociedad, generando como consecuencia la carencia de relaciones humanas y formas de comunicación.

Para finalizar el *sistema interpersonal*, King (1984) incluye como componente conceptual el *estrés*, entendido como un factor de energía que incrementa o disminuye la tensión en las interacciones de las personas con el ambiente.

Los causantes de *estrés* más frecuentes entre las y los investigados fueron las filas largas que deben hacer para entrar a los centros que les brindan alojamiento en las noches, y los deseos y ansiedades por consumir drogas. Pero si bien es cierto, estas causas pueden variar, los motivos de *estrés* que posee cada persona producen un inadecuado estado de equilibrio, limitando conseguir objetivos propuestos por el agotamiento físico y mental que provocan.

#### ***4.5.3. Factores limitantes del Sistema Social***

Con base en el marco de referencia, el *sistema social* se define por King (1984), como la integración social que posea la persona y su forma de actuar, de acuerdo a límites, roles sociales, conducta y prácticas. Aspectos que, a través de la investigación, se ha evidenciado que no son claros en las personas en situación de calle; agrado además por la mala *percepción* que mantiene la sociedad hacia el consumo de drogas.

La primera limitación a nivel de este sistema se asocia a la existencia de una inadecuada *organización* social. Por tanto es necesario indicar nuevamente, que las *organizaciones* corresponden a “[...] unidades sociales caracterizadas por la estructura, funciones y recursos para alcanzar metas” (p. 124).

Al colocar la situación de calle en una unidad social, esta se encuentra caracterizada por la carencia de recurso económico que evidentemente limita la satisfacción de necesidades. Al respecto, una persona menciona:

[...] No tener plata, lo lleva a estar aquí [situación de calle], y se quedará hasta que no consiga algo que le dé una platilla fija, es duro, duro, el simple hecho de amanecer sin ningún cinco en la bolsa, saber que no tiene para desayunar, saber qué hacer en el día con tal de ganar platilla, es duro, mi hermano, y después de todo, llegar a la tarde sin nada, pues ni modo toco venirse aquí [Centro

Dormitorio y de Atención para Personas Habitantes de Calle], o si no se queda afuera y ahí el asunto cambia totalmente [...] (Participante n. 28, 2014)

Con base en lo anterior y según lo manifestado por la teoría de King (1984), la estructura de la *organización* actual no facilita a estas personas el cumplimiento de metas, debido a la falta de recurso económico, y además por otorgarles una clasificación social inferior que perjudica el establecimiento de relaciones humanas que pueden brindar apoyo.

Por otra parte, King (1984) menciona que para definir la estructura de una *organización*, deben existir la identificación de funciones para cada persona, por medio de la asignación de tareas específicas, *roles* y una posición social.

Al considerar este tipo de población, se identifica la carencia de una función social asociada principalmente a la falta de un trabajo. Dicha situación se comprobó en todas las narraciones biográficas realizadas; un participante relata:

[...] estoy viendo como salgo adelante yo solo, tomar un trabajo, alquilar un cuartito, tener mis cosas, seguir estudiando y levantarme y hacer una vida normal, me entiende, aunque sea difícil, cada vez está más difícil, este país está duro, me entiende, no hay trabajo, para tener un trabajo usted debe tener una amistad que sea dueña de algo y que ocupen algo. Yo salgo todos los días con el currículum en el salveque, esperando una llamada a ver si acaso, vendiendo algo, pero cada vez es más difícil[...] (Participante n. 26, 2014)

Como ya se mencionó en el apartado que caracteriza a la población participante según los diferentes DSS, existen diversas razones por las cuales a esta población se le dificulta conseguir un puesto laboral. Pero cabe destacar que estas se originan a partir de

la *organización* social actual, debido a que por su estructura coloca a las personas en situación de calle en un nivel inferior.

Igualmente, King (1984) menciona que la *organización* social se encuentra influenciada por posiciones de control, el *poder* y la *autoridad*. Aspectos, que de igual forma influyen sobre las razones por las cuales no consiguen un trabajo; una persona refiere:

[...] he sido rechazado, en los trabajos, seguro la misma gente me ha visto en la calle digamos, que he andado así, en drogas, me han visto aquí, de que usted ya está metido con esa chusma, usted ya anda en la calle, por eso digo yo, diay que y tal vez sea por eso que a uno no le ayuda[...] (Participante n. 10, 2014)

Con este relato, se confirma que en la mayoría de casos la falta de trabajo se asocia específicamente a la situación de calle y al consumo de drogas. Según lo presentado por King (1984) en el marco referencial, la *autoridad* se da dentro de una *organización* cuando las y los individuos aceptan y acatan la *autoridad* de otra persona, la cual dicta normas o reglas para cumplir los objetivos. Para las y los participantes, existe una evidente dificultad para cumplir con esas normas o reglas sociales, debido a su situación actual y su drogodependencia, terminando en la no contratación o en el despido.

Con lo que respecta al *poder*, King (1984) menciona que se encuentra relacionado con la *autoridad*; su existencia y su fuerza son inferidas en los efectos del *rol* y la posición que una persona ejerce. En los relatos, se identifica el ejercicio del *poder* de las otras personas hacia las y los investigados, sobre todo a través de la exclusión social, comprobado a continuación en este relato:

[...] la gente lo ve a uno como un perro, sinceramente, la gente lo trata con desprecio, por eso a uno se le hacen muchos problemas[...] uno se siente que no

es parte de las personas de la sociedad, me entiende, uno está aislado, esta aparte, en otro mundo, me entiende. (Participante n. 29, 2014)

En relación con el relato anterior, King (1984) menciona que el *poder* se encuentra dentro de las relaciones sociales, las personas que lo ejercen tienen el control sobre los grupos. Así, el *poder* que ejercen las otras personas dentro de una sociedad, corresponde a un factor limitante para superar esta situación, ya que no brindan apoyo o medios para satisfacer las necesidades que presentan.

Como se había indicado anteriormente, el ejercicio del *poder* sobre estas personas se ve reflejado en las oportunidades que tiene de conseguir algún trabajo estable. Una persona, ante dicha realidad manifiesta lo siguiente:

[...] yo digo si yo tuviera esa oportunidad de una carta de recomendación que me diga esta carta a usted lo va a apoyar, le va a abrir una puerta, yo contaría mucho, yo trato de no pasearme en las personas que me recomiendan, pero como digo son dos años sin trabajar y no tengo a quién pedírsela, entonces nadie me la va a hacer, si yo tuviera una carta que me respaldara, con la hoja de delincuencia, sería muy bien. Pero mi estrés diario es me estoy haciendo viejo y yo sí le puedo aportar mucho a la sociedad y no puedo hacerlo. (Participante n. 1, 2014)

Ante tal situación, King (1984) argumenta que en las relaciones de *poder* siempre van a existir una dependencia al *rol* superior-subordinado. En el caso de obtener algún trabajo, las personas en estudio se encuentran en el *rol* de subordinado, debiendo someterse al poder de la persona que tiene el *rol* superior; *rol* que no otorga medios para favorecer las oportunidades para conseguir el puesto, como las

mencionadas en el relato (cartas de recomendación, hojas de delincuencia y edad avanzada).

Otro factor importante dentro de este sistema, corresponde al *estatus* social. Que según lo manifestado al inicio de este apartado, ésta población dentro de la *organización* social actual, son ubicados o ubicadas en una posición inferior. Ante este aspecto, una persona afirma:

[...] a veces me tratan bien, otros como que lo pisotean a uno porque como ven que uno es un adicto que anda en las calles y anda mal, lo ven a uno raro y ¿cómo le explicara? Como que si uno no valiera nada y les da miedo también.  
(Participante n. 2, 2014)

Según King (1984) “[...] el status es un aspecto de estratificación social y está relacionado con lo que uno es, lo que se hace, con quien uno conoce y con lo que uno ha logrado” (p. 137). Es así como estas personas, dada su situación de calle ligada al consumo de drogas, son ubicadas en una posición social caracterizada por el rechazo, como se comprobó en el relato anterior.

También, otra persona aseguró dentro de su discurso, el *status* que se le ha otorgado, indicando:

[...] estoy deseando que sean las cinco, las seis de la tarde para ir a clavarme a la iglesia y orar y quitarme el estrés, pero yo sé que afuera en la calle sólo me está esperando las habladas estúpidas de la gente: “¿Qué va a hacer?, ¿quiere ganar?, ¿quiere robar?, ¿papi, vamos conmigo?”, tanto mujeres como hombres, y la gente viendo cómo se aprovecha de vos por necesidad. (Participante n. 1, 2014)

King (1984) indica que el *status* corresponde a la posición que ocupa una persona según la *percepción* de los otros miembros del grupo. Es por tanto, que por

encontrarse en un *status* inferior, las personas les otorgan acciones perjudiciales como las evidenciadas en el relato anterior, que traen consigo consecuencias emocionales negativas.

Por último se debe mencionar, la falta de iniciativa para *tomar decisiones*. Para King (1984) la *toma de decisiones* es un aspecto que influye en la manera de actuar y las expectativas que se tienen de ellos o ellas como seres humanos, dentro de un *sistema social*. Al respecto, una persona menciona: “A mí no me lo impide nada, nada más la decisión, sólo eso. Sólo tengo que esperar para levantarme y salir, es mi mala cabeza, que no quiere cambiar uno, de verdad, tomar la decisión.” (Participante n. 20, 2014).

Para *tomar decisiones* King (1984) menciona que las personas deben definir el problema, analizar los datos obtenidos y seleccionar alternativas para el curso de acción en términos de alcanzar objetivos. En muchos casos, dichos aspectos permanecen ausentes en estas personas, al mantener la idea de “[...] estoy viendo si tomo la decisión” (Participante n. 26, 2014).

Además es importante mencionar, que la población en estudio, por su dependencia al consumo de drogas, se le dificulta *tomar decisiones* claras dentro del *sistema social*, porque establecen la droga como una prioridad. Una persona relata su experiencia:

[...] más de una vez guardaba estos cinco rojitos para el vicio, antes que comerme algo, no me importaba que iba a amanecer con hambre, con gotera, no sé qué me pasaba, según yo iba a guardar plata, pero cuando yo me veía sin piedra, sin guaro, sin nada, busca primero la papa o el guaro que una comida.  
(Participante n. 27, 2014)

Así, por medio del relato, la persona muestra la decisión de satisfacer su consumo de drogas ante cualquier otra necesidad; acto que lo mantiene en la situación

de calle. King (1984) menciona que la *toma de decisiones* determina la *organización* y la vida diaria de las personas, por lo cual, al *tomar la decisión* de consumir, estas personas se ubican, como ya se había señalado, en una posición inferior en la *organización* y un estilo de vida caracterizado por la exclusión.

#### **4.6. Describir las vivencias relacionadas con la situación de calle**

En este apartado se presentan las vivencias de vida que han sobrellevado las personas en situación de calle. Estas son percibidas y afrontadas por cada persona, de diversas formas, dado que cada una le brinda un significado personal.

Con base en ello, se debe indicar que, a pesar de que cada hallazgo mencionado puede haber sido similar en esta población, su contexto e interpretación es diferente, ya que ésta depende de las condiciones emocionales y psicológicas en las que se encuentre la persona en el momento del acontecimiento, y de situaciones pasadas que hayan modificado su percepción actual.

Castillo (2012) menciona que:

Aunque estemos inmersos en un macro entorno que tiene “leyes” en las cuales nos desenvolvemos, existen los micro entornos, que son aquellos contextos, lugares y situaciones, en los que dichas leyes son aún más específicas y que condicionan completamente al humano, consciente e inconscientemente. (p. 29)

Según lo manifestado por esta autora, se puede afirmar que, a pesar de que vivan dentro de la sociedad costarricense, estas personas al encontrarse en situación de calle, crean un entorno concreto y en él determinan la forma de realizar sus actividades cotidianas.

Dado dicha situación, las vivencias que experimentan la población en situación en calle, son únicas en este tipo de entorno, en el cual una que se evidenció mayoritariamente fue la violencia.

La OMS (2002) menciona respecto a la violencia que “[...] está tan presente, que se la percibe a menudo como un componente ineludible de la condición humana, un hecho ineluctable ante el que hemos reaccionado en lugar de prevenirlo” (p. 11). Es decir, es un fenómeno complejo que se encuentra asumido dentro de la sociedad, donde

las personas en situación de calle viven día con día sus efectos. Debiéndose intervenir, no sólo subsanando los efectos ocasionados, sino que previniendo su aparición.

La OMS (2002) continúa afirmando, que la violencia se encuentra presente en diversas categorías:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (p. 15)

Esta definición engloba todos los posibles factores causales y las consecuencias que se puedan dar a raíz de este fenómeno, porque la violencia no es solo aquella causada por una persona a otra, sino también aquella que es provocada por un colectivo, o sea, una sociedad.

La clasificación utilizada en el Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (2002) divide a la violencia en tres grandes categorías (según el causante del acto) violento, y estas son: violencia dirigida contra sí mismo o misma, violencia interpersonal y violencia colectiva. Situaciones presentes en las narraciones biográficas de estas personas, detalladas a continuación.

En primera instancia, se encuentra la violencia dirigida hacia sí mismos o mismas, en el cual se relacionan con autoagresiones e intentos de suicidio. Muchas de estas experiencias, son resultado de un deterioro emocional y psicoafectivo, como lo refleja el siguiente relato:

[...] soy de los seres humanos que tenemos que llorar sufrir, o sea, lo más difícil de mi vida y a veces depresiones complicadísimas, he sentido muchas veces deseos de suicidarme, no sé si he tenido el valor o la cobardía de hacerlo, cuando pienso en Dios, lo he intentado hacer de muchas formas, he ido al

Estadio Ricardo Saprissa, para tirarme, no lo he hecho, como le dije antes yo tenía que haber muerto hace mucho tiempo, lo único que me ha salvado a mí fue buscar algunas ayudas en algunos momentos [...] (Participante, n. 7, 2014)

Con base en lo anterior la OMS (2002) menciona:

La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas. El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto. (p. 5)

Cabe resaltar, entonces, cómo el comportamiento suicida, evidencia la problemática que viven las personas en situación de calle; ya que la misma es tan cruel que se vuelve insostenible al punto de no querer continuar con vida.

Con respecto a la violencia interpersonal se encuentra presente inicialmente, a través de actos que atentan contra la vida o hacia los derechos humanos, por parte de otras personas. Una persona relata lo siguiente: “Me metieron un puñal aquí, y me tiraron en una acera ahí, me quitaron los zapatos, y digo yo ¡Ay Dios!, seguro hasta aquí llego, ¡viera que feo que es!” (Participante n. 6, 2014).

Otra persona relata lo siguiente:

Aquí se ha visto que pasan en un carro ahí, pa, pa, pa [sonidos que simulan la detonación de un arma de fuego], y ahí la vez pasada mataron un montón ahí en la calle. Todo bulto que veían le disparaban. Hasta que los agarraron. Se echaron como a cinco indigentes. Así no más, por borrachera[...] (Participante n. 6, 2014)

Según los dos anteriores relatos, se demuestra la gravedad de la violencia a la que se han visto, expuestos los y las participantes. Los riesgos y atentados contra la vida

son una realidad en su cotidianidad, en el cual el ejercicio de estos actos aumenta por encontrarse en espacios rodeados de drogas.

La violencia interpersonal está presente también, cuando estas personas han experimentado vivencias de abuso sexual, que es descrito por una participante de la siguiente forma: “Yo fui violada muchas veces, por los hombres que viven en la calle, los adictos, ¡sí fui violada!, me han engañado, me han maltratado físicamente y mis sentimientos también” (Participante n. 2, 2014).

El abuso sexual es una de las formas de violencia con más repercusiones psicológicas, además de las causadas físicamente a la víctima, así como afirma Trumper (2011) mencionando que “Las consecuencias de las violaciones dependen de varios factores: la gravedad del hecho en sí mismo; la edad, características y experiencias previas de la víctima, las respuestas del entorno, la posibilidad de encontrar ayudas adecuadas, los factores de autoafirmación” (p. 12).

Además, el vivir una experiencia de esta índole causa daños emocionales, en muchos casos irreparables para estas los y las participantes; y aunque no se pueda generalizar la medición de estas consecuencias, se puede mencionar que todas las personas que enfrentan situaciones como esta los describen como una experiencia negativa y traumática.

Por otra parte, la violencia colectiva se demuestra por medio de la exclusión social. El señalamiento, juicios de valor, miradas y gestos de desaprobación, son para ellos o ellas formas de rechazo. Al respecto un sujeto menciona:

Cuando usted camina por las calles, si lo ven con la cara añeja porque no encontrás un paño, un lugar donde arrimarse a lavar la cara, con la ropa sucia, que es tanta el hambre que te arrimás a una casa y pierdes la vergüenza y pedís algo y no te dan entonces ya te brincas la verja o te metés y agarrás mangos, naranjas “¡ey huepu... Busque brete!” y usted dice por dentro pero yo ando

buscando trabajo pero no me dan con esta apariencia [...] (Participante n. 1, 2014)

Esta exclusión por su apariencia física es una forma evidente de violencia que sufren las personas en situación de calle día con día, y es llevada a cabo por el trato despectivo que les ejerce la sociedad, ya que no se le brindan las oportunidades o el acompañamiento para salir de esta situación.

Navarro y Gaviria (2009) mencionan como resultado en su estudio sobre la percepción del colectivo sobre este tipo de población, dos tendencias de pensamiento; la primera, esta inclinada hacía la necesidad de formar estrategias que ayuden a estas personas, ellos explican esto como una consecuencia del altruismo propio de la compasión que existe en cada individuo. La segunda tendencia, está marcada por la temática de la inseguridad que siente la sociedad, ya que ven a esta población como peligrosa y capaz de causar algún tipo de daño hacía los demás, razón por la cual se puede dar el aislamiento o evasión, e incluso en la ideología de la discriminación, que validaría las prácticas de rechazo social.

