

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

Experiencias de vida sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en las Personas Adultas Mayores de la Asociación-Centro Diurno Pilar Gamboa en San Antonio de Desamparados durante el año 2013

Elaborado por

Carolina Arroyo Torres

Paula Karina Castillo Ureña

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

San José, Costa Rica

2014

Dedicatoria

Primero y antes que nada agradecer a Dios por estar a mi lado en toda mi carrera universitaria, por ser mi compañía y soporte en los buenos y malos momentos e iluminar mi mente y corazón.

También agradezco a toda mi familia, en especial mi padre Sergio Arroyo Esquivel, mi madre Cendry Torres Calvo y mi hermano Sergio Arroyo Torres, sin su apoyo, esfuerzo y sacrificio no hubiese sido posible mi estudio.

Se lo dedico a todas aquellas personas especiales que Dios puso en mi camino para darme apoyo y fortaleza; a mis amigos y amigas incondicionales, profesores y profesoras especiales que hicieron que creciera como persona y como profesional.

Finalmente a todas aquellas Personas Adultas Mayores esto es por y para ustedes tesoros de la sociedad.

**Carolina.*

Quisiera dedicar tanto este trabajo como todos los logros durante esta etapa de mi vida primeramente a Dios, por brindarme las fuerzas, la paciencia y la fe para concluir este largo proceso.

Además se lo dedico a mis papás, Yendry Ureña Durán y Roberto Castillo Morales, a quienes amo con todo mi corazón, y que me apoyaron en todo momento, me brindaron su cariño y amor cuando más lo necesitaba y quienes me dieron la mejor herencia, el estudio.

También a mi hermana Yendry Castillo Ureña, por apoyarme siempre en las buenas y en las malas, y de igual forma a mis amigos y amigas, profesores y profesoras, quienes fueron parte importante, su apoyo y sus enseñanzas me ayudaron a llevar cada pequeño paso de este proceso que finaliza.

Y por último a las Personas Adultas Mayores, quienes con su sabiduría y cariño nos abrieron sus puertas.

**Paula*

Agradecimientos

Dedicamos esta tesis a Dios quien ha sido y será nuestro guía, quien nos brindó las fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los momentos difíciles y permitimos terminar con éxito nuestra etapa universitaria.

Queremos agradecer a nuestras familias, amigos y amigas que nos apoyaron y creyeron en nosotras, haciendo de esta carrera una hermosa época.

Agradecemos a la Universidad de Costa Rica y a la Escuela de Enfermería donde tuvimos el privilegio de formarnos y a través de su personal docente obtener un aprendizaje modelo para la sociedad.

También brindamos nuestro agradecimiento a la Asociación Centro Diurno Pilar Gamboa por abrirnos sus puertas y darnos el honor de trabajar con cada Persona Adulta Mayor.

Finalmente extendemos nuestro agradecimiento al Comité Asesor y Tribunal Examinador por acompañarnos durante el desarrollo de este trabajo final de graduación, en especial a nuestra directora Msc. Ligia Murillo Castro.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar.”

Thomas Chalmers

TABLA DE CONTENIDOS

Capítulo I	2
Introducción	2
1.1 Introducción	3
1.2. Justificación	5
1.3. Problema	8
1.4. Objetivo General	8
1.5. Objetivos Específicos.....	8
Capítulo II.....	9
Marco Referencial.....	9
2.1. Antecedentes	10
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	10
2.1.2. Antecedentes Nacionales	18
2.2. Marco Referencial.....	20
2.2.1 La Salud y sus Perspectivas	20
2.2.2. Determinantes Sociales de la Salud	21
2.2.3. Calidad de Vida.....	23
2.2.4. Adulter Mayor	24
2.2.5. Envejecimiento	24
2.2.6. Enfermedades frecuentes en la Adulter Mayor	28
2.2.7. La Familia	31
2.2.8. Centro diurno	33
2.2.9 Drogodependencia	33
2.2.10. Diagnóstico de Drogodependencias.....	35
2.2.11. Medicina Natural	36
2.2.12. Factores de Riesgo para el Consumo de Drogas.....	36
2.2.13. Polimedicación.....	37
2.2.14. Tipos de Drogas	39
2.2.15. Consecuencias del Consumo de Drogas	45
2.2.16. Tratamiento de Drogodependencias.....	47
2.2.17. Tráfico de Drogas	48
2.2.18. Legislación entorno la Adulter Mayor y Fenómeno de las Drogas.	49
2.2.19. Intervención de Enfermería en el Consumo de Drogas Lícitas e Ilícitas en la Persona Adulta Mayor.	53

Capítulo III.....	55
Marco Metodológico.....	55
3.1. Tipo de Investigación.....	56
3.2. Paradigma de la Investigación	57
3.3. Diseño de la Investigación	58
3.4. Fases de la Investigación	59
3.4.1. Fase Preparatoria.....	59
3.4.2. Fase de Trabajo de Campo.....	66
3.4.3. Fase Analítica.....	69
3.4.4. Fase Informativa	80
3.5. Consideraciones Éticas	80
Capítulo IV.....	83
Resultados	83
4.1. Generalidades de la Población	84
4.2. Conocimientos de las Personas Adultas Mayores sobre el Fenómeno de las Drogas..	85
4.2.1. Efectos de la Medicación en la Persona Adulta Mayor	85
4.2.2. Percepción sobre las Drogas Lícitas e Ilícitas.....	86
4.2.3. Tratamiento de las Adicciones.....	91
4.2.4. Problemática Familiar por el Consumo de Drogas.	94
4.2.5. Consumo y Tráfico de Drogas en la Comunidad.....	96
4.3 Actitudes de las Personas Adultas Mayores frente al fenómeno de las drogas.....	98
4.3.1. Apreciación de su Propia Salud	98
4.3.2. Descripción de las Relaciones Familiares.....	100
4.3.3. Influencia de la Economía Familiar	102
4.3.4. Concepción sobre su Propio Consumo de Drogas	103
4.3.5. Percepción sobre el Fenómeno de las Drogas en la Sociedad	106
4.4 Prácticas de las Personas Adultas Mayores acerca del Fenómeno de las Drogas.....	110
4.4.1. Beneficios de la Asistencia a Centros Diurnos y Actividades Recreativas.....	110
4.4.2. Visita a los Centros de Salud	112
4.4.3. Impacto del consumo las Drogas en las diferentes Etapas de la Vida	114
4.4.4. Consumo Activo de Fármacos	116
4.4.5. Consumo de Drogas lícitas e ilícitas	119
Capítulo V.....	129
Conclusiones y Recomendaciones	129
5.1. Conclusiones	130

5.2. Recomendaciones	135
Capítulo VI.....	140
Referencias bibliográficas y Anexos.....	140
6.1. Referencias bibliográficas.....	141

ÍNDICE DE ANEXOS

6.2Anexos.....	154
6.2.1. Anexo 1.Consentimiento Informado.....	154
6.2.2. Anexo 2. Carta dirigida al Centro Diurno Pilar Gamboa para la Solicitar el permiso a la Investigación.....	157
6.2.3. Anexo 3. Carta del centro Diurno Pilar Gamboa en Respuesta a la Solicitud para la Realización de la Investigación.....	158
6.2.4. Anexo 4. Instrumento de Recolección de Datos.....	159

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de Riesgo Sociales, Psicológicos y Físicos para Consumo de Drogas en las Personas Adultas.....	37
Tabla 2. Tipo de Servicio de Tratamiento según Áreas de Intervención.....	47

*“Mirado desde una mirada puramente investigativa, cada Persona Adulta Mayor
es en sí un laboratorio de experiencias acumuladas
comprobadas y asimiladas”*

(Hernández, Soto, Castro, 2010, p.45)

Capítulo I

Introducción

1.1 Introducción

La presente investigación forma parte del trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería; bajo la modalidad de tesis, la cual contempla a la población adulta mayor asistente al Centro Diurno Pilar Gamboa en el sector de San Antonio de Desamparados durante el año 2013.

La ejecución de dicho trabajo en esta población nace a partir de esa transición poblacional que vive en la actualidad la sociedad costarricense y el mundo en general, tal como menciona el Informe Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor de Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2008):

¹Los cambios demográficos ocurridos en Costa Rica en las últimas décadas han tenido y tendrán en el futuro cercano importantes implicaciones que el país debe tomar en cuenta. El descenso del número de hijos [e hijas] que tienen las mujeres y el aumento en la esperanza de vida modificaron de manera importante la estructura por edad de la población. Este paso de altos a bajos niveles de mortalidad y natalidad tiene repercusiones sobre el peso relativo de los distintos grupos de edad. Al disminuir la mortalidad un mayor número de personas sobrevive hasta edades adultas y un mayor número de personas sobrevive hasta edades avanzadas. (p.1)

Según este informe, el 6% de la población costarricense son Personas Adultas Mayores, o sea alrededor de 280 mil personas, además se espera que para el año 2025 esta cifra aumentará a un 11,5% del total de la población. Esto quiere decir que aproximadamente 600 mil personas tendrán 65 años o más. Asimismo, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) refiere en su boletín "*Panorama Demográfico*", que ese aumento en la población mayor de 65 años ha provocado en la pirámide poblacional; como representación gráfica de los cambios en la estructura poblacional, un ensanchamiento del nivel superior de la gráfica. (INEC, 2012)

¹ Las citas utilizadas en este documento siguen el formato de la American Psychological Association (APA), 2006.

Esto provoca un cambio a una estructura con una formación más rectangular, que representa el proceso de envejecimiento progresivo por el transita la población costarricense. Por tanto se ha hecho indispensable una atención especializada y un mayor número de profesional en salud capaces de satisfacer las necesidades tan urgentes que presentan la mayoría de estas personas, las cuales pasan desapercibidas y no son profundizadas, ejemplificado desde el fenómeno de las drogas y como el papel de Enfermería es esencial para aportar grandes herramientas por ser una ciencia cuyo estudio es el cuidado de las personas y la salud de las mismas conformado por múltiples aspectos, y desde una perspectiva integral e integrada.

Como se menciona en la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la salud en el Siglo XXI (Organización Mundial de la Salud, 1997) el aumento de la población adulta mayor y el abuso de las drogas representan una amenaza para la salud de las personas.

Las tendencias demográficas, como la urbanización, el aumento del número de Personas Adultas Mayores [Personas Adultas Mayores] la prevalencia de enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de vida sedentaria, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de centenas de millones de personas. Las enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental exigen una respuesta urgente. (p.3)

Dado lo anterior, se elige en esta población una temática que aborde aquellos conocimientos, actitudes y prácticas en torno a las drogas de carácter lícito e ilícito, ya que, como todo ser humano está expuesto a esta problemática y desde sus vivencias podremos conocer a grandes rasgos las necesidades a abordar en estudios posteriores.

La investigación se desarrolla desde el enfoque cualitativo fenomenológico, con el fin de profundizar en el tema drogas y obtener la información pertinente para garantizar la riqueza del estudio. La estrategia metodológica se basó en historias de vida y la recolección de la

información se efectuó por medio de entrevistas a profundidad desarrolladas a doce Personas Adultas Mayores, sin exclusión de género. El análisis de la información, que fue utilizada con el fin de obtener los resultados, se desarrolló según las pautas que establece por el enfoque cualitativo tomando en cuenta a la persona, su entorno, a la familia y amistades.

El fenómeno de las drogas produce una gran cantidad de necesidades que el sistema de salud debe considerar tempranamente, sin hacer excepción en las Personas Adultas Mayores. La organización y la gestión que el sistema logre serán fundamentales tanto en la población adulta mayor actual como las futuras generaciones de este grupo poblacional. En vista de este panorama de la situación de la Persona Adulta Mayor, se hace evidente la importancia de que los profesionales de enfermería no sólo conozcan la temática sino que integre, consolide y sobre todo la sensibilice la población en general con el fin de brindar intervenciones necesarias y oportunas desde su campo laboral.

1.2. Justificación

En la presente investigación se busca identificar cuáles experiencias de vida tienen las Personas Adultas Mayores con respecto al consumo de drogas lícitas e ilícitas en Costa Rica. Su desarrollo surge a partir de diversos cuestionamientos ante distintas temáticas que no son abordados en la etapa adulta mayor y en lo que se refiere a las drogas no es la excepción.

¿Qué motiva a desarrollar el tema de las drogas en la población adulta mayor? Justificarlo tiene muchas razones pero parte importante de esa elección lo sugieren los autores Anzola y Mejías, citado por Rodríguez, Martínez y Villegas, (1996):

Con el desarrollo contemporáneo se han presentado cambios significativos en las tasas de natalidad y mortalidad y se han aumentado considerablemente la esperanza de vida al nacer. A lo anterior, se suma el mejoramiento de los indicadores de salud en todas las edades, que por el proceso de modernización, facilita al contingente humano el acceso de servicios lo cual permite un mejoramiento de su salud y da prolongación de vida. (p.10)

Es decir, ya la población objetivo no son sólo las personas en etapa de juventud como bases de la sociedad sino que al pasar de los tiempos las características han cambiado y cobra cada vez más importancia temas en torno a las Personas Adultas Mayores ya que son cada vez más mayoría como se habló en el apartado anterior. También, se suma esa igualdad de oportunidades y desarrollo integral que merecen las Personas Adultas Mayores en la sociedad costarricense que le permitan una vida digna, decorosa y humanizada (Rodríguez, et al., 1996).

El consumo de drogas en Costa Rica, se ha convertido en una problemática en crecimiento esto según diversos estudios que describen el panorama actual. Entre estos se encuentra la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas del año 2010 publicada por Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en el 2012, la cual se divide en cinco fascículos correspondientes a tabaco, alcohol, cannabis, cocaína/crack y medicamentos.

En ella se resalta como la población de doce a setenta años muestra un consumo activo de tabaco del 13% de la población lo cual representa una cifra cercana al medio millón de personas. En lo que respecta al alcohol existe una prevalencia del consumo activo del 20, 5%, seguidamente el cannabis es la droga ilícita de mayor consumo, principalmente entre personas jóvenes (12 a los 35 años); en el caso de los hombres un 5,4% y mujeres un 2,5% y finalmente en lo que refiere a medicamentos en especial psicotrópicos; 28 695 personas (0.82%) entre los 12 y los 70 años de edad, estaban consumiendo de forma activa y sin prescripción al menos un medicamento tranquilizante.

Sin embargo, en la mayoría de los estudios no se engloba la totalidad de las Personas Adultas Mayores y se limitan a tópicos sobre la automedicación, la medicación para el tratamiento de trastornos depresivos, contra el dolor con ansiolíticos u opiáceos y sobre la ingesta de alcohol o cigarrillos escasamente. Por tanto, se omiten otros tipos de drogas y no se profundiza para conocer más sobre sentimientos o actitudes de las Personas Adultas Mayores que han consumido estas sustancias. Sin olvidar que estas sustancias suele siempre asociarse a personas jóvenes, esta problemática no tiene límites de edad.

Existen diversas razones por las cuales la familia y el personal de salud no detectan o reportan este problema: los signos y síntomas que se presentan se atribuyen a otras al proceso de

envejecimiento o enfermedades crónicas, se confunde con alguna demencia o depresión y el personal de salud puede considerar embarazoso preguntarle a la Persona Adulta Mayor sobre consumo de alcohol y otras drogas. Los datos actuales relativos a las personas mayores y el fenómeno de las drogas son escasos, lo que complica las implicaciones del problema y constituye una razón para desarrollar esta investigación. (Castillo, Palucci, Alonso, Guzmán, y Gómez, 2008).

Aunque los avances en el área de la salud son de carácter positivo en el combate de enfermedades y mejorar la calidad de vida, también ha sido una puerta de entrada para el aumento en el consumo desmedido o excesivo de fármacos por parte de la población adulta mayor, y de alguna manera ha sido incentivado por el mismo sistema de salud. Durante la vejez, una etapa que genera cambios en todas las áreas de la persona, se hace más frecuente la aparición de trastornos psicológicos que requieren mayoritariamente medicamentos ansiolíticos y antidepresivos, a su vez algunas patologías físicas presentes pueden promover consumo de fármacos para su alivio, Lo anterior unido a las dificultades por ejemplo económicas y laborales podrían potenciar el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Desde aquí surge la pregunta ¿para qué sirve desarrollar esta investigación? Souza y Cruz (2008) mencionan en su descripción epidemiológica sobre la población adulta mayor que “Lamentablemente en relación con los ancianos [las Personas Adultas Mayores] de México, existe escasa información e inadecuado registro de los problemas de salud mientras no sean causa de muerte u hospitalización y la cifra ignorada es mayor aún entre quienes que no gozan de apoyo institucional o pueblan áreas rurales” (p.21). Esta frase hace reflexionar sobre el conocimiento que se posee sobre los problemas de salud de las Personas Adultas Mayores, si bien este hace referencia a la población mexicana, al buscar antecedentes sobre consumo de drogas en el país no se encontró información alguna sobre el tema.