Estas formas de rechazo se dan de forma como menciona el siguiente relato:

Tal vez también que le digan a uno indigente, ya que le digan a uno la palabra, uno dice puta, pase a ser un indigente, cuando antes nunca lo fui... Es algo duro, me entiende, yo psicológicamente, son cosas que lo marcan a uno psicológicamente, pero siempre y cuando, diay uno vea, trata uno de sacar lo bueno y lo malo, me entiende, diay ya mañana no lo quiero llegar hacer. Tal vez mañana me llamen así, pero también trato de pensar que no lo soy y que no lo quiero llegar hacer. (Participante n. 26, 2014)

Las repercusiones que tiene esta forma de violencia sobre estas personas son también a nivel emocional, produciendo un maltrato psicológico, así como mencionan Blázquez, Moreno y García (2010):

Cuando se habla de maltrato psicológico se alude a cualquier conducta verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima en un proceso continuo y sistemático a fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. (p. 67)

Todos estos, aunque no dejan marcas físicas evidentes, igualmente las y los afecta. En la población participante, se demuestra el maltrato psicológico en la medida en que relatan sentirse desvalorizados. En efecto, como menciona Zubizarreta (2004) “[...] hoy en día podemos afirmar que, en oposición a la creencia generalizada durante años, el maltrato psicológico puede producir consecuencias tan graves como el físico” (p. 2).

Otra vivencia narrada, se encuentra vinculada a la búsqueda de un lugar seguro de alojamiento. Un participante menciona lo difícil de pasar una noche en la calle de la siguiente forma:

Una noche es fría, solitaria, eh es este, es eh, depende... Si estas en consumo, este, la noche es este, es más llevadera, más, y, eh, cuando no estás en consumo es fría, es solitaria, es tenebrosa, es este, eh, porque no te creas a veces hay gente maldosa, eh, diay hacen travesuras, tirarle huevos a uno, este, eh, agua, entre los mismos de repente adictos o, o sea, o gente de la calle querer robarle a uno la ropa o la maleta ¿no? este los zapatos [...] (Participante n. 5, 2014)

Para esta persona, la vivencia de dormir en las calles es traumática, dado especialmente por la inseguridad. Según Rial, Rodríguez y Vomero (2007) “[...] la

subsistencia en la calle requiere una constante plasticidad para sortear dificultades con las que se encuentran, siempre ante lo inesperado, ante el peligro que puede acechar en cualquier rincón” (p. 144). Esta maleabilidad para adaptarse a todas las circunstancias que se enfrentan a diario, debe ser la que les permita sobrellevar una noche tranquila en un lugar seguro, como el Centro Dormitorio y Atención Primaria para Habitantes de Calle; y a la noche siguiente, lidiar con las inclemencias del tiempo climático y la inseguridad presente.

Cabe mencionar, que estas personas cuentan con el apoyo del Centro Dormitorio y de Atención para Personas Habitantes de Calle, el cual les brinda alojamiento. Pero desafortunadamente por la saturación del servicio, algunos hombres no logran entrar. Esta vivencia es expresada por un participante de la siguiente forma:

Ayer no logré entrar, me quedé en la fila de último, trataron de abrirme campo pero no se pudo, me fui a caminar para hacer tiempo para que no me vieran muy temprano en emergencias del San Juan de Dios o emergencias del Calderón [hospitales capitalinos], una vez un compañero de aquí me invitó a ir a dormir en cartones por aquí por el Torre Mercedes [edificio empresarial], pero es muy feo dormir así, los policías municipales le dan con el bastón ahí en el cartón, los quitan y después de estar caliente te dejan con el frío [...], eso es una aversión porque uno busca un lugar largo del centro, porque uno vive peligrando de los otros indigentes que andan viendo a ver cómo te quitan las tenis, lo poco que tienes, entonces uno tiene que irse a las orillas de San José, para que lleguen ellos [las o los policías municipales] le den un leñazo al cartón. (Participante n. 8, 2014)

Esta persona al no ingresar al servicios que presta este centro, experimentará un sin número de vivencias riesgosas y desfavorables. El dormir en la calle significa más

que sólo los riesgos que esta experiencia conlleva, significa perder la oportunidad de descansar y reponerse de las actividades que realizó durante el día.

Luego, otras de las vivencias recopiladas, relatan sobre las actividades que realizan durante las horas del día. Algunas personas afirman desplazarse del centro capitalino a otros lugares aledaños o a provincias en busca de trabajo o de ayuda, ya sea económica o para la adquisición de artículos de aseo personal. Uno de los relatos al respecto menciona:

Me voy pa' Paraíso, de Cartago [provincia costarricense], y así, ando así. Calculando de entrar aquí [Centro Dormitorio y de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle], sino me quedo afuera. Y así muchas partes, en Alajuela, en Heredia [provincias costarricenses]. En Heredia tenemos algo muy especial, que en Heredia nos dan en un centro que hay ahí, este, nos dan calzoncillo, medias, pantalón, camisa, y una cena que no es jugando ¿va? Y tenemos para que nos peinen y nos hagan la barba. Y viera que gente más buena. (Participante n. 6, 2014)

Con base en el relato anterior, se puede asegurar que las personas durante las horas del día realizan acciones para sobrevivir a las condiciones tan precarias en las que se encuentran. Estas pueden variar diariamente, originando a vivencias particulares, pero se debe mencionar que cada una de ellas, les brindan experiencias para lograr desenvolverse en un entorno hostil como lo es la situación de calle.

Papalia (2010) menciona que desde las teorías del desarrollo humano, la perspectiva del aprendizaje, define a este como “[...] un cambio de conducta duradero basado en la experiencia o en la adaptación al ambiente” (p. 28). Ya que al interactuar con el entorno la o el individuo adquiere conocimiento y esto moldea su personalidad;

siendo así como estas personas logran asimilar y lidiar con cada una de las vivencias antes mencionadas.

Otra de las situaciones a la que se enfrentan estas personas, más comúnmente es la búsqueda de alimentos. Al respecto, un uno de los participantes relata: “Bueno me levanto con hambre, paso todo el día pensando en un plato de comida y ya después de las seis paso pensando en una cama para descansar. Son cosas que no tengo” (Participante n. 3, 2014). Estas experiencias mediadas por las necesidades generadas por no tener dinero para comer ni dormir.

Esto llega a producir en ellos o ellas, todo un conflicto emocional influenciado por la resignación, la culpa y otros sentimientos de desestima, como lo menciona Chamizo (2006) “Cuando la desestructuración social y personal se cronifica, se llega a una discapacidad social para trabajar, relacionarse, cubrir sus necesidades básicas, y estos individuos se instalan en una fase de resignación total y de habituación a la calle” (p. 23).

Vivir en estas circunstancias, genera en estas personas un sin número de emociones y pensamientos, como se comprueba en el siguiente relato: “Pesadillas, dormir a la intemperie, diay pensar también, el tormento de uno mismo, atormentarse uno mismo, ser uno tan incapaz o tan irresponsable, sentimientos de culpa (Participante n. 3, 2014). Todos estos emociones y pensamientos forman parte de las vivencias de estas personas, y que están muy relacionados con las condiciones en las que viven, que, como se mencionó anteriormente, están mediadas por la violencia y las carencias de necesidades básicas, afecto, entre otras.

Otra de las vivencias de estas personas, son situaciones relacionadas con el fenómeno de las drogas, ya que este mismo es parte de su entorno y cada día buscan la forma o los medios para su consumo, como se menciona en el siguiente relato:

[...] me voy al mercado y le ayudo a alguien que tiene un camión y le dijo que mi hermanito te ayudo y me dice: si ayúdame, y ya viene y me da un menudo y ya viene y ya luego me voy donde el otro y me manda hacerle un favor y ya se gana uno la confianza y que anda hacerme este mandado y que te dan tres tejas, y ya cuando uno se siente con tres mil en la bolsa dice voy jalando voy a fumar, y así sucesivamente [...] (Participante n. 11, 2014)

Como se muestra en el relato anterior, consumir drogas significa para estas personas una necesidad ya que, si no tiene el dinero, busca la manera realizando actividades que le permitan llegar a obtenerla, correspondiendo a una vivencia diaria.

Estas personas consumen drogas para sobrellevar su panorama oscuro, ya que deben lidiar con los contextos donde viven y las privaciones a las que se enfrentan, y entonces, asocian las drogas como un escape a todo lo que sienten cada vez que deben dormir en las calles, como se evidencia en el siguiente relato: “[...] esa noche paso frío, hambre, con el dolor de pie y de huesos, no puedo ni caminar, pido ayuda a mis hermanas que me den posada porque ya no aguanto el cuerpo y las piernas (Participante n. 2, 2014). El sentirse en estas condiciones hace que esta población, busque cualquier medio que les permita afrontar esta realidad.

Por último se debe señalar, que a pesar de todas las vivencias perjudiciales expuestas anteriormente, las personas en situación de calle buscan la manera de razonar las circunstancias y ver el panorama de forma positiva. Al respecto, un participante expone:

[...] diay busco la manera de cómo, cómo tener calma en el momento, en ése momento que está pasando eso diay, poner mi mente en orden diay y saber que diay si tiene que pasar eso tiene que suceder y ya. (Participante n. 11, 2014)

Esta forma de enfrentar las situaciones le permite tener esperanzas, les genera beneficios personales, y lograr continuar día con día ante todas las adversidades a las que se enfrenta. Estos pensamientos se ven como una forma de afrontamiento, como lo afirman Amarís, Madariaga, Valle y Zambrano (2013):

El afrontamiento se trata una forma de manejar situaciones que puedan generar estrés en el individuo, con las que busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades, ya sea resignificando el estímulo, a través de las acciones, pensamientos, afectos y emociones que el individuo utiliza a la hora de abordar la situación desbordante. (p. 128)

Si bien es cierto, en torno a estas personas hay mucha estigmatización sobre su situación y sobre las razones que las y los llevaron a la situación precaria, esta manera positiva de ver su futuro les permite sobrellevar las experiencias particulares que han tenido que vivir por su situación de calle. Algunas de estas, relacionadas a las drogas y a las situaciones de consumo, de ahí la importancia de plasmarlas en esta investigación.

## Capítulo V: Conclusiones

Basado en el análisis de la influencia de los DSS en la población participante en situación de calle, se logró caracterizar a 30 personas que presentan en su vida cotidiana, afectaciones y riesgos para su salud como resultado de las diferentes circunstancias sociales que les han llevado a dichas situaciones y a la dependencia del uso de drogas.

Dichos riesgos y afectaciones para la salud, tienen origen en diferentes componentes de la vida de todo ser humano que, en el caso de estas personas, funcionaron como un determinante que influyó negativamente en su salud. Por lo que a continuación se concluye lo siguiente:

- La población participante expresó en sus relatos que sus madres consumieron drogas durante el periodo de gestación, viviendo en condiciones de suma pobreza. Esto ocasionó situaciones como: un intento de aborto, condiciones perinatales poco óptimas y desvinculación materno-infantil o abandono. Ello determinó infancias marcadas por inestabilidad emocional y un deterioro en la calidad de vida.
- Estas personas nacieron tanto en zonas rurales como urbanas; la gran mayoría en hospitales que permitieron el acceso a atención por parte de profesionales de la salud, a vacunas y a los protocolos correspondientes. Este dato se refleja en la nulidad de casos de muerte materna y la atención que recibieron aquellos que nacieron con condiciones perinatales adversas.
- Las zonas de residencia durante la infancia de las personas en situación de calle evidenció un determinante de las desigualdades en la salud. En particular, las personas residentes de zonas urbanas pobres, quienes migraron en repetidas veces o

bien, quienes vivieron en un entorno inseguro tienen más riesgo de sufrir enfermedades crónicas infantiles o de caer en drogodependencia.

- De las personas participantes en la investigación, menos del 50% mencionó haber padecido de patologías crónicas infantiles. Sin embargo, hubo quienes refirieron síntomas de trastornos depresivos, las cuales se asocian a conflictos sociales que desencadenan eventualmente en el consumo de drogas.
- Las familias de las personas participantes evidenciaron antecedentes de consumo de sustancias, siendo el caso más frecuente, el alcoholismo por parte de la figura paterna, lo que se asocia a un entorno familiar cargado de violencia.
- En el consumo por parte de la figura materna, el impacto en las y los sujetos de estudio fue de carácter emocional. Estas situaciones influyeron de forma tanto *directa* como *indirecta*, llevándolas o llevándolos también al consumo de sustancias.
- El consumo de alcohol y/o drogas, la violencia y la pobreza, aumentaron la vulnerabilidad infantil, esto sumado al consumo de sus pares, familiares y a la carencia de herramientas de afrontamiento, lo que acrecentó las probabilidades de que los niños y niñas consumieran sustancias adictivas. Además, aquellos infantes que residieron en zonas con alta oferta de alcohol, tuvieron más probabilidades de sufrir abandono.
- La caracterización referente a la socialización primaria de las y los participantes, indica que entre los tipos de familia, hubo pocos que se criaron en un entorno de familia nuclear; de ellas o ellos, algunos vivieron con una gran cantidad de hermanos, dichas familias carecían de recursos socioeconómicos, vivían en hacinamiento y con falta de acceso a servicios básicos.

- También, se puede caracterizar a aquellos/as que vivieron en familias uniparentales y reorganizadas, como niños o niñas en los que la ausencia de alguno de los progenitores significó una fuente de estrés capaz de aumentar la probabilidad de contraer enfermedades y disminuir la calidad de vida. Entre las razones de ausencia de alguno de los padres, se encontró la separación, está siendo provocada mayoritariamente por el consumo de sustancias. La carencia de herramientas para el afrontamiento y la salud mental de los niños y las niñas durante el momento de la separación o pérdida, les afectó en su autoestima, provocarles ansiedad, aislamiento y sentimientos de culpa.
- Se determinó que el tener un ambiente familiar saludable, y contar con el apoyo de ambos padres, no garantiza que la o el sujeto no llegue a experimentar problemas de consumo y/o condiciones socioeconómicas adversas como la situación de calle.
- Se evidenció en algunos de los participantes en el estudio que, pasaron por procesos de adopción, debido a que sufrían de abandono, cuidado negligente o agresiones físicas por parte de las personas que tenían su custodia. Sin embargo, en muchos casos al pasar a una nueva familia o institución, también fueron víctimas de violencia infantil.
- Los niños y niñas que fueron institucionalizados o que pasaron por centros de acogida, se vieron expuestas o expuestos al establecimiento de relaciones con vínculos débiles, de poca confianza y de apego inseguro; y, los vínculos que lograron crear durante su permanencia en estos centros, fue terminada abruptamente debido a que cuando llegan a la mayoría de edad, se ven obligados a retirarse de la institución, cortando todo lazo previamente forjado.
- Los primeros años de vida de la población en situación de calle participante se caracterizan por la presencia de violencia física, psicológica o sexual en la mayoría

de los casos. Existieron relaciones conflictivas con quienes les custodiaban, lo que desarrolló en ellas o ellos problemas personales, baja autoestima, conductas de irrespeto hacia la sociedad, agresividad, curiosidad sexual excesiva, depresión, prostitución, delincuencia, culpa, ansiedad, problemas en resolución de conflictos y estrés. Para lidiar con esta última consecuencia, varias y varios investigados iniciaron su consumo de drogas.

- La violencia que sufrieron los y las participantes en su infancia, sumada a la carencia de herramientas que fomentaran su resiliencia (cobertura de necesidades y servicios básicos, apoyo social y espiritual, buenas relaciones interpersonales, entre otras), afectaron de manera determinante el desarrollo de sus vidas, ocasionando las condiciones actuales (drogodependencia y situación de calle).
- La mayoría de las y los participantes recibió educación primaria, existiendo entre ellos mucha deserción por falta de incentivo docente y bajas calificaciones, por la influencia del patriarcado, el consumo de drogas relacionado a los grupos de pares, el *Bullying* y la pobreza extrema que derivó en trabajo infantil. Y, para quienes trabajaron siendo niños o niñas, el trabajo funcionó como un promovedor de roles y ambientes inadecuados para el desarrollo psico-afectivo saludable.
- La población participante, durante su infancia fue expuesta a violencia sexual, la que fue desde el abuso hasta las violaciones, y estuvo relacionada con la sobreexposición y la negligencia. Ello, derivó en personas más sexualmente curiosas que iniciaron sus relaciones sexuales en la niñez o pre-adolescencia.
- Estas personas no han contado con una vivienda propia en toda su vida (en la mayoría de los casos); por ello han debido alquilar y, muchas veces, se han enfrentado a condiciones de viviendas en inadecuadas condiciones estructurales o sanitarias, afectando de esta forma su salud.

- Las condiciones de trabajo afectan directamente el estado de salud de las personas, siendo así un factor que se debe mejorar para transformar las condiciones sociales en las que se encuentran las personas en situación de calle.
- El trabajo informal, se da a consecuencia de la ausencia de fuentes de empleo que brinden todas las seguridades sociales. Los ingresos generados por el trabajo informal que desempeñan las personas en situación de calle, no logra satisfacer las necesidades básicas de estas y estos, lo que agrava aún más las condiciones precarias en las que ya viven.
- Los estados migratorios, problemas legales, alteraciones físicas y el consumo de drogas favorecen a que estas personas en situación de calle se mantengan en desempleo. Y, el mantenerse en condición de desempleo, hace que las personas en situación de calle opten por realizar actividades ilegales.
- La educación ayuda a determinar las oportunidades de empleo que pueden tener estas personas, por lo que con mayor acceso a esta se mejoran las condiciones de trabajo y con esto mejoras en el estado económico, social y favoreciendo consecuentemente la salud de estas personas.
- La caracterización del apoyo social correspondió a un medio para identificar las redes sociales con que cuentan estas personas para mejorar su salud. Según lo referido en las narraciones biográficas, el apoyo social se encuentra presente a través de algunos miembros familiares, amigos o amigas y servicios que ofrecen instituciones públicas o religiosas, en el cual destaca la labor del Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle.
- El apoyo social se muestra reflejado en acciones que cubren necesidades básicas (alimentación, vestido, alojamiento para las noches), tramitación de beneficios sociales (pensiones, seguro social, becas de estudio, institucionalización a centros

de ayuda y obtención de documentos de identidad), consejerías y tratamiento para la dependencia, obtención de recurso económico y atención en los servicios de salud.

- La exclusión social se encuentra ligada a la pobreza, el desempleo y la drogodependencia, así como por encontrarse en situación de calle; lo que se da tanto en el ambiente familiar, laboral, los centros de salud y en el entorno en general. Esto se convierte en un círculo vicioso en el cual la persona no encuentra una salida más que el dejar el consumo de drogas, lo que afecta gravemente su salud.
- Los y las inmigrantes refieren sentirse excluidos socialmente con respecto a las oportunidades de trabajo y a los servicios de salud; en su mayoría por falta de documentos e información. Además, en el caso específico de las y los nicaragüenses, mencionan comentarios despectivos por parte de la sociedad costarricense. Esto ha vulnerado el autoestima de las personas, impidiéndoles reinsertarse en la sociedad y por ende, incorporarse a un sistema de salud que los rehabilite.
- Socialmente las personas drogodependientes y en situación de calle se sienten discriminados y rechazados por comentarios de las personas con las que se encuentran en la calle, quienes también les temen y no se relacionan con ellas o ellos por su apariencia física.
- Las y los investigados refieren agresión de parte de la policía ya que los excluyen y no los tratan como a los demás ciudadanos. Así mismo, refieren ser excluidas o excluidos en los centros de restauración y los centros penitenciarios del país, al no otorgarles el cuidado y el tratamiento adecuado para la restauración e inclusión social, es decir, determina la salud de estas personas de manera negativa.