Más allá de un insumo informativo sobre lo que pasa en el país, es la posición que se debe tomar para reducir esta problemática, en un grupo de edad que no debe ser desprotegido y que merece la formulación o reformulación de estrategias y reconsiderar las intervenciones para asegurarse de que también son adecuadas para las personas ciudadanas de mayor edad.

Destacando además el papel de enfermería como un recurso investigativo de la situación actual, para dar su voz a la sociedad y alertarla ante los riesgos que esto implica y por supuesto como herramienta para alertar que se debe actuar interdisciplinariamente para resolver los puntos que necesite esta problemática.

1.3. Problema

¿Cuáles son las experiencias de vida en las Personas Adultas Mayores con respecto al consumo de drogas?

1.4. Objetivo General

Analizar las experiencias de vida entorno al consumo de drogas lícitas e ilícitas de las Personas Adultas Mayores de la Asociación-Centro Diurno Pilar Gamboa en San Antonio de Desamparados.

1.5. Objetivos Específicos

1. Determinar los conocimientos y factores asociados sobre drogas que poseen las Personas Adultas Mayores.
2. Identificar las actitudes y circunstancias relacionadas de las Personas Adultas Mayores frente al consumo de drogas.
3. Describir las prácticas y situaciones vinculadas de las Personas Adultas Mayores que desarrollan ante el consumo de drogas.

Capítulo II

Marco Referencial

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Lo que concierne al ámbito internacional se hallaron diversas publicaciones sobre el tema, cada una de las investigaciones encontradas adquieren semejanza pero no se encontró alguno que tuviera el mismo propósito, de forma cronológica se muestran a continuación.

El primer estudio se llama “*Consumo de drogas médicas en la población de 60 a 65 años en México, encuesta nacional de adicciones 1993*”, realizado por Tapia, Cravioto, Borges y Blanca, (1993). Su objetivo consistía en estimar la prevalencia del consumo de opioides, depresores y estimulantes entre la población de 60 a 65 años de edad entrevistada en la segunda encuesta nacional de adicciones en 1993 y conocer las características demográficas de las Personas Adultas Mayores consumidores de drogas médicas.

Entre el material y método empleado se describe como un estudio transversal, probabilístico, de diseño polietápico, estratificado y por conglomerados en el que se entrevistó a personas de ambos sexos de 12 a 65 años de edad residentes en zonas urbanas del país. Entre los resultados se destaca que se identificaron 911 Personas Adultas Mayores; 218 (23.9%) consumen drogas médicas (17% hombres, 28% mujeres), 22% de las mujeres y 13 % de los hombres consumen depresores del sistema nervioso central. Tales medicamentos son los de mayor consumo, seguidos por los opioides (7% en mujeres, 5% en hombres). La edad de inicio del consumo en la mayoría de los casos es a los 60 años y es más temprana en los hombres.

El consumo de depresores y opioides ocurre bajo prescripción médica en un 85% de los casos, 3% se automedica y 5% los usa por recomendación de una amistad, 9% los emplea por más tiempo del prescrito. Las conclusiones en base a este estudio revela que es necesario realizar estudios más profundos y específicos acerca del consumo de medicamentos por parte de las Personas Adultas Mayores, conocer con detalle la prevalencia de su uso, cuáles son los más utilizados, la frecuencia de los efectos adversos, la afectación de la calidad de vida al ingerir medicamentos prescritos inadecuadamente y las redes sociales de apoyo para las Personas Adultas Mayores, entre otros.

El segundo estudio se denomina “*Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México*” (2000), realizado por los autores Solís, Vélez y Berume. Se trata de un estudio transversal mediante técnicas muestrales aleatorizadas por medio de una encuesta diseñada “ex profeso”. La muestra se formó con las Personas Adultas Mayores de 65 años en adelante que acudieron a consulta por primera vez durante ese mes a los centros de salud de las jurisdicciones sanitarias del Distrito Federal. El tamaño y el poder muestral se determinaron mediante el programa Statcalc del Epiinfo, versión 5.2 de la Organización Mundial de la Salud, con un nivel de confianza del 95 por ciento.

Por lo anterior, se entrevistó a 700 personas mayores de 65 años que acudían a los servicios de atención primaria de las 19 jurisdicciones sanitarias del Distrito Federal, por medio de una encuesta que evaluó sus hábitos de consumo de alcohol. El cuestionario incluyó 17 preguntas con las que se investiga la prevalencia, la edad de inicio, la cantidad de alcohol que consumen y los problemas asociados.

Los resultados muestran una prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de toda la vida del 36.7%. La prevalencia actual fue de 20.5%; ambas cifras son menores que las reportadas por la Encuesta Nacional de Adicciones en todos los grupos de edad en la ciudad de México. Los patrones de consumo de la población entrevistada no parecen indicar una problemática importante en el grupo estudiado.

Un porcentaje menor (2.4%) de esta población dijo ingerir ahora una mayor cantidad de bebidas alcohólicas que hace seis meses, en tanto que 3.8% de las personas dijo tener problemas por el alcohol. Al interrogarlas acerca del tiempo transcurrido desde que se percataron que tenían problemas por su manera de beber, 65.4% de los 55 personas con problemas dijo haberlo notado desde hace 10 años, e incluso más.

Aquéllos que bebían ahora más que hace seis meses, comentaron que lo hacían para divertirse más (38.2%) y para olvidarse de sus problemas (16.4%). Más de la tercera parte de las personas que consideraron beber o haber bebido de manera problemática, nunca se habían

sometido a tratamiento, y la mitad de los que se habían sometido a tratamiento, lo habían hecho durante los 10 años anteriores a la encuesta.

Por tanto en sus conclusiones este estudio demuestra que aunque el consumo de alcohol en la población entrevistada no constituye un serio problema, aquéllos con antecedentes de haber bebido y de beber en exceso, actualmente son un grupo vulnerable que requiere de medidas para detectarlo oportunamente y remitirlo a la dependencia de salud apropiada. En general, este estudio corrobora no solamente la estabilización del consumo de bebidas alcohólicas en las etapas tardías de la existencia sino también su franca declinación.

Asimismo en el artículo "*Older adult patient with both psychiatric and substance abuse disorders: prevalence and health service use*" (2001) , en el cual Prigerson, Desai y Rosenheck, figuran un estudio transversal donde examinan la incidencia del diagnóstico doble (trastorno psiquiátrico y abuso de sustancias) en una muestra de la población estadounidense de este grupo de edad que asisten a los centros de salud en el área de salud mental y examinar las características y la utilización del servicio de salud asociado con ser una Persona Adulta Mayor con este diagnóstico doble.

Entre sus principales resultados encontraron que el diagnóstico doble disminuye drásticamente con el incremento de edad de las Personas Adultas Mayores, la esquizofrenia fue el diagnóstico psiquiátrico más frecuente, seguido por la depresión y el alcohol fue la droga más consumida. Al igual que en estudios mencionados anteriormente, el uso indiscriminado de sustancias y alcohol ha sido poco reconocido en personas mayores. Este problema afecta en esas Personas Adultas Mayores acortando su esperanza de vida.

Otro problema que mencionan con respecto al doble diagnóstico es el subdiagnóstico de abuso de sustancias en etapas tardías de la vida, ya que probablemente malinterpreten el abuso de sustancias como resultado de la vejez o una condición médica coexistente.

Otra publicación relacionada es "*Alcohol, drugs and much more in later life*" de Hulse (2003), él describe aspectos de diversas investigaciones sobre el consumo de drogas en Personas Adultas Mayores. Se hace énfasis en las condiciones físicas y sociales que predisponen a la

Persona Adulta Mayor al consumo de sustancias y que contribuyen a que estos causen mayores problemas.

Por ejemplo, en condiciones físicas refiere la disminución de la masa corporal y el porcentaje de agua en ellos y ellas, potencia la acción de fármacos hidrosolubles y liposolubles, la actividad de la enzima que metaboliza el alcohol (alcohol deshidrogenasa) aumenta el tiempo de permanencia del alcohol en la sangre, por su parte en condiciones sociales recalca la soledad y el desempleo.

Asimismo, la visita a los y las profesionales en medicina facilita la prescripción de fármacos, además las Personas Adultas Mayores generalmente se automedican tomando medicinas de otras personas. Lo anterior unido a los cambios en los estilos de vida que influyen de diversas formas en el consumo de sustancias en esta población.

Este autor hace mención a un punto importante para el diagnóstico de abuso y dependencia de sustancias en la población adulta mayor. En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV), los criterios usados para diagnosticar un problema de estos se basan en las secuelas sociales y psicosociales del abuso de las drogas, en la Persona Adulta Mayor, sin embargo dados los cambios en la sociedad, se atribuyen menos responsabilidades a la Persona Adulta Mayor y sus problemas de salud como posibles patologías asociadas al envejecimiento que dificultan ese diagnóstico.

En el 2003, Figueroa, Armas, Ruiz y Morales, presentaron su estudio “*Frecuencia de Adicciones en el Adulto Mayor [Persona Adulta Mayor]* ”, éste fue realizado en México, es de tipo transversal comparativo en una población de Personas Adultas Mayores de 222 personas, divididos en 2 grupos, el primero incluye a 102 Personas Adultas Mayores que participan en clubes que promueven actividades para este grupo poblacional y 120 Personas Adultas Mayores de población abierta. Se les aplicó un cuestionario de 12 ítems previamente validados por un consenso de expertos en geriatría y dos profesionales en psicología.

Según estas personas investigadoras, las características psicosociales de este grupo de edad potencian la aparición de trastornos depresivos y con ello las adicciones. A esto se le suma la

permisividad social del consumo de sustancias como el alcohol y tabaco, el cual es incentivado por patrones comerciales y culturales.

Dentro de los principales resultados que se encontraron en este estudio a modo de resumen fueron que el trastorno depresivo se presentó en un porcentaje de 40% en personas que no acuden a ningún grupo versus 29% en los que sí lo hacen. El consumo de cigarrillos se presentó con una incidencia de 18% en el primer grupo y 22% en el segundo. El consumo de café en ambos grupos fue muy alto, se dio en un 62% y 73%.

En cuanto al consumo de alcohol obtuvieron un porcentaje de 45% y 52% respectivamente. Por último en cuanto a ingesta de tranquilizantes se reportó un porcentaje de 20% y 22% en cada grupo.

Según las personas investigadoras, el fenómeno de las drogas sobrepasa la clase social y grupo poblacional, se evidencia un aumento en el consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas. Las Personas Adultas Mayores no se encuentran excluidas de este fenómeno, ya que este se ve afectado por aspectos propios del proceso de envejecimiento.

Ellos hacen hincapié en que “Es importante establecer y fortalecer las redes de apoyo en esta etapa de la vida, siendo la familia la principal” (Figueroa y et al., 2003, p.71). Asimismo proponen incentivar medidas de autocuidado y desde el punto de vista social el ingreso a grupos que podrían disminuir la aparición de trastornos depresivos. Se suscita también el conocimiento de las Personas Adultas Mayores en cuanto a pre medicación y consumo de tranquilizantes, así como los posibles efectos adversos del consumo y abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Otro estudio titulado “*Prescripción potencialmente inadecuada de medicamentos en las Personas Adultas Mayores*”, del autor Oscanoa en el año 2005 realizado en Perú, entre sus objetivos, se quisieron determinar la prevalencia de la prescripción potencialmente inadecuada y las interacciones fármaco-enfermedad (definido por los criterios de Beers) en personas hospitalizados y los factores asociados a su uso. Los materiales y métodos utilizados en el estudio fue una muestra de 500 personas (media edad: 75 años) hospitalizados entre junio 2002 y junio

2003. Se consideró la medicación prescrita antes (medicación habitual), durante y al alta del hospital.

Entre los resultados obtenidos están: la prevalencia de prescripción de al menos un medicamento inapropiado al ingreso, durante la hospitalización y al alta fue de 12,4%, 3,4% y 2,1%, respectivamente. Los medicamentos más frecuentemente implicados al ingreso hospitalario fueron diazepam, digoxina (dosis > 0,125 mg/día), hierro (dosis superiores a 325 mg/día), clorfeniramina y amitriptilina.

La interacción droga-enfermedad potencialmente adversa al ingreso, durante el internamiento y al alta fue de 13,4%, 5,4% y 4,2%, respectivamente. A esto se le aportan la conclusión de que el estudio revela la existencia de prescripción de medicación potencialmente inadecuada o de interacción droga-enfermedad potencialmente adversa en personas hospitalizadas del medio investigado. La polifarmacia, polipatología y la presencia de dolor crónico se asociaron significativamente con la prescripción potencialmente inadecuada.

Otras de las investigaciones es la denominada “*Consumo de alcohol y drogas médicas en las Personas Adultas Mayores*” del año 2005, realizado por el autor Gongora, se trata de un estudio con diseño de tipo descriptivo correlacional, con una población conformada por 996 Personas Adultas Mayores de 60 años y más de ambos sexos afiliados al Instituto Nacional para Personas Adultas Mayores en la ciudad de Hecelchakan, Campeche, mediante un muestreo probabilístico aleatorio con estratificación por sexo.

El propósito del mismo fue conocer la proporción de las Personas Adultas Mayores que consumen alcohol y/o drogas médicas en esta ciudad, bajo dos perspectivas la de National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1998) que lo clasifica de sensato y de riesgo así como la clasificación de la Fuente y Kershenobich (1992), de consumo dependiente y dañino y además el consumo de drogas médicas. Como resultados el estudio permitió conocer que el 53.6% de las Personas Adultas Mayores consumen alcohol como edad de inicio a los 19 años, y el inicio de drogas médicas a los 61 años de edad de acuerdo al NIAAA en las Personas Adultas Mayores prevalece el consumo de alcohol en forma riesgosa (89.4%), un 57.3% de varones presentan un consumo dañino y el 50% de consumo en mujeres es de forma riesgosa. En cuanto

al consumo de drogas médicas quienes presentan mayor consumo son las personas de 60 a 70 años de edad; prevalece el consumo de tranquilizantes (7.6%), las mujeres presentaron un mayor consumo de medicamentos antidepresivos (71.4%), y en los hombres es mayor el consumo de tranquilizantes (42.9%).

Por otra parte, en otro estudio relacionado con el tema de la presente investigación, Souza y Cruz, en el 2008 presentaron artículo *“Vejez, Fisiopatología y Consumo de Sustancias”*. Éste presenta una visión epidemiológica sobre la situación de las Personas Adultas Mayores de México, hace mención al aumento poblacional de este grupo lo que provoca mayores diversas implicaciones de corte psicosocial, económico y laboral que se adjuntan a los propios del envejecimiento.

Luego de brindar una descripción de aspectos socio-demográficos de las Personas Adultas Mayores de nacionalidad mexicana, basándose en estadísticas publicadas en esta nación, las personas investigadoras describen el consumo de sustancias de esta población, refieren que se ha documentado que de 100 Personas Adultas Mayores de 60 años, 20% padece de alcoholismo y 5% otros tóxicos como la marihuana. Sin embargo, en cuanto a los psicotrópicos ilegales el consumo es ilusorio ya que su consumo se dirige a sustancias como tranquilizantes y antidepresivos.

Este estudio, al igual que el mencionado anteriormente, sugiere que los trastornos psicológicos se relacionan con el consumo de sustancias, ya sean fármacos u otros como alcohol o tabaco. Estos afectan su estado psicofísico, además de crónicos que van desde la aparición de enfermedades (hipertensión, cirrosis, deficiencias nutricionales), accidentes o abuso y dependencia de dichas drogas.

En su artículo las personas autoras sugieren que las y los familiares de las Personas Adultas Mayores generalmente no conocen los efectos adversos del consumo abusivo de sustancias como el alcohol y en muchas ocasiones no interfieren en su ingesta si la bebida complace a la personas adulta mayor. Es de importancia recalcar que existen pocos estudios sobre el abuso/dependencia a opiáceos, situación que aplica con el consumo de otras drogas.

Entre las conclusiones importantes de este estudio las personas investigadoras refieren en cuanto a las Personas Adultas Mayores que “el consumo de sustancias (epidemia silenciosa) es un peligro para su seguridad y subsistencia” (Souza; Cruz, 2008, p.29). Con esta cita se caracteriza el fenómeno de las drogas como epidemia que al ser constituido y modelado por factores sociales, económicos y culturales en cada región, llega a ser aceptado y tolerado por la sociedad, y la etapa de la vejez no se escapa de ello, siendo un problema para la salud de las personas de este grupo etario.

Otro estudio se denominado “*Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en las Personas Adultas Mayores de Monterrey, México*” (2008), realizado por los autores Castillo, Palucci, Alonso, Guzmán, y Gómez.

Este es un estudio descriptivo correlacional con aproximación cualitativa de los datos en 112 Personas Adultas Mayores de 60 años, con objeto de identificar las diferencias en el consumo de alcohol por sexo y estado marital y las diferencias en el consumo de drogas por sexo, así como determinar los eventos de la vida estresantes que se asocian con el uso y abuso de alcohol y drogas, y conocer las percepciones sobre los eventos de la vida que han experimentado como más estresantes.