- Las personas con orientaciones sexuales ligadas a su mismo sexo, refirieron agresiones, discriminación y exclusión por parte de la sociedad costarricense desde su niñez. Esto ha determinado en los mismos una carencia de autoestima que, sumado al hecho de ser personas en situación de calle y drogodependientes, originando una alteración en la salud mental.
- Se obtuvieron importantes narraciones en que se evidencia el consumo de sustancias psicoactivas en las personas en las etapas de la niñez y la adolescencia, lo cual representa una problemática importante si se toman en cuenta las posibles consecuencias que conlleva el consumo de sustancias a edades tempranas.
- La curiosidad y la presión de grupo destacan por ser factores de gran influencia en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, la ausencia de estrategias de afrontamiento, asertividad y habilidades para vida, se concretan como puntos clave en las decisiones tomadas por las personas participantes en el estudio.
- Se evidenció que dentro de la gran problemática del fenómeno de las drogas en Costa Rica, las estadísticas concuerdan con lo aludido por las y los participantes, los cuales refieren utilizar sobre todo medios laborales o delictivos con el fin de conseguir las sustancias de las que son dependientes. Por otro lado, llama la atención la afirmación acerca de la facilidad con que adquieren las drogas, para su posterior consumo directamente en las calles.
- El fenómeno del *Craving* sobresale como la principal razón de recaída en la utilización de drogas, al egresar o abandonar los centros de rehabilitación, así como el síndrome de abstinencia se encuentra fuertemente relacionado con la dificultad de cesar el consumo de sustancias psicoactivas. Empero, la indecisión y la preferencia adaptativa implican restricciones a la puesta en práctica de la voluntad de la o el individuo, lo cual viene a complicar la posibilidad de rehabilitación.

- Se observó que, a pesar de que más de un 50% de la población estudiada intentó realizar un cese de su consumo, e incluso utilizaron los servicios de los centros de rehabilitación, la totalidad recayó en la utilización de sustancias, y muchos de ellas o ellos se encontraban en descontento con las instituciones que les brindan apoyo durante su proceso de rehabilitación, ya sea por la duración de los programas, por el trato recibido, por las metodologías utilizadas, el seguimiento y las condiciones del egreso.
- La cantidad y calidad de la alimentación que tiene las personas en situación de calle está ligada con el funcionamiento de instituciones que se encargan de brindar este servicio a un costo muy por debajo del valor real, lo que les permite acceder a esta.
- La calidad de la alimentación afecta directamente las condiciones de salud de las personas y repercute en su desempeño laboral y por ende en su integración a la sociedad.

Al finalizar la lectura sobre los factores personales, interpersonales y sociales que han llevado a estas personas a la situación de calle, se alcanza como conclusiones lo siguiente:

- El factor que ha tenido mayor influencia para que estas personas vivan en situación de calle es la dependencia a drogas legales e ilegales, dentro de las cuales han tenido mayor causalidad el alcohol y la piedra de crack.
- Las y los participantes enfrentaron situaciones traumáticas en el transcurso de su vida, que han tenido repercusiones en la *percepción* sobre las personas que las y los rodean; esto los y las ha llevado a tomar decisiones que han influido en su actual situación de calle.

- Un concepto del *yo* basado en inseguridades, con inestabilidad emocional, personalidad introvertida, sentimientos de culpabilidad o rencores originados por vivencias pasadas, falta de metas y objetivos claros, son factores que contribuyeron para encontrarse en el estado actual.
- Las relaciones de pareja conflictivas, separaciones y divorcios fueron señalados como factores que han tenido influencia para que las personas perdieran su dinero, su casa o su familia y posteriormente quedaran en situación de calle.
- La inadecuada *interacción* familiar es señalada como uno de los factores que ha tenido influencia para que estas personas hayan llegado a esta situación, ya que algunos de ellos y ellas no tuvieron adecuada *comunicación* en su ambiente familiar, no cumplieron su *rol* dentro de la misma, e incluso enfrentaron rechazo por parte de sus parientes.
- Se señala a la legislación existente en tema de drogas, la separación de bienes en casos de divorcios y a la supervisión de empresas en el tema de evasión al Régimen de Pensiones de la CCSS como factores que han tenido influencia en la situación de calle, ya que estas situaciones en casos específicos han afectado a las personas participantes.
- El *status* social bajo al cual pertenecen la mayoría de las personas participantes, tuvo influencia en la situación que enfrentan en la actualidad, ya que las condiciones de pobreza, limitaciones en la educación y falta de oportunidades de empleo influyeron en el tema de calle.

Al identificar las distintas drogas legales e ilegales que han consumido estas personas. Se puede afirmar lo siguiente a manera de conclusión:

- El alcohol y el tabaco sobresalen como sustancias de mayor prevalencia entre la población en situación de calle, lo cual concuerda con la teoría y las estadísticas nacionales. De la misma manera, por medio de las narraciones biográficas es posible inferir que el consumo de tabaco no es considerado como una droga importante, por lo cual el cese de su consumo en general no es una prioridad para las y los usuarios del mismo.
- Existen altos porcentajes de consumo de drogas ilegales en esta investigación, según lo referido por las y los participantes. Asimismo, se evidencia amplio uso de sustancias combinadas y policonsumo, lo cual da como resultado una serie de efectos importantes para la vida de las y los participantes.
- Los altos índices de consumo de crack se encuentran en contraste con la teoría, que coloca la marihuana como la sustancia ilegal más utilizada en el continente Americano; sin embargo, los resultados obtenidos en el presente estudio son concretos en ese sentido, ya que muchas de las personas refieren su uso en el pasado o presente, sin que con esto se afirme que el número de usuarias o usuarios de cannabis sea menos importante.

Se presentaron también las consecuencias generadas por el consumo de drogas que mantienen estas personas. Por lo que se adquirieron las siguientes conclusiones:

- Dentro de las consecuencias físicas del consumo de drogas se encuentra principalmente la ansiedad relacionada con la dependencia física y el síndrome de abstinencia. Esto genera nerviosismo en dichas personas; refieren además, que sienten la necesidad imperiosa de consumir y les afecta el peso corporal, ya que les aumenta y les disminuye el apetito.

- Entre los problemas físicos se mencionan los cardiovasculares, al igual que el temor de padecer enfermedades relacionadas con el miocardio. Esta enfermedad a su vez, se relaciona con los problemas respiratorios que algunas de estas personas mencionaron, relacionado de igual forma con el tabaco. Además, mencionan granos y sangrado nasal producto de la inhalación de cocaína. Por último, se describen problemas del hígado como la cirrosis relacionada al consumo de alcohol, así como problemas estomacales, ya que refieren gastritis, náuseas y vómito por el alcohol y drogas en general. En miembros inferiores se encuentran problemas por consumo de alcohol, como por ejemplo problemas articulares y disminución de la densidad ósea, lo que puede estar relacionado de igual forma con una inadecuada alimentación.
- Las personas colaboradoras mostraron desinterés por lo que el contenido o la calidad de las drogas pudieran causar en su organismo; además, descuido por la apariencia física y falta de higiene.
- Algunas o algunos participantes mencionaron efectos tanto positivos como negativos del consumo de drogas durante su jornada laboral. De igual forma, se considera que las drogas son un problema potencial para la salud y la seguridad de los individuos durante su trabajo, especialmente en labores de alto riesgo para el individuo.
- El efecto de las drogas tiene también repercusiones a nivel sexual, esto asociado a prácticas riesgosas, enfermedades o embarazos no deseados. Se refiere entonces, que por el consumo de drogas no se utilizan métodos de protección para enfermedades de transmisión sexual, además genera impotencia sexual y partos prematuros.

- A nivel psicológico se mencionan solamente consecuencias negativas, y las mencionadas más frecuentemente fueron alucinaciones tanto visuales como auditivas. Además refieren cambios emocionales abruptos, depresiones, pensamientos e intentos de suicidio y autolesiones, entre otros. En algunos casos se han requerido internamientos psiquiátricos.
- El consumo de drogas es un factor de estrés para las y los investigados ya que produce ansiedad y deseos de consumir. Sin embargo, algunos de ellas o ellos lo utilizan para amortiguar el estrés, lo cual convierte el fenómeno de las drogas en un círculo vicioso.
- Las consecuencias a nivel social del consumo de drogas están muy ligadas a la exclusión social, ya que son víctimas de rechazo, exclusión y discriminación como consecuencia de efectos generados por estas sustancias, como por ejemplo la situación de calle, falta de higiene, problemas psicológicos, entre otros.
- Los conflictos familiares fueron frecuentemente mencionados como una consecuencia del consumo de drogas. Estas personas se sienten rechazadas, e incomprendidas por parte de sus familiares; además se afirma que, debido al consumo, han decidido alejarse de sus familias, conllevando a sufrimiento y desesperanza.
- Una consecuencia positiva originada por el consumo de drogas se asocia a lo referido por un participante, en el cual su dependencia ha originado en sus hijos e hijas, se alejen de dicha práctica.
- A nivel interpersonal los participantes mencionan como una consecuencia positiva que el consumo de drogas les ha permitido conocer la realidad que enfrentan otras personas en la misma situación y esto ha generado un aprendizaje personal. Sin embargo también mencionan la pérdida de amistades significativas y el

establecimiento de relaciones negativas que los y las continúan induciendo al consumo de drogas.

- La consecuencia negativa del consumo de drogas más marcada a nivel personal, fueron los sentimientos de tristeza generados a partir de la dificultad para cesar el consumo. Refieren sentir que la droga les controla la voluntad, les anula la personalidad, y no pueden detener el consumo. Esta dependencia constante y las recaídas, tiene como consecuencia que descuiden sus responsabilidades como el trabajo y estudios, así como metas, pertenencias materiales, proyectos personales y distanciamiento de sus creencias religiosas.

Enfermería a través de la teoría propuesta por King (1984) identificó los factores limitantes para superar la situación de calle, presentados por medio de los tres grandes sistemas en los que se encuentra inverso el ser humano. A continuación se presentaran las conclusiones logradas:

- El consumo de drogas correspondió a la principal limitación para superar la situación de calle. A través de los relatos, se evidenció que se ha creado una inadecuada *percepción* de la realidad, a causa de dicha drogodependencia. Esta situación ha originado cambios significativos en la manera a través de la cual se define la persona, trayendo consigo alteraciones en los otros sistemas (*interpersonal y social*).
- Las personas mostraron un mal *concepto del yo*. Se han creado una mala percepción hacia sí mismos o mismas, entorpeciendo el proceso para alcanzar sus metas. Este *concepto del yo* se ve influenciado además por la *organización* social actual, dado a que las otras personas señalan negativamente a las y los participantes, perjudicando su conceptualización personal.

- Se evidencia cómo limitación la percepción que tienen estas personas sobre su *imagen corporal*, considerada como inadecuada debido a la descripción que realizan la sociedad sobre la apariencia física que presentan. Esto trae como consecuencia debilitamientos al *concepto del yo*, favoreciendo un estancamiento emocional y la pérdida de motivación.
- La permanencia en un *espacio* que favorece el consumo de drogas afecta significativamente la superación de la situación de calle. Las *interacciones humanas* que se realicen dentro de un determinado *espacio* tienen muchas influencias en el actuar de la persona. Si este ambiente sostiene el consumo, muy fácilmente las personas continuarán en dicha dependencia.
- Muchas de las personas mantienen malas *interacciones humanas*, esto se ve reflejado principalmente en la carencia de apoyo por parte de la familia, amigos, amigas y personas en general. Creando entonces, un espacio inapropiado para compartir intereses y lograr objetivos de manera conjunta.
- La presencia de inadecuadas *transacciones* limita el cumplimiento de metas, debido al tipo de *interacciones humanas* y la poca *comunicación* que caracteriza a esta población. Esto se ve aumentado además por la ausencia de personas de confianza en este proceso y la *percepción* que ellos u ellas manejan respecto a la situación de calle y el consumo de drogas.
- La ausencia de un trabajo digno tiene como consecuencia una posición social inferior y la no identificación de un *rol* social. La falta de oportunidades es originada según las y los participantes por la *autoridad* y el *poder* que tiene otras personas, que no les ofrecen un trabajo por el consumo de drogas que conservan.
- La falta o la inadecuada forma para *tomar decisiones* limitan la superación de la situación de calle, debido a que facilita el conformismo y la aceptación. Cabe

indicar además, que esta capacidad se encuentra condicionada por el consumo de drogas.

Tomando en cuenta las diferentes vivencias que tienen las personas en situación de calle es importante mencionar las conclusiones obtenidas:

- A pesar de estar inmersos en un entorno social de mucho progreso económico y mejoras en tecnología y salud, las condiciones en las que viven estas personas son sumamente precarias y las vivencias relatadas logran evidenciar esta brecha de desigualdad a las que se enfrentan diariamente.
- Las experiencias de cada persona transforman el carácter y la forma cómo los individuos enfrentan las situaciones cotidianas, por lo cual se generan aprendizajes particulares que, en ocasiones permiten sobrellevar las condiciones de vida dificultosas.
- Las vivencias en muchas ocasiones son enfrentadas con el consumo de drogas, ya que es una forma de mitigar la precariedad de las circunstancias en las que estas personas deben desarrollarse cada día.
- Las personas en situación de calle se ven vinculadas directamente con la problemática de violencia, ya que forma parte del entorno en el cual se deben desenvolver, y los hace vulnerables a sufrir las consecuencias del mismo como el maltrato psicológico, abuso y sentimientos suicidas.

## Capítulo VI: Recomendaciones

### Recomendaciones para el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

- Incluir en las instituciones que atienden a las personas drogodependientes, personal preparado y profesional que incluya los servicios de enfermería (principalmente), medicina y psicología, así como otras áreas de interés; al que se le sensibilice y capacite constantemente para brindar un trato y asistencia de calidad.
- Efectuar consultas de salud con una visión integral hacia el usuario o usuaria, incluyendo aspectos de índole físico, personal, interpersonal y social. De manera que se les brinde ayuda para enfrentar cualquier alteración generada por la experiencia de consumo.
- Efectuar un mayor control sobre el presupuesto económico destinado a los diferentes Centros de Atención Integral para el tratamiento o la rehabilitación de las drogas, considerando estrategias que justifiquen el gasto de dinero en los objetivos propuestos en los planes de gestión.
- Incentivar la creación de Centros de Atención con diferentes estrategias metodológicas para el tratamiento y la rehabilitación del consumo de drogas, como por ejemplo, de intervenciones breves, tratamientos cognitivos, programas de desintoxicación, de apoyo comunal, de control y seguimiento familiar, entre otras. Y a la vez, realizar campañas publicitarias para divulgar en la población costarricense la diferencia entre instituciones, de manera que las personas acudan al servicio con una buena *percepción* desde el inicio, evitando la deserción del programa.
- Velar por la elaboración de reglamentos en las instituciones de tratamiento y rehabilitación, que implementen inicialmente una valoración de los intereses que

posee cada usuario o usuaria. Esto con el fin, de garantizar una adherencia al tratamiento y, en caso necesario, se le refiera a otro centro cuya metodología y filosofía se encuentre más acorde a dichos intereses.

- Dado que las personas consumidoras presentan el fenómeno de *Craving* y de abstinencia producto de su consumo prologando, es recomendable utilizar en aquellos centros de atención que manejan programas de desintoxicación, estrategias de reducción de daños (debido a que las personas en sus relatos refirieron la *percepción* de consumo como necesidad vital), y que además consideren dentro del programa las recaídas que usualmente experimentan.
- Crear normativas de los cuales, tengan en consideración las instituciones de tratamiento y rehabilitación, el futuro inmediato de las personas al ser egresados u egresadas de sus tratamientos (sobre todo en lo respectivo a la ubicación de una residencia, redes de apoyo y oportunidades laborales). Asimismo como brindar un seguimiento constante para asistirlos en caso de recaídas.
- Fomentar la educación, de manera enfática en las y los niños y adolescentes, acerca del consumo de drogas y las posibles consecuencias de utilizar estas sustancias, dejando de lado los tabúes y utilizando técnicas innovadoras de enseñanza que permitan la creación de herramientas para la resistencia a la presión del grupo de pares, destrezas en el afrontamiento a situaciones difíciles o desagradables, y habilidades para la vida.
- Realizar campañas educativas sobre la temática de drogas en la población adulta que favorezcan un mejor aprendizaje, adecuándolas según las edades y nivel educativo. Deben tener como principal objetivo que esta población conozca la realidad sobre la drogodependencia, las instituciones en las que se puede buscar

guía y apoyo, y las formas de prevención (erradicando la idea que el inicio se da solamente en edades tempranas).

- En conjunto con el ICD, promover la investigación en lo referente a la utilización de drogas en la población adulta, el policonsumo, la combinación de drogas y el uso de sustancias de venta libre como inhalantes. Esto debido a que la cantidad de estudios acerca de estas temáticas es escasa y los datos que se puedan obtener al respecto, serían de gran importancia para una mejor comprensión del fenómeno de las drogas en el país.
- Asegurar el apoyo, contención y acompañamiento en el caso de aquellas mujeres drogodependientes en periodo de gestación, previniendo mayores dificultades, dada su situación, y promoviendo la salud materno-infantil.
- Establecer un mayor contacto con las organizaciones de índole religioso para crear una unión que facilite el tratamiento de la drogodependencia de manera conjunta. Siempre y cuando, se respete la creencia religiosa que práctica cada persona.
- Los centros que asisten a las personas con drogodependencias, deben de incluir en sus programas de tratamiento, estrategias orientadas al fortalecimiento del *concepto del yo*, a través de temáticas como: proyecto de vida, seguridad en sí mismos y mismas, autoestima y superación personal. Esto les permitiría fortalecer su identidad, tomar conciencia de la realidad en la que se encuentran y realizar acciones según los intereses personales.
- Realizar consejerías familiares, organizadas por las entidades de tratamiento y rehabilitación, que favorezcan el dialogo para la negociación, el perdón y la buena *comunicación* entre el o la usuaria con sus allegados. Así, se recuperaría el vínculo de apoyo, comprensión y protección que caracterizan a las familias.