Entre los resultados mostraron diferencias significativas del consumo de alcohol de acuerdo al sexo ($U=154.0$, $p < .001$), donde el consumo fue mayor para los hombres. Se reportó que el consumo de drogas (fármacos): ($\chi^2=5.95$, $p < .015$) y los índices de estrés de la vida ($U=1038.5$, $p = .010$) son mayores en las mujeres. Los eventos de la vida que percibieron más estresantes fueron; sus problemas de salud o de sus familiares, problemas familiares y económicos.

Así que a grandes rasgos, las conclusiones dicen que el consumo de alcohol por sexo fue significativamente diferente siendo más alto el consumo en las Personas Adultas Mayores del sexo masculino. No se encontraron diferencias significativas del consumo de alcohol según el estado marital. El consumo de drogas (fármacos) fue significativamente diferente, mostraron más alto consumo las Personas Adultas Mayores del sexo femenino. Las drogas de mayor consumo fueron tranquilizantes (ansiolíticos) y antidepresivos.

Se destaca la presencia de diferencias significativas de los eventos de vida estresantes por sexo, siendo más alta la percepción de estos eventos en el sexo femenino. Los eventos estresantes más importantes fueron, el deterioro de la memoria, seguido por el deterioro de su estado financiero, y por las alteraciones de la salud o conducta de un familiar.

Para finalizar el estudio llamado “*Consumo de tabaco y alcohol en un colectivo de Personas Adultas Mayores de CD. [Ciudad] Victoria, TAM [Tamaulipas]*”, por las personas autoras Maldonado, Banda, Rivera, Medrano, Villanueva y García, en el año 2010, tuvo como propósito determinar el consumo de alcohol y tabaco del grupo de Personas Adultas Mayores que conforman el grupo de la tercera edad del Gimnasio Multidisciplinario de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Este fue un estudio descriptivo de corte transversal en 37 Personas Adultas Mayores de ambos sexos, utilizando un instrumento con un alpha de cronbach de 0.85.

Como resultados se obtuvieron el consumo de tabaco en este grupo de Personas Adultas Mayores fue bajo comparado con la media nacional (20.4%), mientras que el porcentaje de Personas Adultas Mayores que consumen alcohol fue alto, aunque los patrones de consumo de la población estudiada no parece indicar una problemática importante ya que un porcentaje mínimo se encuentra en consumo moderado de alcohol y la gran mayoría en el consumo ocasional.

Después de la búsqueda de material relacionado al tema del presente trabajo, se encontraron similitudes en ellos, sin embargo es de suma importancia recalcar que todos ellos se basan en poblaciones extranjeras, como México y EEUU, por lo que las publicaciones nacionales sobre el tema son escasas.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

En la búsqueda realizada de los estudios efectuados que tengan relación al tema planteado a nivel nacional son muy escasas las investigaciones relacionadas al tema. Dentro del ámbito nacional Bejarano y Sáenz (2004) publicaron su estudio “*Consumo de Drogas en Personas Costarricenses Mayores de 60 años: Estudio de tres cohortes.* ”, éste muestra los resultados de las encuestas nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas de los años 1990, 1995 y 2000 en Costa Rica.

Este nace ante la afección a nivel internacional que se ha venido dando con el consumo de sustancias psicoactivas, además del aumento de casos de alcoholismo en este grupo de edad, su difícil diagnóstico y problemas de subregistro. La población estaba compuesta por personas de 60 a 70 años de edad, y la información que se recolectó por medio de un cuestionario elaborado por la Unidad de Investigación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, el cual incluye aspectos relacionados a la alimentación, actividad física y sobre drogas lícitas e ilícitas.

Dentro de los resultados más relevantes encontraron una relación directamente proporcional entre las personas con mayor nivel educativo y un mayor consumo de alcohol, el consumo de más en personas del sexo masculino y en cuanto a las drogas ilícitas mencionan que de todas la población solamente un hombre refirió consumir marihuana, por lo que inquietan que el consumo de este tipo de drogas no es un problema de salud pública en este grupo poblacional. Igualmente refieren la importancia que adquiere el género en el consumo de alcohol.

Asimismo, el mayor consumo de tabaco y alcohol por parte de los hombres, elemento asociado con la socialización de género (Cambronero y Ortega, 2003; Fromm y Maccoby, 1979), resulta de gran interés, ya que se constituye en un indicio para la generación de programas de prevención, pues de acuerdo con Fomm y Maccoby (1979), existe una correlación significativa al nivel del 1% entre machismo y alcoholismo, y ello podría ser un elemento explicativo en torno a las mayores proporciones de consumo de los hombres respecto a las mujeres. (p.40)

Por último concluyen que es fundamental la promoción de estilos de vida saludable, autoestima, autocuidado y la necesidad de realizar estudios de más profundidad con respecto a esta temática.

A continuación se presenta la revisión de los conceptos que fundamentan la presente investigación.

2.2. Marco Referencial

2.2.1 La Salud y sus Perspectivas

Resulta de gran importancia para el desarrollo de este trabajo iniciar bajo el concepto de salud, que como tal está lleno de múltiples perspectivas; sin embargo el concepto biológico acude rápidamente a nuestra mente ya que aún no nos desprendemos de la antigua definición de 1948 planteada por la Organización Mundial de la Salud, y aunque fue importante no es la única. Hoy se deja de lado y se considera el término salud desde una mirada más social, con diversas implicaciones; como lo consideran en la Renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) realizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007) “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).

También se agrega otra perspectiva del término salud de la Organización Mundial de la Salud, bajo la referencia de la carta Ottawa para la promoción de la salud en 1986:

Salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. (Organización Mundial de la Salud, 1998, p.10)

Tampoco podemos dejar de lado la Atención Primaria de Salud (APS); una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud desde 1978, la cual tiene como objetivo primordial una “Salud para todos [salud para todas las personas]”, pero además es definida según Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2007) como:

Un sistema de salud basado en la APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. (pp. 11-12)

Hoy en día se habla de una renovación de la APS; debido a los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS. (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2007). Desde esta concepción se desprende el tema de los determinantes sociales de la salud.

2.2.2. Determinantes Sociales de la Salud

Por tanto siguiendo la línea anterior es imprescindible hacer mención a estos determinantes que son definidos como un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud [la salud] de los individuos [personas] o poblaciones”

(Organización Mundial de la Salud, 1998, p.16). Por otro lado, en la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud en el año 2011, se expresó *que* “las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud ” (Organización Mundial de la Salud, 2011, p.2).

Estas condiciones se pueden analizar desde diversas perspectivas, para el presente estudio se tomará la propuesta por Dalghren y Whitehead en 1991 citado por Borrell (2006), que a continuación se describe en el siguiente esquema:

Figura 1. Modelo de las Desigualdades en Salud de Dalghren y Whitehead

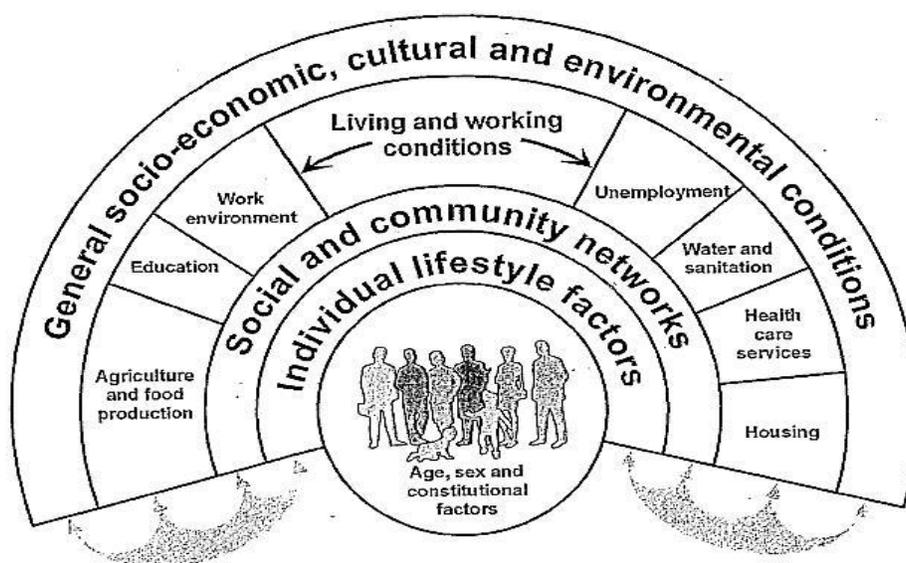


Figura 1. Modelo de Desigualdades en salud de Dalghren y Whitehead. Traducción de cada capa comenzando por el exterior: Condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente, agricultura y producción de alimentos, educación, medio laboral, condiciones de vida y trabajo, desempleo, agua e higiene sanitaria, servicios sanitarios, vivienda, redes sociales y comunitaria, estilos de vida individuales, edad, sexo y factores constitucionales. Traducción elaborada por los autores. Adaptado de “Desigualdades y Servicios de Salud”, por Borrell, 2006, *Saúde e Sociedade* 15 (2), p.9-22.