- Introducir dentro de las instituciones de atención capacitaciones sobre el establecimiento de buenas *interacciones humanas* (incluyendo relaciones de pareja y de amistad), con el fin de que la persona valore los beneficios o perjuicios que puede traer consigo la elección de estos lazos afectivos.
- Los equipos que asisten a las personas con problemas de drogodependencia, deben ejecutar talleres educativos que promuevan la *toma de decisiones*: reflexionando sobre los estilo de vida y realidad social, definiendo objetivos claros y realizables, eligiendo cursos de acción y valorando las soluciones a los posibles obstáculos que puedan presentarse durante la consecución de sus metas.

### **Recomendaciones para el Instituto Costarricense sobre Drogas**

- Velar por la ampliación de la cobertura de programas educativos como: “Aprendiendo a valerme por mi mismo”, DARE y “Nuevos Horizontes”. De igual forma, se deben realizar estudios acerca del impacto que tienen estos programas en la sociedad costarricense, para que así se implementen cambios innovadores en los diseños metodológicos, ajustados a la realidad social.
- Brindar educación y herramientas a las personas que hacen uso de los programas de prevención de uso de drogas, que les permita enfrentar situaciones que impliquen sentimientos de curiosidad o presión por parte de los grupos de pares, por medio estrategias que se relacionen con la formación de la identidad, la resistencia a la presión, y la convivencia social.
- Realizar evaluaciones periódicas sobre la ejecución de los programas para la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas, identificando debilidades para realizar cambios de manera oportuna.

- Ejecutar investigaciones que contribuyan al conocimiento sobre el consumo de drogas en el país, brindando estrategias de acción para las instituciones que controlan su tráfico.
- Efectuar investigaciones sobre el consumo de drogas dentro de los Centros Penitenciarios.

### **Recomendaciones para la Municipalidad de San José**

- Continuar con el servicio que brinda el Centro Dormitorio y de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. Debido que sus acciones contribuyen a mejorar la calidad de vida de estas personas.
- Incluir dentro del personal del centro, un o una enfermera profesional que brinde atención, implementado el Proceso de Cuidado Enfermero (PCE, método que orienta la labor de enfermería). En el cual, por su contenido contribuiría en la mejora de las condiciones de vida en la población, porque identificaría necesidades, plantearía objetivos claros, realizaría acciones de cuidado y permitiría una evaluación continua.
- Procurar que el Centro Dormitorio y de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle establezca vínculos con la CCSS y el Ministerio de Salud para brindar más periódicamente atención en salud dentro de estas instalaciones que impulsen la prevención y manejo de enfermedades, la rehabilitación y la promoción de la salud.
- Propiciar estrategias de búsqueda de oportunidades de trabajo para estas personas, por medio de la negociación con empresas que se encuentran en el área capitalina.
- Realizar campañas en la ciudad que promuevan la sensibilización de la sociedad costarricense sobre la realidad que enfrenta esta población. Esto por medio de

galerías, foros, talleres y actividades recreativas que incentiven el buen trato y la equidad de oportunidades.

- Realizar actividades sociales, deportivas y culturales dirigidas a las personas en situación de calle. Esto con el fin, de lograr una sociedad más inclusiva y contribuir con la utilización del tiempo libre.
- Gestionar que el Centro Dormitorio y de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle realice un mayor contacto con las y los funcionarios del IAFA encargados de los programas educativos, para implementar capacitaciones sobre manejo de emociones (depresiones, despecho, soledad, celos, culpa, entre otros), estrategias de afrontamiento (violencia, abuso, deseos suicidas y autolesión, baja autoestima, entre otros) y habilidades para la vida (comunicación, administración del tiempo libre y del recurso económico obtenido).

### **Recomendaciones para la Asamblea Legislativa**

- Fomentar proyectos de ley que faciliten a las personas en situación de calle, obtener un trabajo digno. Considerando trámites burocráticos como hojas de delincuencia, documentos de identificación, residencias, cartas de recomendación, que según las y los participantes son aspectos que les limitan obtener algún puesto laboral.
- Considerar dentro del Presupuesto Nacional, el fortaleciendo del Centro Dormitorio y de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. Esto para extender la cobertura del servicio, atender necesidades e impulsar soluciones.

### **Recomendaciones para la Defensoría de las y los Habitantes**

- Difundir en todas las instituciones del país el respeto y el cumplimiento de los derechos humanos de las personas en situación de calle, incluyendo casos de extranjeros o extranjeras o con diversidad en su orientación sexual.
- Implementar en los centros de acogida para esta población, programas que difundan información sobre los derechos y deberes que gozan todas las personas en el país. Incluyendo beneficios y procedimientos para obtenerlos.
- Realizar campañas informativas y recreativas que promuevan la sensibilización de los derechos y los deberes de las personas en situación de calle. Así, esto contribuiría con la disminución del estigma social caracterizado hacia esta población.

### **Recomendaciones para el Tribunal Supremo de Elecciones**

- Crear un mayor acceso para que las personas en situación de calle tengan participación política a través del ejercicio del derecho al sufragio, de manera que no se sientan excluidas o excluidos tanto por las instituciones donde se realizan dicha actividad, así como de las personas que les atiendan.

### **Recomendaciones para las Instituciones que controlan el tráfico de drogas (Ministerio de Seguridad Pública, Policías de Control de drogas, Policía Municipal, entre otros)**

- Brindar capacitaciones que sensibilicen a las y los agentes de policía con respecto a la población en situación de calle, procurando que dicha educación esté ligada siempre al cumplimiento de sus deberes y no fomente la agresión.

- Reforzar los controles de vigilancia en los espacios que frecuentemente las personas compran y consumen las drogas en el área capitalina (calles, parques y hoteles tipo “búnker”). Esto con el fin de obtener ambientes libres de drogas.

### **Recomendaciones para la Junta de Protección Social**

- Incluir dentro de las instituciones a las cuales les brindan apoyo económico, los centros de acogida para las personas en situación de calle. Correspondiendo a un beneficio social dado que propicia lugares cómodos, seguros y libres de drogas para un sector vulnerable de sociedad costarricense.
- Incorporar dentro de sus estrategias publicitarias (anuncios de propaganda e impresión de billetes de lotería) la realidad en la que se encuentran las personas en situación de calle. Esto con la finalidad, de incentivar la sensibilización.

### **Recomendaciones para el Instituto Mixto de Ayuda Social y el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo**

- Impulsar la creación de proyectos de viviendas para familias de bajos recursos económicos, como también al acceso a créditos para dicha finalidad. Con ello, se garantiza que más familias obtengan una vivienda digna.
- Gestionar con las instituciones que brindan servicios públicos (agua potable, electricidad, telefónica, recolección de basura, entre otros) el goce de estos bienes, en aquellas viviendas que no lo posean (especialmente en zonas rurales y urbano marginales).

## **Recomendaciones para el Ministerio de Salud**

- Regular de manera más estricta la comercialización de medicamentos en establecimientos farmacéuticos, macrobióticas y supermercados, de manera que se prevenga tanto la venta, como el uso irresponsable de estas sustancias.
- Fortalecer los controles de vigilancia sobre aquellos lugares comerciales que expenden drogas legales (alcohol y tabaco), para evitar que las y los menores de edad las utilicen.
- Incluir dentro de sus políticas, normativas y procedimientos públicos los conceptos de DSS. Esto con el fin, de promover una adecuada APS, especialmente en zonas rurales y urbanas marginales.
- Fortalecer las relaciones de apego y vínculo materno-infantil en mujeres consumidoras de sustancias, por medio de un programa enfocado en dar seguimiento al luego del egreso hospitalario de estas mujeres en su periodo posnatal. Dicho programa debe contar, por ejemplo, con equipos interdisciplinarios encargados de realizar visitas domiciliarias donde se diagnostique la evolución de la relación de apego.
- Elaborar una campaña de concientización sobre los riesgos del consumo y abuso de sustancias frente a la presencia de menores de edad para prevenir el aprendizaje directo por observación de familiares.
- Por medio de APS, brindar asesoría y seguimiento a la planificación familiar para prevenir familias numerosas que vivan en hacinamiento, condiciones de pobreza y se prevengan así las condiciones socioeconómicas adversas que decreciente el gradiente social de la población.
- Implementar estrategias educativas y campañas publicitarias que estimulen en la sociedad costarricense el contacto familiar, haciendo énfasis en la búsqueda de

soluciones cuando se presenten rivalidades, manejo de formas innovadoras para corregir a los hijos o hijas y el disfrute de tiempo de calidad.

### **Recomendaciones para el Instituto Nacional de Aprendizaje**

- Realizar proyectos educativos especializados para esta población, que faciliten la capacitación para lograr un oficio, que les permita ubicarse en un trabajo digno.
- Facilitar el proceso educativo por medio del otorgamiento de becas y seguimiento en el transcurso de la formación.
- Contribuir en la búsqueda de trabajos dignos terminado el proceso de enseñanza.

### **Recomendaciones para el Patronato Nacional de la Infancia**

- En conjunto con el Centro Dormitorio de Atención Primaria para Habitantes de Calle, analizar más detalladamente los casos cuando una persona en situación de calle es madre o padre, para que logren conservar un vínculo afectivo con sus hijos e hijas, debido a que esto podría permitir la identificación de un *rol* paternal/maternal que promueva la motivación y la satisfacción personal.
- En el caso de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en centros de acogida, se deben realizar capacitaciones para prevenir la violencia física, abuso sexual y el consumo de drogas.
- Realizar programas que faciliten el afrontamiento en estos niños, niñas y jóvenes la adaptación a las nuevas familias, en el caso de adopción. Involucrando consejerías y charlas informativas con los recientes padres y madres.
- Fortalecer el seguimiento que se realiza después de una adopción. Esto con el fin, de velar por la adaptación de él o la menor al nuevo hogar y evitar que sean

expuestos a familias con problemas sociales (violencia, consumo de drogas, entre otros).

- Cuando las personas egresan de los centros de acogida por ser mayores de edad, se recomienda reforzar el seguimiento que se realiza. En el cual, este debe ser periódico y riguroso para que estos o estas continúen con un desarrollo ideal, teniendo condiciones sociales óptimas para la salud, un trabajo digno y ambientes libres del consumo de drogas.
- Fortalecer normativas que permitan, en alianza con la CCSS, detectar a través del control prenatal o del post-parto inmediato, los casos de madres con problemáticas de índole social, para así realizar un seguimiento constante al hogar, identificar necesidades y solucionarlas interdisciplinariamente de manera oportuna.
- Intensificar las campañas publicitarias que promuevan la sensibilización de la población costarricense para denunciar los casos en que niños, niñas o adolescentes se encuentren en ambientes con presencia de drogas, abandono o violencia.
- Realizar un seguimiento de las y los menores de edad extranjeros que residen en el país, de manera que se conozcan sus condiciones sociales y lugares de residencia, y se garantice su acceso a la educación pública y a los servicios de salud.
- Mantener un control periódico de los centros de acogida para las y los menores de edad, sobre todo en cuanto a las estrategias reglamentarias y disciplinarias, que permitan evitar casos de maltrato, discriminación y descuido.

### **Recomendaciones para el Instituto Nacional de la Mujer**

- En alianza con la Municipalidad de San José, promover la educación a mujeres habitantes de calle sobre sus derechos y oportunidades para mejorar sus condiciones de vida.

- Incorporar dentro de las instituciones de educación y centros de atención para esta población, programas sobre la prevención y tratamiento de la violencia y abuso sexual hacia la mujer.
- Establecer vínculos con instituciones de salud públicas o privadas, para realizar capacitaciones sobre los derechos y deberes de las mujeres durante el periodo de embarazo.
- Continuar y fortalecer las estrategias que promuevan dentro de la sociedad costarricense la disminución de la ideas del patriarcado, partiendo del hecho de igualdad entre los géneros.
- Intensificar y promover, a través de medios publicitarios, la denuncia casos de violencia contra la mujer.

### **Recomendaciones para el Consejo Superior de Educación y el Ministerio de Educación Pública**

- Garantizar a las personas en situación de calle la continuidad de sus estudios a través de programas educativos adaptados a su realidad social y otorgamiento de becas.
- Aumentar la cobertura en la educación pública especialmente en zonas rurales y urbanas marginales, de forma tal que niñas, niños y adolescentes se mantengan en las aulas y finalicen sus estudios escolares y de educación media.
- Garantizar el apoyo económico para estudiantes de escuelas y colegios con el propósito de que tengan los medios necesarios para estudiar; para ello se debe mantener y reforzar programas del Fondo Nacional de Becas (FONABE) y el proyecto AVANCEMOS del IMAS.

- Establecer vínculos con el IAFA, para poder desarrollar programas acerca de la prevención o tratamiento del consumo de drogas, especialmente en aquellas escuelas, colegios y liceos nocturnos. En el cual, se incorporen estrategias metodológicas innovadoras de acuerdo a las edades de las y los estudiantes.
- Crear reglamentos que faculten a las y los profesores o al departamento de orientación de cada institución, la identificación de niños, niñas o adolescentes con problemas referentes al consumo de drogas, conflictos familiares, violencia y abuso sexual. Con ello se detectan a tiempo, se refiere y se le brindar atención.
- Incorporar dentro las instituciones educativas la figura de un o una enfermera profesional. En el cual se encargue de desarrollar una ideal APS en esta población. Identificando necesidades, brindando seguimiento y educación.
- Reducir la estigmatización que gira alrededor de las personas en situación de calle, brindando educación real del fenómeno de las drogas y las consecuencias de las mismas en las aulas, de manera que se reduzca la violación de sus derechos a consecuencia de este rechazo social en el que viven.
- Intensificar los planes de estudio de Educación para el Hogar, para que desarrollen a plenitud la importancia de la unión familiar, por medio de nuevas estrategias que incentiven la buena convivencia y el establecimiento de adecuados vínculos afectivos.
- Implementar estrategias en los centros educativos que permitan establecer un vínculo entre las madres y padres de familia con la institución, para que con ello, se construya una adecuada comunicación con el fin de buscar soluciones a las situaciones conflictivas que posea el o la estudiante durante su formación.
- Incluir dentro de su planeación educativa de orientación o psicología la enseñanza de tácticas innovadoras sobre las medidas de afrontamiento ante el estrés, duelo,

culpa, separación de padres, violencia doméstica, agresión y abuso sexual. Así, se promoverá la resiliencia en los niños, niñas y adolescentes.

- Continuar y reforzar las estrategias utilizadas en la actualidad para combatir el fenómeno del *Bullying* en los diferentes centros educativos, por medio de la capacitación de las y los profesores, y la evaluación de los contenidos desarrollados con el estudiantado.
- Incluir en los planes educativos de las niñas, niños y adolescentes temáticas integrales sobre sexualidad, de acuerdo a las necesidades presentadas y el contexto social en que se desenvuelven. Además, realizar evaluaciones periódicas de los contenidos.

### **Recomendaciones para la Caja Costarricense del Seguro Social**

- Realizar campañas dirigidas a dicha población, sobre el manejo y tratamiento de las enfermedades tanto físicas como psicológicas que pueden ser concomitantes, pero también pueden darse como resultado del consumo de drogas. Esto con el fin de divulgar información y disminuir dudas o mitos.
- Divulgar información a las personas en situación de calle (incluyendo a las y los extranjeros) para que acudan a los servicios de salud y se incluyan dentro de los beneficios que ofrece la institución.
- Crear proyectos que sensibilicen al personal de salud, de manera que se brinde a esta población una atención en salud considerando sus necesidades. Especialmente en el Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Calderón Guardia, Hospital México y Clínica Dr. Clodomiro Picado, ya que estos centros de salud, son los más frecuentados por ellos y ellas.

- Mantener las coberturas del seguro social y otorgamiento de pensiones para este tipo de población, debido a que constituyen un apoyo para enfrentar problemas físicos derivados de la adicción o su estilo de vida, y económico para satisfacer algunas necesidades.
- Realizar un mayor control sobre las cotizaciones de seguro social y pensión por parte de aquellos entes empleadores. Dado que las personas en estudio afirmaron que se encuentran en situación de calle por esta falta de regularización.
- Crear estrategias novedosas de promoción del control prenatal, de manera que las madres acudan con mayor regularidad. Por otro lado, es recomendable establecer relaciones interinstitucionales en los casos de mujeres embarazadas que se encuentren en situación de calle.
- Incentivar proyectos de manera multidisciplinaria que promueva en las mujeres una adecuada nutrición maternal e infantil, medidas de afrontamiento ante problemáticas sociales, y estilos de vida saludables.

### **Recomendaciones para la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica**

- Gestionar una mayor apertura para que las y los estudiantes de enfermería realicen campos clínicos en los diferentes centros de atención que alberga este tipo de población. Esto con la finalidad, de hacer evidente el servicio de enfermería y contribuir en la mejora de las condiciones de vida.
- Coordinar con el IAFA y el ICD, la realización de investigaciones periódicas sobre las nuevas necesidades que pueden presentar estas personas.
- Implementar y evaluar talleres que promuevan los diferentes componentes conceptuales contenidos en la Teoría de Consecución de las Metas. Partiendo del hecho que para ayudar a las personas a salir de la situación de calle inicialmente se

debe considerar las limitaciones identificadas en el *sistema personal*, porque por él, la persona se define, y permite realizar acciones para alcanzar objetivos, dentro de un *sistema interpersonal y social*.

- Contribuir con la realización de estudios de casos. Con el fin de implementar el historial de enfermería para identificar necesidades y las redes sociales con que cuenta la o el investigado.
- Promover, dentro de la educación brindada por las y los estudiantes de enfermería en las escuelas y colegios, que se realicen talleres con contenido referente a la integración familiar, manejo del estrés y de la culpa, medidas de afrontamiento en el caso de separación de padres, duelo, violencia y consumo de drogas.