Es por ello, que el conocimiento de esas condiciones es esencial para determinar realmente las causas de proceso salud-enfermedad de las personas. Según Benach y Muntaner (2005) “Las condiciones sociales que originan las enfermedades, en muchos casos injustas y evitables, quedan ocultas o simplemente desaparecen” (p.99), por ende los profesionales de la salud tienen la ardua labor de implementar estrategias y analizar la situación de la persona desde esta perspectiva, ya que de lo contrario cualquier estrategia que se realice será infructuosa y vacía.

La raíz del problema de salud de cada persona se debe tratar desde la influencia de su medio social, político, económico, cultural, religioso y personal. Ya que “Cada mujer, cada hombre, nace, vive, trabaja, se relaciona con los demás, [las demás personas] enferma, y muere influido por el medio social que le rodea. No es posible entender a los individuos [las personas] aisladamente, sin contar con su contexto familiar, cultural, y social. Ninguna persona es una isla, nos recuerda la conocida expresión de John Donne. ” (Benach y Muntaner, 2005, p.100). Todo lo mencionado anteriormente se expresa de igual forma en el concepto de calidad de vida.

2.2.3. Calidad de Vida

Aunado al concepto de salud y sus determinantes encontramos el término calidad de vida, el cual es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las Personas Adultas Mayores como punto central de este trabajo, es definido por el grupo World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL), citado por la Organización Mundial de la Salud, en 1998 como:

La percepción del individuo [de la persona] sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. (p.28)

Se trata de un concepto amplio, subjetivo, de carácter positivo y negativo, que depende en gran medida del medio donde viva y esa percepción que tenga la persona que sus necesidades son satisfechas o no independientemente de su salud, circunstancias económicas y condiciones sociales. Durante la adultez mayor este se ve afectado por diversos factores, a continuación de describen las principales características de esta etapa de la vida.

2.2.4. Adultez Mayor

Acercándonos a la temática del trabajo es importante definir el concepto de Persona Adulta Mayor, como eje central que se usará a partir de ahora, lo cual según la Organización Mundial de la Salud en el acuerdo en Kiev de 1979 (citados por Novelo 2003, párr.1) “Se consideran Personas Adultas Mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados”. En 1994 la Organización Panamericana de la Salud ajustó la edad de 65 y más años para considerarlo Persona Adulta Mayor.

En el caso de Costa Rica, la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica decreta en el artículo dos de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (7935), en 1999 como Persona Adulta Mayor a toda persona de sesenta y cinco años o más. Cuando se habla de adultez mayor no se puede dejar de lado la conceptualización de envejecimiento, ya que es un proceso que marca esta etapa.

2.2.5. Envejecimiento

Del mismo modo se plantea el término envejecimiento como:

Un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo [la persona] y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que

conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. (Gómez, Saiach y Lecuna, 2000, párr.1)

Sin embargo, Dychtwald en (1986) citado por la Organización Mundial de la Salud en 1998, habla del término envejecimiento como todo un fenómeno, variable y complejo, aludiendo a que algunos teóricos dicen que la persona nace con una cierta cantidad de vitalidad (la capacidad para mantener la vida) que puede disminuir continuamente a medida que avanza la edad. Los factores del entorno también influyen sobre la duración de la vida y el momento de la muerte.

Es necesario tener una visión del envejecimiento no como una enfermedad sino como un proceso que inicia desde la concepción, como menciona Reyes y Castillo (2011) “La vejez no es una enfermedad; es un proceso multifactorial que se define como la pérdida progresiva de las funciones, acompañada de un incremento de la morbilidad y la disminución de la fertilidad con el avance de la edad” (p.355). Por ende, es necesario distinguir el envejecimiento como proceso y por otro lado los cambios propios del envejecimiento que se producen en la etapa de la adultez mayor.

Feldman (2007), explica como el desarrollo a lo largo del ciclo vital engloba todas las pautas de crecimiento, cambio y estabilidad en la conducta que ocurren durante el transcurso de la vida, ésta cubre áreas muy diversas desde el desarrollo físico enfocándose en la estructura corporal, desarrollo cognoscitivo que valora la variación de las capacidades intelectuales así como el desarrollo social que estudia cómo evolucionan, cambian o permanecen estables las interacciones de las personas entre sí y los demás. Además se hace una separación por rango de edad descrito como los periodos del ciclo de vida: prenatal (desde la concepción hasta el nacimiento), infancia temprana (desde el nacimiento hasta los tres años), preescolar (desde los tres hasta los seis años), la niñez (desde los seis años hasta los doce), la adolescencia (desde los 12 hasta los 20 años), la juventud (desde los 20 hasta los 40 años) , la madurez (desde los 40 a los 60 años) y las vejez (de los 60 hasta la muerte).

En este caso se brinda un mayor énfasis al proceso de envejecimiento en el periodo de la vejez o adultez tardía, con sus generalidades en los cambios físicos, sociales y cognitivos que tienen gran importancia en el desarrollo de este trabajo.

Para este autor los signos exteriores del envejecimiento en ésta etapa van desde los cambios en el cabello así como la pérdida de elasticidad y colágeno en la piel los que logramos ver como arrugas, se logra ver cambios en la estatura de la persona generalmente causado por la osteoporosis. A nivel interno, existe reducción de flujo sanguíneo dentro del cerebro, endurecimiento y encogimiento de los vasos sanguíneos de todo el cuerpo, menor eficiencia del sistema respiratorio, a nivel digestivo hay mayor incidencia de estreñimiento.

Además existe un incremento en el tiempo de reacción, es decir, se vuelven personas más lentas. También se explica como la adultez tardía trae consigo detrimentos en los órganos sensoriales del cuerpo, como disminución de la capacidad visual, auditiva y sensibilidad del gusto y olfato lo que producen dificultades en la vida cotidiana como la lectura, conducir, participar de conversaciones e incluso el hábito de comer ya sea que coman menos o agreguen más sal a la comida incrementando los problemas de salud.

El autor Feldman (2007) destaca los trastornos físicos y psicológicos más comunes de las Personas Adultas Mayores, entre los físicos se destaca las cardiopatías, el cáncer, apoplejía, así mismo enfermedades crónicas como la artritis e hipertensión arterial. Dentro de los trastornos psicológicos prevalecen la depresión profunda, también trastornos mentales como demencia entre estos el Alzheimer (pérdida de memoria y confusión).

Es importante destacar en el campo cognitivo que tanto la inteligencia fluida como la capacidad de manejar problemas y situaciones nuevas disminuye con la edad, y la inteligencia cristalizada o de almacén de información y habilidades ya adquiridas permanece estable y algunos casos mejora, tomando en los factores ambientales y culturales.

La Persona Adulta Mayor es capaz aún de aprender destrezas nuevas, pero requiere de mayor tiempo que las personas jóvenes, lo cual se debería a un decremento en la incapacidad operacional de la memoria a corto plazo, especialmente en la utilización de estrategias de

codificación, organización y recuperación de la información que haría más difícil el aprendizaje como es la resolución de problemas. (Espinoza, 2010)

En el campo social, las Personas Adultas Mayores no están exentas de situaciones negativas: mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge o seres queridos, además del mismo proceso de envejecimiento del sistema inmunológico, les hace personas más vulnerables a los efectos del estrés y, por lo tanto, más propensos a responder desarrollando una enfermedad, además la transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante, la Persona Adulta Mayor puede sentir estrés, supone la pérdida de ingresos, la identidad profesional, el estatus social, los compañeros y compañeras, la estructura cotidiana del tiempo y las actividades. (Hoffman, 1996, citado por Espinoza 2010).

Este mismo autor, recalca que la etapa adulta mayor no tiene por qué ser el punto más bajo del ciclo de vida ya que el envejecimiento satisfactorio es posible, siendo la sociedad quien debe descubrir los componentes de ella, reorganizando nuestros pensamientos y estructuras sociales, y como la familia continúa siendo el mejor recurso de apoyo, a pesar de la existencia de la imagen de que la atención a los padres y las madres se ha degradado en las últimas décadas. Por esto es necesario retomar el concepto de envejecimiento activo, según la Organización Mundial de la Salud (2002) citado por Balboa, Pérez y Sarasola (2012), este se define como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p. 32).