## Capítulo VII: Referencias bibliográficas

- Abarca, A. y Ruiz, N. (2014). *Análisis cualitativo con el ATLAS.ti*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Agustín, G. (2013). *Para que esperar, hombres*. Estados Unidos: Palirio
- Álape, C., Castaño, J., Castaño, L., Cely, E., Marín, J. y Ocampo, D. (2013). Abuso sexual y factores asociados en la población escolarizada perteneciente a una institución educativa de la ciudad de Manizales (Caldas), Colombia, 2012. *Archivos de Medicina*, 13(1). Recuperado de <http://issuu.com/umzl/docs/13-1>
- Alfonso, J., Huedo, T. y Espada, J. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Revista Anales de Psicología*, 25(2), p. 330-338. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v25/v25\\_2/15-25\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v25/v25_2/15-25_2.pdf)
- Álvarez, L. (2009). *Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo*. Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
- Amador G., Bejarano J., Mata D. (2000). *Análisis de los grandes problemas predominantes de Salud Pública en Costa Rica: acercamiento a la situación actual del problema de las drogas en Costa Rica*. Universidad de Costa Rica e Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Recuperado de <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/18%20Acercamiento.pdf>.
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Revista Psicología desde el Caribe* 30(1), p. 123-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

- Amor, P. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9(3), p. 519-539.
- Andrade, P., Pérez, C., Alfaro, L., Elba, M. y López, A. (2009). Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21(3), p. 243-250. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/243-250%20andrade.pdf>
- Añaños, F. (2005). *Representaciones sociales de los jóvenes sobre las drogas (alcohol, tabaco y cannabis) y su influencia en el consumo*. Madrid: Dykinson.
- Aronson, J. (2002). *Psicoterapia de reducción de daños: un nuevo tratamiento para problemas de drogas y alcohol*. Recuperado de: [http://centerforoptimalliving.com/documents/Libro\\_Tatarsky\\_3\\_final.pdf](http://centerforoptimalliving.com/documents/Libro_Tatarsky_3_final.pdf)
- Arriagada, I. (2005). *Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales*. Recuperado de: [http://aaps.org.ar/pdf/area\\_familia/Arriagada\\_familias%20cambiantes.pdf](http://aaps.org.ar/pdf/area_familia/Arriagada_familias%20cambiantes.pdf)
- Arrogante, O. (2014). *Estudio del bienestar en personal sanitario: relaciones con resiliencia, apoyo social, estrés laboral y afrontamiento*. España. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-Oarrogante&dsID=Documento.pdf>
- Arroyo, J. (2008). *Casa Hogar San José: una alternativa para personas indigentes por drogodependencia (una aproximación al análisis del Plan de Atención)*. Tesis para optar por el grado de Máster en Criminología con Mención en Seguridad Humana. Costa Rica: Universidad para la Cooperación Internacional. Recuperado de: <http://uci.ac.cr/Biblioteca/Tesis/PFGMCSH10.pdf>

- Arruabarrena, M. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. *Psychosocial Intervention*, 20(1), p. 25-44. Recuperado de [http://ac.els-cdn.com/S1132055911700321/1-s2.0-S1132055911700321-main.pdf?\\_tid=07941062-cde3-11e4-8663-00000aab0f6c&acdnat=1426733749\\_1d2001aa47d512d1e2cea681d1311986](http://ac.els-cdn.com/S1132055911700321/1-s2.0-S1132055911700321-main.pdf?_tid=07941062-cde3-11e4-8663-00000aab0f6c&acdnat=1426733749_1d2001aa47d512d1e2cea681d1311986)
- Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2011). *Código de Familia*. Recuperado de: [http://www.oas.org/dil/esp/codigo\\_de\\_Familia\\_costa\\_rica.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/codigo_de_Familia_costa_rica.pdf)
- Astúa, I. y Solano, P. (2000). *Indigencia: referentes generales en torno a este fenómeno social*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Costa Rica  
: Universidad de Costa Rica.
- Augusto, L. (2006). *Mito y Realidad de la Drogadicción*. (1ª ed.). Bogotá: San Pablo
- Barreat, Y. (2007). Estudio Psicosocial de la Indigencia en Mérida. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*. 16(1), 13-24. Recuperado de <http://www.Saber.ula.ve/bitstream/123456789/21872/2/articulo2.pdf>.
- Barreat, Y. (2004). Indigencia: Un síndrome Biopsicosocial. *Médico de Familia*. 14(1). Recuperado de [http://sovemefa.com/revistas\\_sovemefa/medico\\_de\\_familia\\_14\\_12006.pdr](http://sovemefa.com/revistas_sovemefa/medico_de_familia_14_12006.pdr).
- Barrionuevo, José (2012). Adicción al “paco” y transgresión a la Ley Penal en la Adolescencia. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

- Bedoya, M. y Giraldo, M. (2010). Condiciones de favorabilidad al maternaje y violencia materna. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2), p. 947-959, Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v8n2/v8n2a13.pdf>
- Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V. y Quinlan, M. (2010). Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200017)
- Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Panamericana.
- Bermúdez, E. (2011). *Mujeres inmigrantes y salud: testimonios colombianos*. España: Universidad de Valencia.
- Black, C. (2005). *Eso no me sucederá*. Colombia: Árbol
- Blázquez, M., Moreno, J. y García, M. (2010). Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicología y Salud*, 20(1), p. 65-75. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/Macarena-Blazquez-Alonso.pdf>
- Blázquez, M., Moreno, J. y García, M. (2009). Inteligencia emocional como alternativa para la prevención del maltrato psicológico en la pareja. *Anales de psicología*, 25(2), p. 250-260. Recuperado de <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/14437/1/84321.pdf>
- Bötger, H. (2007). *Mitos, prejuicios, y discriminación: la supremacía de lo biológico*. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v1n3/v1n3a06.pdf>
- Brasero, M., Canay, R. y Legisa, A. (2011). Consumo de Paco y otras Sustancias Psicoactivas en niños y niñas en situación de calle. *Psicología y Psicopedagogía*,

9(23), p. 1-29. Recuperado de <http://p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/view/149/260>.

Brenes, M. y Chacón, M. (2009). *Intervención con personas en situación de indigencia: Un análisis crítico en cuatro Organizaciones no Gubernamentales*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Buelvas, A. y Agudelo, A. (2011). *Gradiente social, envejecimiento y diagnóstico tardío del cáncer oral*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v29n3/v29n3a13.pdf>

Burrillo, G., López, E., Climent, B., Munné, P., Nogue, S., Pinillos, M. y Hoffman, R. (2013). Drogas emergentes (III): plantas y hongos alucinógenos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(3), p. 505-518.

Cabrera, V., Guevara, I. y Barrera, F. (2006). Relaciones Maritales, Relaciones Paternas y su Influencia en el Ajuste Psicológico de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 115-126. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012391552006000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012391552006000200011&lng=en&nrm=iso).

Caja Costarricense del Seguro Social. (2003). *Reglamento de políticas y normas*. Recuperado de: <ftp://ftp.ccss.sa.cr/pub/DGRRSSCS/Salud%20Ocupacional/Curso%20Basico%20Comisiones%20Mayo-2010/Material%20Vario/Bibliograf%EDa/Reglamento/REGLAMENTO%20GENERAL%20DE%20HOSPITALES%20NACIONALES.doc>

Caja Costarricense de Seguro Social. (1943). *Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social N° 17 del 22 de Octubre, 1943*. Recuperado de:

<http://costarica.eregulations.org/media/Ley%20Constitutiva%20de%20la%20Caja%20Costarricense%20de%20Seguro%20Social.pdf>

Campos, C. y Smith, M. (2004). *Técnicas de Diagnóstico Familiar y Comunal*. Costa Rica: UNED

Canales, J. (2013). *Suicidio: decisión definitiva al problema temporal: para dejar de sufrir, no es necesario que mueras*. Estados Unidos: Palibrio.

Caravaca, J. (2014). Crack: el inicio de la piedra en Brasil. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (1), p. 1-11. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/16182/15661#>

Castillo, K. (2012). Diseño para limitar: la percepción en la vida cotidiana. *Revista SCHEMA*, (2), p. 19-33. Recuperado de <http://www.polisemiadigital.com/schema/images/revista2/articulo01.pdf>

Castro, L. y Posada, S. (2008). El afecto y el cuidado como una experiencia de aprendizaje en familias víctimas de violencia intrafamiliar. *Panorama*, 2(5), p. 25-104. Recuperado de <http://journal.poligran.edu.co/index.php/panorama/article/view/255/235>

Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). *La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos*. Brasil. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n3/2277.pdf>

Centro de Integración Juvenil y Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. (2010). *Prevención de recaídas*. Recuperado de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualPrevRecaidas.pdf>

- Chamizo, J. (2006). *Vivir en la calle: informe especial sobre la situación de las personas sin techo en Andalucía*. Recuperado de <http://campusextens.es/educaciosocial/catala/docs/22.pdf>
- Comelles, J., Allué, X., Bernal, M., Rufete J. y Mascarella L. (2010). *Migraciones y Salud*. España: Publicaciones URV.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2010). *Panorama Social de América Latina*. Recuperado de [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1236/S2011800\\_es.pdf;jsessionid=0474F3471ACD71354A79F216118A4B74?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1236/S2011800_es.pdf;jsessionid=0474F3471ACD71354A79F216118A4B74?sequence=1)
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2011). *Informe del Uso de Drogas en Las Américas*. Organización de Estados Americanos. Recuperado de [http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso\\_de\\_Drogas\\_en\\_Americas2011\\_Esp.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf)
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2008). *Glosario de Drogas*. Chile: Gobierno de Chile.
- Cornejo, M., Mendoza, F. y Rojas, R. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *Psykhe*, 17(1), p. 29-39. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art04.pdf>
- Cuervo, A. (2010). *Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia*. Recuperado de: <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/163/245>
- Dapcich, V., Salvador, G., Ribas, L., Pérez, C., Aranceta, J. y Serra, L. (2001). *Guía de la alimentación saludable*. (2ª ed.). Recuperado de [http://www.nutricioncomunitaria.org/BDProtegidos/guia\\_alimentacion%20SEN\\_C\\_I\\_1155197988036.pdf](http://www.nutricioncomunitaria.org/BDProtegidos/guia_alimentacion%20SEN_C_I_1155197988036.pdf)

- De la Torre, T. (2013). *Violencia familiar y sexual: manual de orientación y prevención. Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo de Perú*. Recuperado de [http://www.desco.org.pe/sites/default/files/publicaciones/files/genero\\_violencia\\_selva\\_VF.pdf](http://www.desco.org.pe/sites/default/files/publicaciones/files/genero_violencia_selva_VF.pdf)
- Desmarais, D. (2010). El enfoque biográfico. *Cuestiones Pedagógicas*, 20, p. 27-54. Recuperado de [http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/20/art\\_02.pdf](http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/20/art_02.pdf)
- Diario Oficial La Gaceta. (2012). *Decreto de la Política del Sector Salud para el tratamiento de personas con problemas derivadas por el consumo del Alcohol, tabaco y otras Drogas en Costa Rica. Decreto ejecutivo No. 122*. Costa Rica. Recuperado de: [http://www.iafa.go.cr/sobre\\_iafa/normativa/Decreto\\_PoliticadelSectorSaludparaTratamiento.pdf](http://www.iafa.go.cr/sobre_iafa/normativa/Decreto_PoliticadelSectorSaludparaTratamiento.pdf).
- Elizondo, L. (2002). *Principios básicos de la salud*. (Vol. 1). México: Limusa
- Estado de la Nación. (2014). *Estadísticas de Centroamérica: indicadores sobre desarrollo humano sostenible*. Recuperado de [http://www.estadonacion.or.cr/images/stories/biblioteca\\_virtual/otras\\_publicaciones/ECA-2014.pdf](http://www.estadonacion.or.cr/images/stories/biblioteca_virtual/otras_publicaciones/ECA-2014.pdf)
- Estado de la Nación. (2013) *Estadísticas de Centroamérica: indicadores sobre desarrollo humano sostenible*. Recuperado de [http://www.estadonacion.or.cr/files/biblioteca\\_virtual/centroamerica/Estadisticas-de-Centroamerica-2013.pdf](http://www.estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/centroamerica/Estadisticas-de-Centroamerica-2013.pdf)
- Estado de la Nación. (2012). Recuperado de [http://www.estadonacion.or.cr/biblioteca\\_virtual/costa-rica/estado-de-la-nacion/informe-actual/informe-por-capitulo/capitulo-2\\_informe-actual](http://www.estadonacion.or.cr/biblioteca_virtual/costa-rica/estado-de-la-nacion/informe-actual/informe-por-capitulo/capitulo-2_informe-actual).

- Fanton, M. (2010). El maltrato a los pacientes adictos institucionalizados: reflexiones acerca del accionar iatrogénico de los "operadores socio-terapéuticos". *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-031/198.pdf>
- Feres, J. y Villatoro, P. (2012). *La viabilidad de erradicar la pobreza: un examen conceptual y metodológico*. Chile: Organización de las Naciones Unidas.
- Fernández, J. (2010). *Obstáculos o dificultades a la participación e implicación de «todos» los alumnos en las actividades escolares: un estudio sobre la percepción del profesorado*. Recuperado de: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3140495.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3140495.pdf)
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista Perifèria*, p. 1-16. Recuperado de: [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&sqi=2&ved=0CD8QFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.raco.cat%2Findex.php%2FPeriferia%2Farticle%2Fdownload%2F145012%2F196832&ei=hTixVNvOJYKbNsPLgMgJ&usg=AFQjCNG\\_ZW6b51GFqDqDwy\\_qCsECxfemt&sig2=oRmHJNh2q3CsgpzbFtPlmw&bvm=bv.83339334,d.eXY](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&sqi=2&ved=0CD8QFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.raco.cat%2Findex.php%2FPeriferia%2Farticle%2Fdownload%2F145012%2F196832&ei=hTixVNvOJYKbNsPLgMgJ&usg=AFQjCNG_ZW6b51GFqDqDwy_qCsECxfemt&sig2=oRmHJNh2q3CsgpzbFtPlmw&bvm=bv.83339334,d.eXY)
- Figueroa, D. (2005) Acceso a los alimentos como factor determinante de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 14(27), p. 77-86. Recuperado de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14292005000200009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292005000200009&lng=es&nrm=iso)
- Flores, E. (2010). Violencia doméstica. *Almenara*, (1). Recuperado de <https://sites.google.com/site/almenararevistasociologia/home/almenara-no-1--->

primer-semester-de-2009/contenidos-de-almenara-no-1---primer-semester-de-2009/violenciadomestica

Flores, L. (s.f.) *Red de relaciones significativas e intervención sistémica dirigida a jóvenes atrapados en ciclos adictivos*. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). *Estado mundial de la infancia: niños y niñas en un mundo urbano*. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/SOWC\\_2012-Main\\_Report\\_SP.pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2012-Main_Report_SP.pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2010). *La pobreza infantil: un desafío prioritario*. Recuperado de: <http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios10-CEPAL-UNICEF%281%29.pdf>

Foro Ciudadano de participación por la justicia y los Derechos Humanos (2008). *El concepto de trabajo decente*. Recuperado de: [http://2008.wddw.org/IMG/pdf/informe\\_trabajo\\_decente.pdf](http://2008.wddw.org/IMG/pdf/informe_trabajo_decente.pdf)

Freije, S. (2012). *El empleo informal en América Latina y el Caribe: causas, consecuencias y recomendaciones de política*. Recuperado de: <http://empresariosvenezolanos.com/EI%20empleo%20informal%20en%20A.L..pdf>

Gámez, M. y Calvete, E. (2012). Violencia filio-parental y su asociación con la exposición a la violencia marital y la agresión de padres a hijos. *Psicothema*, 24(2), p. 277-283. Recuperado de <http://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/view/9621/9366>

- Gamo, E. y Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), p. 455-469. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n2/11.pdf>
- García, J. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo: todo sobre la educación y prevención en el consumo de drogas entre adolescentes*. Madrid: EDAF.
- García, M. y Quispe, G. (2011). Situación socio ambiental de los adolescentes varones que consumen sustancias tóxicas. *Margen* (61). Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen61/garcia.pdf>
- Garrido, A., Ramírez, S., Vieira, M. y Jiménez, B. (2013). *Fundamentos sociales del comportamiento humano*. Barcelona: UOC.
- Gil, A. (2009). *Tratado de nutrición: nutrición clínica*. (2ª ed.). España: Panamericana.
- Gómez, E. (2005). *Entre amores y moretones: violencia física contra mujeres en el ámbito intrafamiliar*. Tesis de Maestría en Sociología. Colombia: Universidad del Valle. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2633/1/pag%2071-90%20amores%20y%20moretones.pdf>
- González, A. (2009). *Políticas y bienes sociales: procesos de vulnerabilidad y exclusión social*. Madrid: Fundación Foessa.
- González, J., Podlech, A., Ihle, S., Uribe, R. y Rodas, C. (2012). Utilidad del Minimental de Folstein para diferenciar simuladores de pacientes con cuadro amnésico de causa orgánica. *Revista Memoriza.com*, (9), p. 9-15. Recuperado de [http://www.memoriza.com/documentos/revista/2012/simulador2012\\_9\\_9-15.pdf](http://www.memoriza.com/documentos/revista/2012/simulador2012_9_9-15.pdf)
- González, M., Rey, L. y Oliva, L. (2009). Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa, Veracruz. *Revista Electrónica de Psicológica Iztacala*, 12(1), p. 10-31. Recuperado de:

<http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num1/Art2Vol12No1.pdf>

Guinea, F. (2012). *Aspectos esenciales en la transformación de los mercados de trabajo de los Países del Centro y Este de Europa*. España: Universidad Complutense. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/6855/1/0305.pdf>

Gutiérrez, E. y Gómez, J. (2009). *Primeros auxilios*. España: Editex.

Guzmán, M. y Contreras, P. (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *PSYKHE*, 21(1), p. 69-82. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v21n1/art05.pdf>.

Hernández, R. y Opazo, H. (2010). *Apuntes de Análisis Cualitativo en Educación*. Recuperado de: [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/Met\\_Inves\\_Avan/Materiales/Apuntes\\_Cualitativo.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes_Cualitativo.pdf)

Hernández, R., Fernández, X. y Batista, X. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª ed). México: McGraw-Hill.

Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A. y Mora, C., Escarpa, D., Pérez, M. (2009) La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Revista Intervención Psicosocial*, 18 (3), p. 199-212. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v18n3/v18n3a02.pdf>

Herrera, J. y Arena, C. (2010). *Consumo de alcohol y violencia doméstica contra las mujeres: un estudio con estudiantes universitarias de México*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a11v18nspe.pdf>

Hidalgo, M. (2012). *Niños, adolescentes y el camino hacia las adicciones. Una lectura desde el género*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/cccs/20/mh.html>

- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2014a). *Boletín Estadístico: cuarto trimestre 2014*. Recuperado de [http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/boletin\\_esta\\_uid/BE\\_2014/BE\\_UID\\_4-2014.pdf](http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/boletin_esta_uid/BE_2014/BE_UID_4-2014.pdf)
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2014b). *Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas*. Recuperado de [http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/Situacion\\_Nacional\\_Drogas2010.pdf](http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/Situacion_Nacional_Drogas2010.pdf)
- Instituto Costarricense Sobre Drogas. (2014c). *Inhalables*. Recuperado de: <http://www.icd.go.cr/portalicd/index.php/uid-observatorio/96-drogas-uid/279-inhalables>
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2013). *Plan Nacional sobre Drogas: Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017*. San José: Gobierno de Costa Rica.
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2012). *Anuario estadístico: control de la oferta de drogas*. Recuperado de [http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/UID\\_Anuario2012\\_Control\\_Oferta.pdf](http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/UID_Anuario2012_Control_Oferta.pdf)
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2010). *Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas*. Recuperado de [http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/Situacion\\_Nacional\\_Drogas2010.pdf](http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/Situacion_Nacional_Drogas2010.pdf)
- Instituto Costarricense Sobre Drogas. (2006a). *Benzodiacepinas*. Recuperado de: <http://www.icd.go.cr/portalicd/index.php/uid-observatorio/inf-uid/drogas/184-benzodiacepinas>

Instituto Costarricense Sobre Drogas. (2006b). *El Opio y sus Derivados*. Recuperado de: <http://www.icd.go.cr/portalicd/index.php/uid-observatorio/inf-uid/drogas/221-opio-y-derivados>

Instituto Costarricense sobre Drogas. (2006c). *LSD*. Gobierno de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.icd.go.cr/portalicd/index.php/uid-observatorio/96-drogas-uid/180-lsd>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). Canasta Básica Alimentaria. *Boletín mensual*, 7. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/A/MT/Econ%C3%B3micos/Canasta%20b%C3%A1sica%20alimentaria2004/Publicaciones/C0/07.Julio/A%C3%B1o%202014.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Encuesta Nacional de Hogares Julio 2013: Resultados Generales*. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/enaho/result/resultados.aspx>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2013). *Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria: Costa Rica 2012*. Recuperado de [http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/Consumo\\_drogas\\_juventud\\_escolarizada\\_2012\\_CR\\_IAFA.pdf](http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/Consumo_drogas_juventud_escolarizada_2012_CR_IAFA.pdf)

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012a). *Encuesta nacional 2010: consumo de tabaco*. Recuperado de <http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/EncuestaNac2010/Fascculo%201.%20Consumo%20de%20Tabaco.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012b). *Encuesta nacional 2010: consumo de bebidas alcohólicas*. Recuperado de

<http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/EncuestaNac2010/Fascculo%202.%20Consumo%20de%20Alcohol.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012c). *Encuesta nacional 2010: consumo de cannabis*. Recuperado de <http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/EncuestaNac2010/Fascculo%203%20Consumo%20de%20Cannabis.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012d). *Encuesta nacional 2010: consumo de crack y cocaína*. Recuperado de <http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/EncuestaNac2010/Fascculo%204%20Consumo%20de%20%20Cocana%20y%20Crack.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012e). *Encuesta nacional 2010: consumo de medicamentos*. Recuperado de <http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/EncuestaNac2010/Fascculo%205.%20Consumo%20de%20Medicamentos.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2009). *Consumo de drogas en Costa Rica resultados de la encuesta nacional 2006*. Recuperado de [http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/CRENCUESTA\\_NACIONAL\\_CONSUMO\\_DROGAS2006.pdf](http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/CRENCUESTA_NACIONAL_CONSUMO_DROGAS2006.pdf)

Instituto Vial Ibero-Americano. (2008). *I Congreso Ibero-Americano de Seguridad Vial: Recomendaciones de viaje*. Costa Rica.

International Narcotic Control Board. (2003). *Las drogas, la delincuencia y la violencia: los efectos a nivel microsocioal*. Recuperado de [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2003/AR\\_2003\\_Spanish.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2003/AR_2003_Spanish.pdf)

- Jiménez, A. (2014). Prevención más allá de la abstinencia. *Cuadernos Médico Sociales*, 54(1), p. 27-34. Recuperado de [http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2014/54/1/54\\_1\\_4.pdf](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2014/54/1/54_1_4.pdf)
- Jiménez, G. (2012). *Teorías del desarrollo III*. Recuperado de: [http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/Educacion/Teorias\\_del\\_desarrollo\\_III.pdf](http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/Educacion/Teorias_del_desarrollo_III.pdf).
- Jiménez, M. (2013). *La informalidad laboral en el sector formal: un análisis preliminar*. Recuperado de [http://www.economicas.unsa.edu.ar/ielde/download.php?file=items\\_upload/WPIelde\\_Nro10.pdf](http://www.economicas.unsa.edu.ar/ielde/download.php?file=items_upload/WPIelde_Nro10.pdf)
- Jordán, M., Molina, J. y Cristina, S. (2009). Drug use and risk factors among secondary students. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 17(2). Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200017&script=sci_arttext)
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2004). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2003*. Nueva York: Naciones Unidas.
- King, I. (1984). *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos*. México D. F.: Limusa.
- Kucera, D. y Roncolato, L. (2008). El trabajo Informal: Dos asuntos clave para los programas políticos. *Revista Internacional del Trabajo*, 127(4), p. 357-387. Recuperado de [http://www.ilo.org/public/spanish/revue/download/pdf/s2\\_kucera.pdf](http://www.ilo.org/public/spanish/revue/download/pdf/s2_kucera.pdf)
- La Gaceta. (1998). *El Código de la niñez y la adolescencia (Ley N° 7739)*. Recuperado de: <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/codigodelaninez.pdf>

- Laborí, J. y Terazón, O. (2009). *Lo social en el género: reflexiones para un debate*. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n3/san16309.pdf>
- Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Recuperado de: [http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_txostena/es\\_9033/adjuntos/informe\\_txostena14.pdf](http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf)
- Laguna, S., Caballero, C., Lewis, V., Mazuera, S., Salamanca, J., Daza, W. y Fourzali, A. (2007). Consideraciones éticas en la publicación de investigaciones científicas. *Salud Uninorte*, 23(1), p. 64-78. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n1/v23n1a08.pdf>
- Langer, A. (2002). *El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
- Lois, E. y Álvarez, J. (2010). Motivación y retención en un tratamiento de adicción a la cocaína. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2010*. Recuperado de [http://www.proyectohombreastur.org/fotos/Motivacion\\_Retencion2.pdf](http://www.proyectohombreastur.org/fotos/Motivacion_Retencion2.pdf)
- Londoño, C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*, 26(1), p. 27-33. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/91931/88551>
- López, F., Bulas, M., León, R. y Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17(3), p. 241-249. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/241-250%20fcalopez.pdf>
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias*. (3ª ed.). Madrid: Panamericana

- Machinea, J. (2008). *El alza de los precios de alimentos puede aumentar la pobreza y la indigencia en más de diez millones de personas en América Latina y el Caribe*. Recuperado de [http://www.ruta.org/documentos\\_no\\_indexados/Seguridad Alimentaria/NotaAlimentospobreza\\_FinalCEPALApr2008.pdf](http://www.ruta.org/documentos_no_indexados/SeguridadAlimentaria/NotaAlimentospobreza_FinalCEPALApr2008.pdf)
- Martín, A. y Cano, J. (2008). *Atención primaria*. Vol.1. (6ª ed.). España: EDIDE.
- Martínez, M., Estévez, E. e Inglés, E. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. *Revista Psicología.com*, 17(6). Recuperado de <http://www.uv.es/lisis/estevez/art13/psicologia-com-art13.pdf>
- McDowell, S. (2007). *Decisiones en un mundo donde todo cuenta*. Estados Unidos: B&H Publishing Group.
- Meneses, C. (2010). Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de Drogodependencia*, 35 (3), p. 329-344. Recuperado de [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n3\\_5.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n3_5.pdf)
- Meneses, C. y Charro B. (2000). *Los programas de mantenimiento con metadona en Madrid: evolución y perfil de los usuarios*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Meyer, M. (2007). Estilos de afrontamiento en situaciones de tristeza en estudiantes de la Universidad Iberoamericana mediante el Coping Inventory of Depression (CID). *Revista Iberoamericana*, 15(1), p. 24-33. Recuperado de <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic15-1.pdf#page=25>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2010). *Costa Rica: Objetivos de desarrollo del milenio, II Informe País*. Recuperado de <http://www.mideplan.go.cr>.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011). *Guías Alimentarias para Costa Rica*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/libros/nuticionactualizado.pdf>

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Guía sobre Drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moiso, A. (2007). *Fundamentos de la salud pública*. Argentina. Recuperado de: [http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos\\_de\\_la\\_salud\\_publica/cap\\_6.pdf](http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_6.pdf)
- Molina, A. (2012). Aplicaciones de la obra de Jon Elster en los tratamientos de rehabilitación de personas con problemas de adicciones: mecanismos, emociones y la toma de decisiones en los límites de la irracionalidad. *Revista Adicción y Ciencia*, 2(1). Recuperado de [http://www.adiccionyciencia.info/a\\_molina\\_v2\\_n1.html#subir](http://www.adiccionyciencia.info/a_molina_v2_n1.html#subir)
- Moncada, S. (2009). La prevención en tiempos de crisis. *Revista Española de Drogodependencia*, 34(4), p. 372-375. Recuperado de [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v34n4\\_ed.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v34n4_ed.pdf)
- Morán, R. (2006). *La Criminalidad en Puerto Rico: causas, tratamiento y prevención*. Puerto Rico: Isla Negra.
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico *Revista de Psicología*, 29(2). Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472011000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472011000200001&script=sci_arttext)
- Moreno, J. (2002). *Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil*. Recuperado de: [http://www.um.es/analesps/v18/v18\\_1/08-18\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/08-18_1.pdf)
- Moyano, E. (2010). Salud mental en indigentes. *JANO*, p. 113-117. Recuperado de [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1764/113/01130117\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1764/113/01130117_LR.pdf).

- Municipalidad de San José. (2014). *Programas sociales: Centro Dormitorio y Atención Primaria para Habitantes de Calle*. Sitio web oficial de la Municipalidad de San José. Recuperado en: [https://www.msj.go.cr/servicios\\_municipales/SitePages/servicios\\_sociales.aspx#SenMatInd](https://www.msj.go.cr/servicios_municipales/SitePages/servicios_sociales.aspx#SenMatInd).
- Municipalidad de San José e Instituto Mixto de Ayuda Social. (2005). *La indigencia en San José: Características de las Personas en Situación de Indigencia*, p. 2-4
- Muñoz, A. (2005). *La familia como contexto de desarrollo infantil; dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social*. Recuperado de: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/505/b1518923.pdf?sequence=1>
- Murillo, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (24). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/448/44826081006.pdf#78ii8i8i88888>
- Navarro, O. y Gaviria, M. (2009). Representaciones sociales del habitante de la calle. *Universitas Psychologica*, 9(2). Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672009000200004&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200004&lng=pt&tlng=es)
- Neckelmann, M. (2009). *El efecto protector de la religión frente al consumo de alcohol y drogas en adolescentes chilenos*. Tesis para optar por el Grado de Maestría en Sociología. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: [http://www.academia.edu/7111119/El\\_efecto\\_protector\\_de\\_la\\_religi%C3%B3n\\_frente\\_al\\_consumo\\_de\\_alcohol\\_y\\_drogas\\_en\\_adolescentes\\_chilenos](http://www.academia.edu/7111119/El_efecto_protector_de_la_religi%C3%B3n_frente_al_consumo_de_alcohol_y_drogas_en_adolescentes_chilenos).
- Netzahualcoyotzi, C., Muñoz, G., Martínez, I., Florán, B. y Limón, I. (2009). La marihuana y el sistema endocanabinoide: de sus efectos recreativos a la

- terapéutica. *Revista Biomédica* 20(2), p. 128-153. Recuperado de <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb092026.pdf>
- Nunes, M., Rigotto, D., Cardoso, H. y Rueda, F. (2012). Soporte Social, familiar y autoconcepto: Relación entre los constructos. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), p. 1-18. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a02.pdf>.
- Obando, O., Villalobos, M. y Arango, S. (2010). Resiliencia en niños con experiencias de abandono. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), p. 149-159. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v13n2/v13n2a13>
- Oficina Internacional de Trabajo. (2009). *Panorama Laboral 2008: América Latina y el Caribe*. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_179577.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_179577.pdf)
- Ojeda, A. (2010). El impacto de la investigación en la vida social de los grupos y las personas. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), P. 5-7. Recuperado de <http://uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic18-2.pdf#page=29>
- Ojeda, M. (2007). *Ética una visión global de la conducta humana*. México: Pearson
- Olcina, J. y Llorens, R. (2013). Bebidas alcohólicas, una droga en el supermercado. *Revista Española de Drogodependencia*, 38(4), p. 357-375. Recuperado de [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v38n4\\_3r.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v38n4_3r.pdf)
- Ordóñez, B. (2012). ¿Callar o gritar? El dilema de la mujer maltratada ¡Un clamor en el silencio! *Revista Científica Teorías, Enfoques y Aplicaciones en las Ciencias Sociales*, 5(10), p. 93-105. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4736118>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2010). *Atención y educación de la primera infancia, informe regional*. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001892/189212s.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Temas de Salud: nutrición*. Recuperado de:  
<http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Maltrato infantil y alcohol*. Recuperado de  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/factsheets/fs\\_child\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_child_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Temas de Salud: Género*. Recuperado de  
<http://www.who.int/topics/gender/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2008a). *La atención primaria de la salud: más necesaria que nunca*. Recuperado de:  
[http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2008b). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de:  
[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Irrefutables. Política de Salud para Todos en Europa*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2009a). *Mortalidad materna y neonatal en ALC y estrategias de reducción*. Recuperado de: [http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis\\_situacionmortalidad\\_en\\_alc.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2009b). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia\\_drogas\\_web.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Investigación Cualitativa en Enfermería: contexto y bases conceptuales. Serie PALTEX salud y sociedad 2000, (9)* Washington: Universidad Federal de Santa Catarina-UFSC.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Salud en las Américas*. Recuperado de: [http://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=256&Itemid=](http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=256&Itemid=)
- Orlandini, A. (2012). *El estrés: Qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de cultura económica
- Ortega, A., Reyes, G., Vargas, X. y Rivera, A. (2009). Percepción de la ciudadanía hacia los indigentes en Pachuca Hidalgo. *Revista Científica Electrónica de*

*Psicología* 8(31). Recuperado de:

[http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI\\_ProcCogn/Norma\\_Orte/5.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_ProcCogn/Norma_Orte/5.pdf)

Ortega, C., Lobo, M. y Pereira, G. (2011). Perfil epidemiológico de la drogadicción en estudiantes universitarios. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19.

Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000700002&script=sci\\_arttext&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000700002&script=sci_arttext&tlng=p)

Ortiz, N. y Silva, M. (2005). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Rev. Latino-am Enfermagem*, (13), p. 903-911.

Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea19.pdf>

Pachón, X. (2009). *La infancia perdida en Colombia: los menores en la guerra*.

Recuperado de:

<http://pdba.georgetown.edu/CLAS%20RESEARCH/Working%20Papers/WP15.pdf>

Palomo, P., Grande, M. y Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), p. 71-91.

Recuperado de: <http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/08/laSaludYSusDeterminantes.pdf>

Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), p. 85-95.

Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100009&script=sci_arttext)

Paravic, T. (2010). Enfermería y globalización. *Ciencia y enfermería*, 16(1), 9-15.

Recuperado de <http://www.scielo.cl/scielo>.

Pede, V. (2007). *Drogas ¡Mi hijo consume! ¿Qué hacer?* Argentina: Editorial Lulu.com

- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), p. 135-144. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1702.pdf>
- Picado, M. (2006). *Un acercamiento a la Evaluación Cualitativa*. San José: EUCR.
- Pilar, E. (2011). *La prevención de las drogodependencias: los medios de comunicación: cómplices necesarios*. (1ª ed.). Barcelona: Eramus.
- Pinheiro, P. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/Informe\\_Mundial\\_Sobre\\_Violencia\\_1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf).
- Pinzón, A., Ross, W., Botero, J. y Barquero, M. (2009). Prevalencia y factores asociados a enfermedades de transmisión sexual en menores explotados sexualmente en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud pública*, 11(3), p. 468-479. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n3/v11n3a15.pdf>
- Polo, M., León, B., Gómez, T., Palacios, V. y Fajardo, F. (2013). *Estilos de socialización en víctimas de acoso escolar*. Recuperado de: <http://ejihpe.es/index.php/journal/article/view/22/pdf>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas. (2008). *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2008*. Estados Unidos: ONUSIDA
- Pueyo, B. y Perales, A. (2006). *¿Y si mi hijo se droga?* Barcelona: Debolsillo.
- Puga, C. (2013). Adicción, salud y autonomía: Una defensa normativa de la legalización de algunos narcóticos para fines recreativos. *Política y gobierno*, 20(2). Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-20372013000200003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-20372013000200003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Pujadas, J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de Antropología Social*, 9, p. 127-158. Recuperado de

[http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&sqi=2&ved=0CF0QFjAJ&url=http%3A%2F%2Frevistas.ucm.es%2Findex.php%2FRASO%2Farticle%2Fdownload%2FRASO0000110127A%2F9967&ei=jDHSV LrjNsvOsQTfhYGACA&usq=AFQjCNGWGwTfWfWE8aok38pa\\_NsPsX9LNaQ&sig2=FbCl\\_IYQL8hjPBKdp4cx9A](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&sqi=2&ved=0CF0QFjAJ&url=http%3A%2F%2Frevistas.ucm.es%2Findex.php%2FRASO%2Farticle%2Fdownload%2FRASO0000110127A%2F9967&ei=jDHSV LrjNsvOsQTfhYGACA&usq=AFQjCNGWGwTfWfWE8aok38pa_NsPsX9LNaQ&sig2=FbCl_IYQL8hjPBKdp4cx9A).

Pujadas, J. (2002). *El método biográfico; el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Recuperado de

<http://www.uv.mx/mie/files/2012/10/MetodoBiografico.pdf>.

Puyol, A. (2012). Hay bioética más allá de la autonomía. *Revista de Bioética y Derecho*, (25). Recuperado de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872012000200005&script=sci\\_arttext&tlng=es/](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872012000200005&script=sci_arttext&tlng=es/)

Quintana, A., Montgomery, W. y Malaver, C. (2009). Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. *Revista de Investigación en Psicología*, 12(1), p. 153-171. Recuperado de <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rip/v12n1/a11v12n1.pdf>

Ramírez, M. y Andrade, D. (2005). *La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador)*. Recuperado de:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea08.pdf>

Repetur, K. y Quezada, A. (2005). *Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas*. México. Recuperado de:

[http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov\\_art105.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf).

República de Costa Rica. (1049). *Constitución Política*. Recuperada de: <http://pdba.georgetown.edu/Parties/CostaRica/Leyes/constitucion.pdf>.

- Rey, M. (2007). *Epidemiología de las urgencias toxicológicas por drogas de abuso en el área sanitaria de Santiago de Compostela: periodo 1997-2007*. Santiago: USC.
- Rial, A., Torrado, N., Braña, T. y Varela, J. (2010). Relación entre la calidad asistencial percibida y la actitud frente al tratamiento en drogodependencias. *Psicothema*, 22(4), p. 574-580. Recuperado de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8920/8784>
- Rial, V., Rodríguez, E. y Vomero, F. (2007). *Varones jóvenes en situación de calle: entre el estigma y la marginalidad*. Recuperado de [http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2007/articulo\\_10.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2007/articulo_10.pdf)
- Richardson, M. (2004). *Enciclopedia de la Salud*. Barcelona: Amat
- Rodríguez, A. (2013). *La Investigación policial y sus consecuencias jurídicas*. Madrid: Dykinson, S.L.
- Rodríguez, O. (2014). La Pobreza en Costa Rica llega al nivel más alto en cinco años. *La Nación*. Recuperado de: [http://www.nacion.com/economia/politica-economica/hogares-Costa-Rica-pobres\\_0\\_1448255302.html](http://www.nacion.com/economia/politica-economica/hogares-Costa-Rica-pobres_0_1448255302.html).
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rojas, C. (2006). Indigencia en San José: Expresión de la Exclusión Social y el Desarraigo. *Revista Reflexiones-UCR*. (85), 189.
- Rojas, C. (2001). *Rostros de la indigencia: Un estudio etnográfico en la zona noroeste del Casco Metropolitano de San José*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

- Rojas, C. (s.f.). *Indigencia en San José: expresión de la exclusión social y el desarraigo*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.bvrie.gub.uy/local/File/doctrab/2010/23.2010.pdf>
- Rojas, E., Real, T., García, S. y Medina, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, (34), p. 351-365. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a8.pdf>
- Rojas, F. (2013). Determinantes sociales de la salud y a acción política. *Revista Humanidades Médicas*, 13(2). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202013000200001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202013000200001&script=sci_arttext)
- Román, M (2013). *Factores asociados al abandono y la deserción escolar en América Latina: una mirada en conjunto*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/551/55127024002.pdf>
- Romero, A. (2008). Perspectivas en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(4), p. 288-294. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n4/v24n4a10.pdf>
- Rosales, C. y Espinosa, M. (2009). *La percepción del clima familiar en adolescentes miembros de diferentes tipos de familias*. Recuperado de: <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/ojs/index.php/pycs/article/viewFile/17/15>
- Rubio, J. (2012). Una mirada sociológica al desempleo. *Revista Critica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 34(4). Recuperado de: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/34/fjrubiobarribas\\_1.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/34/fjrubiobarribas_1.pdf)
- Ruiz, I. (2014). *Maltrato infantil: reducir algunas consecuencias trabajando la resiliencia*. Tesis para optar por el grado de Maestro en Educación Infantil.

España: Universidad de Cantabria Recuperado de <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5056/RuizGarciaIsabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruiz, J. (2011). *Pioneros de la coca y la cocaína*. España: El peón Espía.

Salazar, A. y Martínez, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Nuevo Enfermería*, 26(2), p. 107-115. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n2/v26n2a12.pdf>.

Salazar, E. (2008). Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas. *Pontificia Universidad Javeriana*, 10(2), p. 7-38. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1600/1024>

Salazar, R. y Zúñiga, I. (1989). *Nociones sobre la legislación de la salud en Costa Rica*. Costa Rica: EUNED.

Sánchez, A. (2006). *Mito y realidad de la drogadicción*. Bogotá: San Pablo

Sánchez, A. (2003). Menores en situación de calle: la doble vulnerabilidad hacia el consumo de drogas. *Revista Española de Drogodependencia*, 28(1-2), p. 128-139. Recuperado de [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n1-2\\_11.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n1-2_11.pdf).

Sánchez, O. (s.f.). *Las familias cambian, la importancia de sus funciones permanece*. Universidad de Catabria. Recuperado de <http://www.tiempodelosderechos.es/docs/may11/olgasanchez.pdf>

Sánchez, E., Secades, R., Santoja, F., Zacarés, F., García, O., Martín, E..., García, G. (2009). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), p. 59-64. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/59-64%20sanchezhervas.pdf>

- Sancho, M. (2012). Estado de la Nación: Costa Rica nunca había tenido tantos pobres. *CRHoy*. Recuperado de <http://www.crhoy.com/pais-alcanza-mayor-cantidad-de-pobres-en-su-historia-el-2011-no-fue-un-ano-mas/>
- Santana, V., (2012). *Empleo, condiciones de trabajo y salud*. Brasil. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652012000200001&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652012000200001&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Sanz, A. (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepsio*, 57(1), p. 99-115. Recuperado de <http://www.eduneg.net/generaciondeteoria/files/SANZ-2005-El-metodo-biografico-en-la-invest-social.pdf>.
- Satriano, C. (2006). Pobreza, Políticas Públicas y Políticas Sociales. *Revista Mad*, 15 (p. 60-73). Recuperado de <http://revistaurbanismo.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewFile/14021/14325>
- Saucedo, I. y Taracena, B. (2011). Habitar la calle: pasos hacia una ciudadanía a partir de este espacio. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(9), pp. 269 - 285. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v9n1/v9n1a15.pdf>
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Revista Ciencia y Enfermería. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext&tlng=es%2325](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es%2325).
- Sepúlveda, M. (2012). *Proyecto final de los Principios Rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos*. Asamblea General de las Naciones Unidas.

- Recuperado de: [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Poverty/A-HRC-21-39\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Poverty/A-HRC-21-39_sp.pdf)
- Sirvent, C. (2006). Autoengaño y adicción. *Norte de Salud Mental* (26), p. 39-47.  
Recuperado de <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/437/432>
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. y Cheever, K. (2012). *Enfermería Medicoquirúrgica*.  
Barcelona: Lippincott Williams & Wikins.
- Smiking, H. y Beccera, G. (2013). *El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial*. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.ar/pdf/cdyt/n47/n47a05.pdf>
- Smith S. y Castleman T. (2006). *Derechos humanos y pobreza*. Recuperado de:  
[http://www.letraslibres.com/sites/default/files/pdfs\\_articulospdf\\_art\\_11156\\_10970.pdf](http://www.letraslibres.com/sites/default/files/pdfs_articulospdf_art_11156_10970.pdf)
- Sociedad Española de Toxicomanías. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*.  
Madrid: Panamericana
- Soldano, M. (2004). *Guía Práctica para Padres*. Buenos Aires: Albatros.
- Soriano, E. (2010). *Retos internacionales ante la interculturalidad*. Madrid: La Muralla.
- Spicker, P., Álvarez, S. y Gordon, D. (2011) *Pobreza: un glosario internacional*.  
Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/b.pdf>
- Swearingen, P. (2008). *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica*. España: Elsevier
- Tamez, R. y Silva, M. (2010) *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal*.  
(3ª ed.). España: Panamericana.
- Toro, P., Bellavia, C., Daeschler, C., Owens, B., Wall, D., Passero, J. y Thomas, D.  
(1995). Distinguir las personas sin hogar de la pobreza: un estudio comparativo.  
*Revista Consultoría y Psicología Clínica*, 63 (2). Recuperado de

<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1995-24838-001>  
280-289

Torres, L. y Francés, M. (2007). *La dieta equilibrada: guía para Enfermeras de Atención Primaria*. España: Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Recuperado de <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Gu%C3%ADa%20AP-Diet%C3%A9ticaWeb.pdf>

Trajtenberg, N. (2005). *Uvas amargas: la situación de los adolescentes privados de libertad en el Uruguay*. Servicio de paz y Justicia de Uruguay. Recuperado de [http://www.kas.de/wf/de/21.38/wf/doc/kas\\_5187-544-4-30.pdf](http://www.kas.de/wf/de/21.38/wf/doc/kas_5187-544-4-30.pdf)

Ugas, A. (2010). El uso de drogas por parte del adolescente: de la prohibición a la transgresión. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología Fermentum*, 20(57), p. 56-64. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/33257/1/articulo4.pdf>

Universidad de Costa Rica (2003). *Reglamento de Trabajos Finales de Graduación*. Costa Rica.

Urbina, M., González, M., (2012). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. México. Recuperado de: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/892/La%20importancia%20de%20los%20determinantes%20sociales%20en%20las%20poli%CC%81ticas%20pu%CC%81blicas.pdf>

Valenzuela, E. y Larroulet, P. (2010). La relación droga y delito: Una estimación de la fracción atribuible. *Estudios Públicos*, 119. Recuperado [http://www.cepchile.cl/dms/archivo\\_4677\\_2833/rev119\\_valenzuela\\_larroulet.pdf](http://www.cepchile.cl/dms/archivo_4677_2833/rev119_valenzuela_larroulet.pdf)

- Vargas, O. (2008). San José alberga a 2.000 indigentes adictos a drogas. *La Nación*. Recuperado de: [http://www.nacion.com/ln\\_ee/2008/marzo/23/pais\\_1459921.html](http://www.nacion.com/ln_ee/2008/marzo/23/pais_1459921.html).
- Vasudevan, D. y Vaidyanathan, K. (2011). *Texto de bioquímica para estudiantes de medicina*. (6ª ed.). México: Cuéllar Ayala.
- Velasco, M. y Luna, M. (2007). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax
- Velayos, J. (2009). *Medicina del sueño*. Madrid: Panamericana.
- Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Müller, R., Rodríguez, M. y Chávez, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Revista Ciencia y Enfermería*, 20(1), p. 61-74. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n4/v24n4a10.pdf>
- Villegas, B. y Ulate, J. (2013). Análisis dinámico del desempleo en Costa Rica para el periodo 2010-2011. *Revista Ciencias Económicas*. 31(1), p. 31-66. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/download/10618/10015>
- Viola, L. (2010). Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil: valoración del daño psíquico. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(1), p. 73-83. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/ago2010/07\\_REPERCUSION.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2010/07_REPERCUSION.pdf)
- Wagle, U. (2000). Volver a pensar la pobreza: definición y mediciones. *Revista de la Universidad de Massachusetts*, 33(2), 207-230. Recuperado de <http://www.oei.es/salactsi/wagle.pdf>
- Whaley, J. (2001). La Violencia intrafamiliar en México. *Convergencia*, (32), p. 337-385. Recuperado de <http://148.215.1.245/index.php/convergencia/article/download/1633/1242>

- Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2010). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en la salud: desarrollando el máximo potencial de la salud para toda la población. Parte 1*. Inglaterra. Recuperado de: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Desigualdades%20sociales%20Europa%201.pdf>
- Wikinson, R. y Marmot, M. (2003). *Determinantes sociales de la salud: los hechos probados*. Recuperado de: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Hechos%20probados.pdf>
- Wilmore, J. y Costill, D. (2007). *Fisiología del Esfuerzo y del Deporte*. (6ª ed.). España: Paidotribo.
- Yanés, L., (2003). *El trabajo como determinante de la salud*. Venezuela. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/vol11n1/11-1-2.pdf>
- Zapata, M. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2), p. 6-94. Recuperado de: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3179993.pdf&ei=BjusVP60IpPXgwT72IH4DA&usg=AFQjCNES2dMzy8I4XLIFxpCCeY7bKoKj5A&sig2=27pLcn88oGEW8MKXe7rIlQ>
- Zuazo, N. (2013). *Causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conductas de las alumnas de segundo año de la institución educativa Nuestra Señora de Fátima de Piura*. Tesis de maestría en Educación. Perú: Universidad de Piura. Recuperado de:

[http://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1818/MAE\\_EDUC\\_110.pdf?sequence=1](http://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1818/MAE_EDUC_110.pdf?sequence=1)

Zubizarreta, I. (2004). *Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico en las mujeres y en sus hijos e hijas*. Recuperado de [http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/nahiko\\_materialak/eu\\_ponencia/adjuntos/IRENE%20ZUBIZARRETA%20-%20ZUTITU%20Consecuencias%20psicol%C3%B3gicas%20del%20maltrato%20en%20mujeres%20y%20sus%20hijas%20e%20hijos.pdf](http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/nahiko_materialak/eu_ponencia/adjuntos/IRENE%20ZUBIZARRETA%20-%20ZUTITU%20Consecuencias%20psicol%C3%B3gicas%20del%20maltrato%20en%20mujeres%20y%20sus%20hijas%20e%20hijos.pdf)

## Capítulo VIII: Anexos



### Anexo 1. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN**  
**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367



### FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser participante de la investigación)

#### Trabajo Final de Graduación: Seminario de Graduación

*Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014.*

**Nombre de él y las Investigadoras:** Heilyn Campos Ramírez, Belén Gamboa Flores, Dayanna Morales Villanueva, Stephanie Pizarro Loaiza, Katherine Ramírez Hernández y Juan Villalobos Oliver.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Con la presente investigación se pretende analizar a través de las experiencias de vida, el consumo de drogas legales e ilegales de las personas que se encuentran en situación de calle. El proyecto será realizado por seis estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica.
- B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Se realizará una guía de preguntas que abarque las narraciones biográficas de las y los participantes. Dicha narración quedará registrada en una grabación que posteriormente se transcribirá a un documento escrito para evidenciar los datos de interés para la investigación. La persona participante se comprometerá a dar respuestas verídicas a dichas preguntas y a brindar relatos certeros, todo durante una o dos sesiones entre los meses de Enero y Febrero del año 2014, cuando él y las investigadoras visiten el Centro Dormitorio y coincidan con su persona participante.
- C. RIESGOS:** La participación en este estudio no causará ningún daño físico en su persona, sin embargo puede generar algún grado de incomodidad ya que se abordaran temas que ahondan en la privacidad de los y las participantes.
- D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo; sin embargo con la información brindada será contribuyente para profundizar el conocimiento del fenómeno de las drogas en Costa Rica, especialmente dirigido a una población que se encuentra excluida y marginada.



## Anexo 2. Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.  
FACULTAD DE MEDICINA.  
ESCUELA DE ENFERMERÍA.



### Instrumento de Recolección de Datos.

#### GUÍA DE PREGUNTAS PARA LAS NARRACIONES BIOGRÁFICAS.

**Objetivo General:** Aplicar una guía de preguntas para obtener información sobre las narraciones biográficas de personas que se encuentran en situación de calle y que asisten con regularidad al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle, San José, Costa Rica, durante los meses de Enero y Febrero del año 2014.

**Introducción:** el presente documento corresponde a un instrumento para la recolección de datos de la investigación titulada “*Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle, San José, Costa Rica, durante el año 2014*”. Realizada por seis estudiantes de la carrera de Licenciatura de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

### INSTRUCCIONES GENERALES

1. Las personas participantes deben cumplir con los criterios definidos por de la investigación. Estos deben ser: persona en situación de calle, considerado o considerada como consumidora activa de algún tipo de droga (legal o ilegal), con sus capacidades cognitivas en óptimas condiciones y que asista regularmente al Centro Dormitorio, San José, Costa Rica.
2. Haber firmado el consentimiento informado.
3. Explicar a las personas que puede ser necesaria varias reuniones con el fin de recopilar toda la información necesaria.
4. Asegurarse de que el ambiente genere comodidad y confort a la persona.
5. Completar aspectos social-demográficos de la persona participante.
6. Utilizar un lenguaje sencillo y repetir las veces que sea necesaria la pregunta con el fin de lograr la comprensión.
7. En el caso de perder el eje conductor de la pregunta, se puede intervenir para volver a retornar el aspecto de interés.
8. Debe realizarse en un lapso no mayor a dos horas.
9. Brindar un trato basado en los derechos humanos de la persona

## Aspectos Social-Demográficos:

Género: Femenino \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Masculino \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltería \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorcio \_\_\_\_\_  
Unión Libre \_\_\_\_\_ Viudez \_\_\_\_\_

Escolaridad: Sin escolaridad \_\_\_\_\_  
Primaria incompleta \_\_\_\_\_ Primaria completa \_\_\_\_\_  
Secundaria incompleta \_\_\_\_\_ Secundaria Completa \_\_\_\_\_  
Universitaria Incompleta \_\_\_\_\_ Universitaria Completa \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_  
Atención en salud: Asegurado \_\_\_\_\_ No Asegurado \_\_\_\_\_

## Guía de preguntas:

1. Cuénteme ¿dónde nació?
2. ¿Cómo fueron su niñez y su adolescencia?
3. ¿Cuáles experiencias considera significativas o traumáticas que vivió durante su infancia o adolescencia?
4. ¿En qué lugares vivió durante su infancia y adolescencia?
5. ¿Cómo fueron las casas donde vivían?
6. Cuénteme ¿Con quién o con quienes vivió en su infancia y adolescencia?
7. ¿Alguno de ellos o ellas padecía de alguna enfermedad?
8. ¿Cómo se mantenían?
9. ¿Durante su niñez o adolescencia padeció alguna enfermedad?
10. Cuénteme ¿Tuvo la experiencia de vivir en un Centro de Acogida para menores?
11. ¿Cómo fue su educación?
12. ¿Cómo está formada su familia actualmente?
13. Cuénteme ¿Usted está o ha estado casado/casada o en unión libre?
14. Cuénteme ¿Tiene hijos?
15. ¿Cómo es su relación con ellos?
16. ¿Su familia lo apoya cuando usted lo necesita?
17. ¿Cuenta con amigos?
18. ¿Esos amigos lo apoyan cuando usted lo necesita?
19. ¿A quién busca en el caso de necesitar ayuda?
20. ¿Siente o ha sentido apoyo de instituciones públicas o privadas a lo largo de su vida? (Organizaciones No Gubernamentales, políticas, religiosas y/o deportivas), ¿Qué tipo de apoyo?
21. En este momento ¿recibe ayuda económica por parte de alguna institución o de alguna persona?
22. ¿Ha recibido atención para su problema de dependencia a sustancias?
23. Cuénteme ¿Hay más personas en situación de calle en su familia?
24. ¿Ha mejorado o empeorado su condición económica con el paso del tiempo?
25. ¿Cómo siente que lo tratan las demás personas por ser una persona en situación de calle?
26. ¿Participa en actividades sociales?
27. ¿Cuál ha sido su experiencia con el sistema salud?