De acuerdo a este concepto, es necesario brindar a las Personas Adultas Mayores estrategias para que se empoderen de su salud, lo que incluye las prácticas alimentación saludable, fomento de la actividad física, actividades de ocio, relajación y socialización, el intercambio generacional y fortalecer sus redes de apoyo y demás aspectos relacionados con el ámbito afectivo, así como la participación activa en su comunidad.

Debido al proceso de envejecimiento en la etapa adulta mayor se dan los cambios hace más propenso al padecimiento de ciertas patologías, como las mencionadas a continuación.

2.2.6. Enfermedades frecuentes en la Adulthood Mayor

A partir del concepto anterior es de carácter importante reconocer las enfermedades más frecuentes en este grupo poblacional ya que de las mismas se dependen la medicación usual, objetivo de esta investigación.

Por tanto a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en las Personas Adultas Mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas. (Menéndez et al, 2005).

Estos mismos autores mencionan que las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), la Diabetes Mellitus (DM), los trastornos cognoscitivos y la depresión tienen efectos independientes en el funcionamiento físico además, las ECV, la depresión, la artrosis, la cardiopatía isquémica (CI) y la fractura de la cadera producen el mayor número de casos con discapacidad física en personas de edad avanzada que no están recluidas en instituciones.

Alguna de las enfermedades más comunes presentes en la Persona Adulta Mayor se destacan (Delgado, Pinguil, Pulla y Urgirles, s.f, pp 22-37):

Diabetes Mellitus tipo II: Es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre se caracteriza por una destrucción autoinmune de las células secretoras de insulina obligando a las personas a depender de la administración exógena de insulina.

Enfermedades cardiovasculares: Son múltiples las enfermedades del aparato circulatorio y del corazón que pueden aparecer en edades avanzadas. Tanto por su frecuencia como por su influencia en producir fragilidad e incapacidad en las Personas Adultas Mayores, son de destacar las siguientes: hipertensión arterial;

insuficiencia cardiaca; cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica. Cada una de ellas tendrá unas características diferentes en cuanto a su forma de incidir en la salud y capacidades de las Personas Adultas Mayores. La hipertensión arterial será el principal factor de riesgo cardiovascular en la Persona Adulta Mayor y por tanto incidirá directamente en la aparición del resto de las patologías cardiovasculares. La cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardiaca son fuente directa de pérdida de autonomía, ingresos hospitalarios y muerte. La arteriopatía periférica puede terminar, tras limitar la deambulación de la persona, en la amputación de un miembro.

Hipertensión Arterial: Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Debe hacerse énfasis desde la primera consulta sobre los siguientes datos: factores de riesgo cardiovascular, antecedentes familiares de enfermedad, condición socioeconómica, cultural y laboral, estatus familiar, listado exhaustivo de comorbilidades, hábitos higiénico-dietéticos, si la persona tiene diabetes, exposición a fármacos que puedan causar hipertensión y eventos previos cardiovasculares, entre otros.

Accidente cerebrovascular (Ictus): Es una enfermedad cerebro vascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Uno de los principales factores que multiplica el riesgo de padecer cáncer es la edad. Pasados los 55 años, cada década vivida dobla el riesgo de padecer un ictus.

Arterioesclerosis de las extremidades: Es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.

Hipertrofia benigna de próstata: Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años. Para su diagnóstico, es frecuente la "biopsia prostática" y el tacto rectal (palpar la próstata a través del recto), que además puede detectar síntomas de cáncer.

Alzheimer: La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años.

Demencia Senil: La demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas.

Osteoporosis: La osteoporosis es una enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, Para frenar la osteoporosis conviene ponerse en manos de un profesional que determine que hábitos de nuestra vida debemos potenciar. Los ejercicios y la gimnasia para la tercera edad son una manera de luchar contra la osteoporosis llevando una vida sana.

También dentro de estas enfermedades frecuentes debemos incluir la depresión la cual es definida en términos generales como (Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez, 2006):

Un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos –esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. (p.1)

Debido no solo a los cambios fisiológicos en la personas adulta mayor, sino también sociales y psicológicos, la familia se convierte en una fuente indispensable de apoyo a la persona.

2.2.7. La Familia

En necesario contemplar la familia y relaciones familiares en esta investigación ya que tienen rasgos distintivos en la adultez mayor y puede convertirse en un factor positivo o negativo que influyen o no el consumo de ciertas drogas; sin embargo, Valdivia (2008) argumenta que es difícil definir el concepto de familia ya que esta ha cambiado a través de los años pasando de una familia tradicional a múltiples modelos que pueden afectar el sistema familiar; a pesar de ello para explicar a grandes rasgos el término familia podemos acotar la definición que aporta la CCSS, CENDEISS y la Universidad de Costa Rica (2004):

La familia es un grupo de personas relacionadas por la herencia, como padres, hijos y sus descendientes se da también por el vínculo y las relaciones de parentesco, así como los roles que se desempeñan. El término a veces se amplía, abarcando a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar, unidas afectivamente, que se relacionan con regularidad y que

comparten los aspectos relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la familia y de sus miembros individuales. (p.12)

En cuanto a las relaciones familiares existen eventos que marcan la vida y estabilidad emocional de la Persona Adulta Mayor donde se destaca la viudez o ausencia de pareja y la jubilación lo que puede en determinadas circunstancias modifica la estructura familiar de la Persona Adulta Mayor ya sea vivir solo, con alguno de sus hijos o partir a un centro para las Personas Adultas Mayores sea tipo diurno o un hogar de ancianos como suele ser en la sociedad costarricense lo que puede repercutir y generar soledad en la mayoría de los casos como lo explica Iglesias, López, Díaz, Alemán, Requena y Castón (2008):

La familia ocupa un espacio central en la prevención de la soledad, pero, en sentido contrario, también puede llegar a ser la principal culpable de su padecimiento. El carácter favorable u hostil de las relaciones familiares, y dentro de las mismas muy especialmente aquellas que se mantienen con los hijos, resulta determinante en la prevención o bien en la aparición de la soledad en la vejez. La situación de desamparo en la que viven muchos ancianos, en este último sentido, explicaría según los jubilados los casos de soledad más terribles. (p.58)

Estos sentimientos de soledad mencionados pueden repercutir en enfermedades como la depresión entre otras, lo que lleva a constantes medicaciones e incluso otro tipo de drogas que recurren las Personas Adultas Mayores para sobreponerse a los hechos, contrario sucedería en relaciones satisfactorias, actividades constantes y un círculo de amistades que podría prevenir lo anterior, lo cual establece gran relevancia en la presente investigación.

2.2.8. Centro diurno

De acuerdo a la temática anterior muchas Personas Adultas Mayores residen o visitan diferentes instituciones o establecimientos integrales encargados del alojamiento, la manutención y la atención geriátrica. (Carvajal, Conejo, Piedra, Vásquez, Villalobos, 2001).

Para el desarrollo de dicha investigación se necesitó la visita a un centro diurno el cual es una institución de carácter diurno, que sirve como complemento y apoyo de la vida familiar para personas mayores de 60 años; en este reciben atención alimentaria, médica, comparten actividades físicas, recreativas, ocupacionales y culturales dependiendo de los recursos del establecimiento. (Carvajal et al., 2001).

Según Brenes citado por Carvajal, et al. (2001) los centros diurnos se definen como:

La institución que brinda atención integral durante el día a las personas mayores que vivan en lugares circunvecinos con sus familias, permitiéndoles el mantenimiento de la funcionalidad, existente y su continuidad en la vida social, económica, cultural y favoreciendo la oportunidad de compartir sus experiencias con otras personas. Se refuerza el contacto social para evitar estados depresivos rechazo familiar, aislamiento social, integrándose con personas de su misma edad.

(p.79)

2.2.9 Drogodependencia

Una vez que descrito aspectos que comprenden la etapa adultez tardía, nos enfocamos al acercamiento de esta etapa con el uso de las drogas, donde surge importante describir el término drogodependencia que según Díaz, Vicente, Arza, Moránguez y Ferrer (2008):

La drogodependencia es un estado caracterizado por: deseo dominante de continuar consumiendo la droga y obtenerla por cualquier medio, tendencia a

incrementar la dosis, dependencia física, psíquica o ambas con síndrome de abstinencia por retirada de esta y efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

(p.3)

¿A qué se refiere con dependencia física y psíquica?