28. ¿Qué enfermedades padece actualmente?
29. Si es inmigrante o perteneciente a una raza étnica:
30. ¿Siente que el ser inmigrante le limita el acceso a servicios?
31. ¿Ha sentido discriminación?
32. ¿En qué ha trabajado a lo largo de su vida?
33. ¿El dinero que le pagaban satisfacía sus necesidades?
34. ¿En qué lo utilizaba?
35. ¿Cómo se mantiene?
36. Su condición de desempleo, ¿le limita el acceso a algunas necesidades o servicios?
37. ¿Cuántas veces come al día?
38. ¿Qué alimentos consume?
39. ¿Dónde y cómo los consigue?
40. ¿En qué condiciones se los come? (Higiene, preparación y vencimiento de los alimentos, lavado de manos, lugar donde los consume, compañía al comerlos, entre otros.)
41. Cuénteme ¿Algún otro familiar consume drogas?
42. ¿Sabe si su madre consumió drogas durante el embarazo?
43. ¿Tuvo amigos o amigas que consumieran algún tipo de droga?
44. ¿Qué ha hecho usted para conseguir la droga?
45. ¿Cómo consigue usted la droga?
46. ¿Ha recibido seguimiento a su caso luego de egresar del centro de tratamiento?
47. ¿Cuáles son los motivos por los que ha recaído, después de haber acudido al centro de atención?
48. ¿Con cuál droga inició su consumo?
49. ¿Cuáles consumió luego?
50. ¿Cuáles consume ahora?
51. ¿Cuál es su droga de preferencia?
52. ¿Cuál es la que más usa? ¿Por qué?
53. ¿Cuál fue la situación específica que lo llevo a la situación de calle?
54. ¿Qué piensa de usted mismo?
55. ¿Considera que su forma de ser lo influyó a que haya llegado a la situación de calle?
56. Cuénteme ¿Alguien ha influido en que usted esté en situación de calle?
57. ¿Considera usted que la pobreza, el desempleo, el rechazo social, su educación, las leyes de Costa Rica o su familia le ha influenciado para que usted se encuentre en situación de calle?
58. ¿A qué edad comenzó a vivir en situación de calle?
59. ¿Podría mencionar, algunas experiencias que usted ha vivido por ser una persona en situación de calle?
60. ¿Cómo es un día suyo en la calle?
61. ¿Cómo es una noche cuando no está en el centro?
62. ¿Cuáles son sus principales temores?
63. ¿Cuáles son los motivos que le impiden salir la situación de calle?
64. ¿Usted considera que el consumo de drogas ha tenido efectos positivos en su vida?
65. ¿Usted considera que el consumo de drogas ha tenido efectos negativos en su vida?
66. ¿Qué situaciones le causan estrés?
67. ¿Qué hace ante esas situaciones?

### Anexo 3. Mini Mental Test

#### MINI MENTAL STATUS EXAMINATION MMSE (FOLSTEIN)

Iniciales del nombre/pseudónimo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Examinado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### I. ORIENTACIÓN (0 – 10 puntos)

a) Dígame el día (1).....fecha (1).....mes (1).....  
estación (1).....año (1).....

b) Dígame en qué lugar estamos (1)..... piso (1)..... ciudad (1).....  
Región (1)..... país (1).....

#### II. REPETICIÓN INMEDIATA (0 – 3 puntos)

c) “Le voy a nombrar tres palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto más”  
ÁRBOL – MESA – PERRO

Número de repeticiones:..... (Máximo seis veces en total)

#### III. ATENCIÓN Y CÁLCULO (0 – 5 puntos) \*Solamente se escoge un ítem.

d) Contaremos hacia atrás restando 7, partiremos de 100.  
93 – 86 – 79 – 72 - 65.....

d) Deletrear la palabra MUNDO al revés:  
O – D – N – U – M.....

#### IV. MEMORIA (0 – 3 puntos)

e) ¿Recuerda las tres palabras de antes? Repítalas.....

#### V. LENGUAJE (0 – 9 puntos)

f) Mostrar Un LÁPIZ (1).....y un RELOJ (1)..... (La persona debe nombrarlos)

g) Repita esta frase: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS (1).....

h) Orden: “TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA (1), DÓBLELO POR LA MITAD CON AMBAS MANOS (1) Y DÉJELO EN EL SUELO (1)”.....

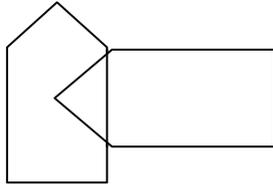
i) Lea la siguiente frase y haga lo que se le pide: (1).....

**CIERRE LOS OJOS**

j) Escriba una frase a continuación: (1)

---

k) Copie este dibujo (1)



**Anexo 4. Guía de categorías, subcategoría, temáticas analizadas y sub-temáticas analizadas.**

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Temáticas Analizadas</b>	<b>Sub-temáticas Analizadas</b>
Caracterizar a la población en situación de calle según los DSS.	Primeros años de vida	Características socioeconómicas durante el periodo de embarazo materno y el nacimiento	
		Zonas de residencia durante la infancia	
		Antecedentes patológicos personales durante la infancia	
		Antecedentes patológicos del entorno de los y las participantes durante su infancia	
		Características de la socialización primaria	Tipos de familia
			Relaciones Familiares (Violencia familiar y de género).
		Características de la socialización secundaria	Escuela
			Trabajo infantil
	Violencia sexual y sexualidad precoz		
	Grupo de Pares		
	Gradiente social	Educación	
		Zonas de residencia y tipos de viviendas habitadas	
		Percepción de las personas participantes sobre su economía con el transcurso del tiempo	
		Desventajas en la salud	
	Trabajo	Destino de los ingresos generados	
	Desempleo	Razón del Desempleo	
		Consecuencias del Desempleo	Actividades ilegales Necesidades generadas por el desempleo
	Apoyo Social	Apoyo dado por la familia	
		Apoyo dado por amistades	
		Apoyo dado por la comunidad	

	Exclusión Social	Inmigrantes	
		Orientación Sexual	
		Sistema de Salud	
		Centros de Rehabilitación y Drogodependencia	
		Centros Penitenciarios	
	Dependencia a sustancias psicoactivas	Razón principal de inicio del consumo	
		Acciones realizadas con el fin de conseguir drogas	
		Obtención de la droga	
		Lugar de consumo habitual	
		Centros de rehabilitación	Percepción de las personas acerca de los centros de rehabilitación
			Motivos por los que las personas han recaído
	Motivos que le impiden dejar el consumo		
	Alimentación	Tiempos de comida	
Tipos de alimentos			
Origen de los alimentos			
Factores que conducen a la situación de Calle	Factores del Sistema Personal		
	Factores del Sistema Interpersonal		
	Factores del Sistema Social		
Drogas legales e ilegales que han consumido y que consumen las personas en situación de calle	Consumo	Droga con que las personas iniciaron el consumo	
		Sustancias que consumieron las personas en el transcurso de su vida	
		Sustancias que consumen las personas actualmente	
Consecuencias	Consecuencias	Consecuencias físicas	

generadas por el consumo de drogas legales e ilegales en las personas en situación de calle		Consecuencias psicológicas	
		Consecuencias sociales	Familia
		Consecuencias interpersonales	
		Consecuencias personales	
		Consecuencias legales	
Factores que limitan la superación de la situación de calle	Factores limitantes del Sistema Personal		
	Factores limitantes del Sistema Interpersonal		
	Factores limitantes del Sistema Social		
Vivencias relacionadas con la situación de calle	Vivencias		

## Anexo 5. Frecuencia de la Caracterización de la población según los DSS.

Característica	Total de Personas
Personas que nacieron en zona rural	7
Personas que nacieron en zona urbana	24
Personas que nacieron en el hogar	4
Personas que nacieron en un centro de salud	27
Personas que realizaron referencias generales negativas hacia su niñez	18
Personas que realizaron referencias generales positivas hacia su niñez	11
Personas que vivieron en centro de acogida	7
Personas que crecieron en un ambiente urbano	21
Personas que crecieron en un ambiente rural	9
Personas que fueron adoptadas durante su niñez	6
Personas que vivieron con ambos padres durante su infancia	16
Personas que sufrieron abandono durante su infancia	12
Personas que vivieron en hacinamiento durante la niñez por la cantidad de hermanos	11
Personas que tenían familiar drogodependiente	24
Personas que sufrieron violencia infantil	18
Personas que sufrieron abuso sexual o violación durante la niñez	8
Personas cuya madre consumió sustancias durante el embarazo	6
Personas cuya madre no consumió sustancias durante el embarazo	19
Personas que trabajaron durante su infancia	18
Personas que vivieron situaciones de pobreza en la niñez	18
Personas que habitaron en residencias con condiciones precarias	17
Personas que habitaron en viviendas alquiladas	18
Personas que padecieron enfermedades de importancia durante la niñez	7
Personas que refieren enfermedades psicológicas durante su infancia	5
Personas que no padecieron ninguna enfermedad de importancia durante su infancia	16
Personas que no mantenían buenas relaciones con sus compañeros en la escuela	7
Personas que no mantenían buenas relaciones con maestros en la escuela	11
Personas que no terminaron la escuela	6
Personas que no fueron a la escuela	1
Personas que no fueron al colegio	9
Personas que no terminaron el colegio	14
Personas que han habitado principalmente en zonas urbanas a lo largo de sus vidas	12
Personas que han habitado principalmente en zonas urbanas con alta incidencia de problemática social a lo largo de sus vidas	7
Personas que han habitado principalmente en zonas rurales a lo largo de sus vidas	11
Personas que han tenido vivienda propia en algún momento de sus vidas	14
Personas que han habitado en viviendas alquiladas la mayor parte de sus vidas	19
Personas que han habitado en viviendas en mal estado	17
Personas que han habitado en viviendas en condiciones de hacinamiento	13

Personas que percibían que su situación económica ha empeorado con el paso de los años	21
Personas que percibían un deterioro en su salud con el paso de los años	13
Personas que no refirieron problemas de salud significativos	17
Personas que refirieron problemas gastrointestinales	1
Personas que refirieron problemas musculo esqueléticos	6
Personas que refirieron problemas cardiovasculares	1
Personas que refirieron problemas cutáneos	2
Personas que refirieron problemas neurológicos	1
Personas que refirieron problemas endocrinos	1
Personas que indicaron ser portadoras de VIH	1
Personas que realizaban trabajo formal en el momento de la narración	0
Personas que realizaban un trabajo informal en el momento de la narración	13
Personas que realizaban búsqueda de empleo formal	18
Personas que realizaban actividades relacionadas a las ventas en los Mercados (Central, otros)	6
Personas que realizaban ventas ambulantes	15
Personas que manejaban un negocio propio	2
Personas que cotizaban a la CCSS para seguro y pensión.	1
Personas que utilizaban el dinero generado en drogas	27
Personas que utilizaban el dinero generado en alimentación	21
Personas que utilizaban el dinero generado en artículos aseo personal	13
Personas que afirmaron no conseguir empleo formal por problema de salud	7
Personas que afirmaron no conseguir empleo formal por falta de educación	5
Personas que afirmaron no conseguir empleo formal por edad	5
Personas que afirmaron no conseguir empleo formal por problemas de drogodependencia	15
Personas que afirmaron no conseguir empleo formal por antecedentes legales	5
Personas que afirmaron no conseguir empleo formal por problemas migratorios	2
Personas que afirmaron haber realizado actividades relacionadas con el tráfico de drogas	7
Personas que afirmaron haber realizado actividades relacionadas con el tráfico de armas	3
Personas que afirmaron haber realizado robos	15
Personas con apoyo familiar ausente totalmente	12
Personas con apoyo familiar parcial debido al consumo de drogas	18
Personas con apoyo de una relación de pareja en situaciones de sufrimiento	3
Personas con apoyo dado por los hijos e hijas menores de edad	3
Personas con apoyo dado por amigos que están dentro de la situación de calle	9
Personas con apoyo dado por amigos que están fuera de la situación de calle	8
Personas con apoyo dado por instituciones de Tratamiento y Rehabilitación	22
Personas con apoyo dado por instituciones públicas (CCSS, IAFA, Centro Dormitorio, entre otras)	27
Personas con apoyo dado por instituciones religiosas	14
Personas que refirieron incomodidad por la palabra “indigente”	7
Personas que han experimentado burlas	5
Personas que refirieron falta de comunicación social	10
Personas que refirieron ser ubicadas en una posición inferior a los demás	10
Personas que refirieron sentirse desvalorizados	12
Personas que refirieron sentirse ignorados	5

Personas que han tenido problemas de salud como consecuencia de la exclusión social	7
Personas costarricenses que han percibido sentirse excluidos con respecto al sistema de salud	9
Personas que refirieron sentir odio	3
Personas que refirieron sentirse desprecio	9
Personas que refirieron que las otras personas lo observan con morbo	9
Personas que refirieron que las demás personas los dejan de lado	8
Personas que han experimentado críticas	9
Personas que han experimentado humillaciones	14
Personas que refirieron que los demás tienen una percepción negativa de ellos o ellas.	16
Personas que refirieron que los demás hacen una generalización negativa de ellos o ellas por el consumo de drogas	7
Personas que refirieron que las demás personas al verlos por las calles se apartan	9
Personas que afirmaron que las demás personas al verlos por las calles guardan sus pertenencias	5
Personas que refirieron que los demás sienten temor de ellos	5
Personas que refirieron no realizar actividades sociales	10
Personas que afirmaron tener deseos por realizar actividades sociales	5
Personas inmigrantes que refirieron exclusión en salud	2
Personas inmigrantes que refirieron exclusión en área laboral	2
Personas que refirieron agresión y violencia por su preferencia sexual	2
Personas que refirieron exclusión en los centros de rehabilitación	5
Personas que refirieron exclusión en los centros penitenciarios	1
Personas que le atribuyeron la responsabilidad directa de su consumo a su familia	2
Personas que dieron a entender que su familia tiene una parte de culpa de su consumo	11
Personas que iniciaron su consumo por curiosidad	13
Personas que refirieron que el inicio de su consumo se relacionó con el grupo de pares o de personas con las que se relacionaba en su juventud	11
Personas que indicaron que el inicio de su consumo se relacionó con abusos sexuales pasados	3
Personas que indicaron que el inicio de su consumo se relacionó con la prostitución homosexual o heterosexual	3
Personas que indicaron que el inicio de su consumo se relacionó con la evasión de emociones como desprecio, abandono, soledad, entre otras	12
Personas que refirieron que para conseguir las sustancias, trabajan (empleos formales o informales)	16
Personas que refirieron que para conseguir las sustancias, han delinquido de una u otra manera	13
Personas que refirieron que para conseguir las sustancias, han vendido drogas	7
Personas que refirieron que para conseguir las sustancias, han engañado, metido o estafado	5
Personas que refirieron que para conseguir las sustancias, se han prostituido	5
Personas que refirieron que para conseguir las sustancias, han pedido dinero prestado	3
Personas que refirieron que para conseguir las sustancias, han mendigado	2
Personas que refirieron que para conseguir las sustancias, utilizan la pensión que le da el Estado	1
Personas que refirieron que algunas personas les regalan las sustancias	4
Personas que explicaron que la droga la consigue en gran cantidad de lugares	12
Personas que explicaron que la droga la consigue en bares	1
Personas que explicaron que la droga la consigue solamente por medio de amigos	1

Personas que señalaron los lugares exactos en donde venden droga	22
Personas que dijeron consumir la droga en cualquier lugar	10
Personas que dijeron consumir la droga en lugares públicos	10
Personas que dijeron consumir la droga en lugares fuera de la vista de los transeúntes	7
Personas que refirieron nunca haber asistido a rehabilitación ni a tratamiento	5
Personas que expresaron que los centros de rehabilitación fueron de gran ayuda	5
Personas que expresaron que los centros de rehabilitación no le ayudaron	12
Personas que criticaron los centros de rehabilitación con metodología de ventas	4
Personas que criticaron los centros de rehabilitación con metodología religiosa	3
Personas que criticaron los centros de rehabilitación con metodología muy estricta	9
Personas que criticaron la duración de los programas de los centros de rehabilitación	3
Personas que criticaron a las personas que trabajan en los centros de rehabilitación	2
Personas que criticaron de una u otra manera los egresos de los centros de rehabilitación	10
Personas que abandonaron el tratamiento antes de terminarlo	12
Personas que recayeron luego del tratamiento debido a sensaciones de ansia y tentación	13
Personas que refirieron que su familia no los apoyó durante el tratamiento	1
Personas que recayeron luego del tratamiento debido a que les ofrecían drogas	5
Personas que recayeron luego del tratamiento debido a que se encontraban bajo gran tensión	1
Personas que recayeron luego del tratamiento debido a falta de motivación para asistir a las reuniones de seguimiento	3
Personas que recayeron luego del tratamiento debido a descuido de sí mismo(a)	5
Personas que recayeron luego del tratamiento debido a despecho o celos	5
Personas que recayeron luego del tratamiento debido a que sus parejas sentimentales los indujeron	2
Personas que recayeron luego del tratamiento debido a que le gusta consumir	5
Personas que no habían dejado de consumir debido a que no tomaban la decisión de hacerlo	13
Personas que habían dejado de consumir algunas sustancias	15
Personas que no habían dejado de consumir porque experimentan ansiedad	5
Personas que no habían dejado de consumir porque se sienten solos(as)	6
Personas que no habían dejado de consumir porque tienen cambios emocionales	2
Personas que no habían dejado de consumir porque no tiene hogar ni apoyo familiar	2
Personas que refirieron que nada le impide dejar de consumir sustancias	1
Personas que refirieron alimentarse menos de 3 veces al día consecutivamente	18
Personas que refirieron alimentarse más de 3 veces al día consecutivamente	7
Personas que refirieron pedir en establecimientos algún tipo de alimentación	18
Personas que refirieron tener una alimentación variada y balanceada	9
Personas que refirieron haber ingerido alimentos de la basura	8
Personas que refirieron enfermar a causa de su alimentación	4
Persona que refirieron recibir alimentación de instituciones	29
Persona que refirieron recibir alimentación de amigos y familiares	12