La dependencia física se trata de esa necesidad de mantener determinados niveles de una droga en el organismo. Tiene dos componentes: tolerancia y síndrome de abstinencia aguda que lo describe así Díaz et al., (2008):

- Tolerancia: Es la necesidad de cantidades crecientes de una sustancia en busca del efecto deseado o disminución del efecto ante una misma dosis.
- Síndrome de abstinencia aguda: Manifestaciones clínicas, psíquicas o físicas que se producen por el cese de la administración de una droga y desaparecen con la administración de la droga. (p.2)

Por otro lado la dependencia psíquica es ese deseo irresistible o anhelo de repetir la administración de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros, evasivos o ambos para evitar el malestar psíquico que se siente con su ausencia, por ejemplo sustancias psicoestimulantes (anfetaminas, cocaína, nicotina) y alucinógenos. (Díaz et al., 2008).

Acercándose a la población adulta mayor este concepto los dividimos en dos tipos los consumidores de iniciación temprana (supervivientes) o consumidores de iniciación tardía (reactivos). Los consumidores de iniciación temprana suelen tener una larga historia de consumo de sustancias que persiste en la vejez. Los consumidores de iniciación tardía suelen empezar a consumir sustancias debido a algún acontecimiento estresante de la vida, como la jubilación, el fracaso matrimonial, el aislamiento social o la pérdida de un ser querido. (Gossop, 2008)

2.2.10. Diagnóstico de Drogodependencias

Conociendo los aspectos básicos de la drogodependencia, se hace necesario establecer los puntos que establecen el diagnóstico de esta enfermedad. Los criterios que se utilizan para determinar trastornos como la drogodependencia, los determina en esta investigación el sistema DSM-IV de la American Psychiatric Association., el cual define la dependencia de sustancias psicoactivas como “Un patrón des adaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo” (DSM-IV, 1995, p.187), a continuación se presentan los criterios:

- (Criterio1) Tolerancia: Hay una necesidad de tomar más cantidades de droga para conseguir el efecto deseado, a tal punto que sufre una intoxicación por la droga, y cada vez los efectos de la drogas van disminuyendo poco a poco con las mismas cantidades de droga.
- (Criterio 2) Abstinencia: Se evidencia la presencia de un síndrome posterior al cese de la ingesta de la sustancia, incluso al poco tiempo de no tomarla.
- (Criterio 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- (Criterio 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (Criterio 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- (Criterio 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

- (Criterio 7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia. (p.187)

Se toma como referencia dicho manual, ya que es reconocido y utilizado frecuentemente para diagnosticar este tipo de problemas, sin embargo como se mencionó anteriormente en la revisión de antecedentes muchos de estos criterios no aplican específicamente para las Personas Adultas Mayores, ya que por el proceso de envejecimiento se dan complicaciones a nivel físico, emocional y social que no necesariamente implica un trastorno de drogodependencia.

2.2.11. Medicina Natural

Un aspecto que se desprende del uso de sustancias se encuentran las conocidas como “medicinas naturales”. Según el Reglamento para la Inscripción, Importación, Comercialización y Publicidad de Recursos Naturales Industrializados y con Cualidades Medicinales (DECRETO N° 29317-S) del Ministerio de Salud de Costa Rica se define como productos naturales con cualidades medicinales a “Aquellos productos terminados y etiquetados, cuyos ingrediente(s) activo(s), orgánicos o inorgánicos que provienen de plantas, animales o del reino mineral y que pueden contener excipientes, que se presenten con cualidades medicinales” (párr. 33).

Asimismo la Organización Mundial de la Salud (1978) citado por Cañigüeral, Dellacassa y Bandoni (2003) define planta medicinal como “Cualquier planta que en uno o más de sus órganos contiene sustancias que pueden ser utilizadas con finalidad terapéutica o que son precursores para la semisíntesis químico-farmacéutica” (p. 265). Mediante esas definiciones se guiaran este concepto para la presente investigación.

2.2.12. Factores de Riesgo para el Consumo de Drogas

La descripción de los factores de riesgo que potencian el consumo de drogas en la Persona Adulta Mayor es particularmente difícil. El envejecimiento por sí mismo se puede considerar un

factor de riesgo, ya que este produce cambios físicos y psicológicos que se asocian al consumo de sustancias.

A continuación Gossop (2008), sugiere los siguientes desencadenantes del consumo de drogas, subdividiéndolos en sociales, psicológicos y físicos.

▪ **Tabla 1.** Factores de Riesgo Sociales, Psicológicos y Físicos para Consumo de Drogas en las Personas Adultas

<u><i>Sociales</i></u>	<u><i>Psicológicos</i></u>	<u><i>Físicos</i></u>
Pérdida de un ser querido	Depresión	Falta de movilidad
Aislamiento social	Soledad	Caídas
Falta de apoyo social	Ansiedad	Cuidados personales insuficientes
Problemas económicos	Problemas de memoria	Mala salud en general
	Alteración cognitiva	Enfermedades graves o terminales
	Demencia	
	Confusión	

Nota: Elaboración propia basado en “Consumo de sustancias en las Personas Adultas Mayores: un problema olvidado” por Gossop, M, 2008.

2.2.13. Polimedición

Aunado a este tema se describe el término polimedición que según Gavilán y Villafaina (2011):

La polimedición, también llamada polifarmacia por traducción literal del término anglosajón “polypharmacy”, tiene muchas definiciones. Además,

podemos encontrarlo nombrado en la literatura como “hiperfarmacoterapia” o como “uso múltiple de medicación”, cada una con diferentes matices. (p.6)

Es de interés nuestro el criterio cualitativo de la polimedición, el cual lo explica como el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, ya sean éstos prescritos por un profesional o fármacos de venta libre. Donde surge de gran relevancia como a mayor número de fármacos prescritos, aunque éstos fuesen apropiados, mayor es la posibilidad de que haya medicamentos no necesarios y de efectos adversos prevenibles. También entraría dentro de la definición de polimedición el uso de medicamentos para tratar efectos adversos provocados por otros fármacos, como el uso de laxantes para el estreñimiento provocado por los opioides. En términos cuantitativos se ha considerado como polimedición menor, si se toman dos ó tres fármacos, moderados, de cuatro a cinco medicamentos, y mayor si se toman más de cinco fármacos. (Gavilán y Villafaina, 2011).

La polimedición puede generar según Gavilán y Villafaina (2011) lo siguiente:

- Entre los factores físicos están la pluripatología, la cronicidad, la discapacidad y el envejecimiento.
- Los factores psicológicos (estados depresivos, ansiedad, etc.) son determinantes en el proceso de polimedición.
- Los determinantes sociales, como la soledad, el aislamiento social, la disponibilidad de recursos socioeconómicos y el nivel educativo, son elementos a tener en cuenta.
- No se debe olvidar que existen factores inherentes al propio sistema sanitario (deficiencias de comunicación entre los distintos profesionales, sobredimensionamiento social de los beneficios de los medicamentos e infravaloración

de sus riesgos, inconvenientes y costes, aplicación acrítica y directa de protocolos y guías clínicas, etc.). (p.7)

¿Qué ocurre con la Persona Adulta Mayor?

La mayoría de los estudios demuestra que las personas mayores de 65 años toman un promedio de 5 a 7 medicamentos, casi todos innecesarios. La incidencia de caídas y de otros efectos adversos aumenta sensiblemente con más de 4 drogas. Se ha visto que las Personas Adultas Mayores polimedicaos son aquéllos dependientes en sus actividades de la vida diaria, con problemas genitourinarios, hospitalizaciones recientes, enfermedades cardiovasculares y diabetes. (Arango, s.f)

2.2.14. Tipos de Drogas

Además del abuso de fármacos, según la Organización Mundial de la Salud (1994) en su publicación Glosario de Términos de Alcohol y Drogas, el término droga se define como “Toda sustancia con 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” (p. 33). De acuerdo al concepto citado, todo fármaco es considerado una droga, lo que para resulta como una definición adecuada para los objetivos de esta investigación.

Para efectos de la presente investigación se dividirán las sustancias en lícitas (alcohol, tabaco, cafeína, medicamentos) e ilícitas (marihuana), de acuerdo a los aspectos legales que repercuten en cada tipo. Se eligieron las siguientes dado el resultado de la investigación previa de antecedentes en el tema se encontraron que eran las más comunes en la etapa de la adultez mayor.

2.2.14.1 Drogas Lícitas

Dentro de las drogas con carácter lícito, se encuentran: el alcohol, tabaco, cafeína y medicamentos. Estos se describen con mayor detalle a continuación.

Alcohol

El alcohol es una de las drogas más consumidas en la sociedad costarricense, esta sustancia es obtenida a partir de la fermentación del azúcar en la levadura y puede tener múltiples usos, entre ellas la producción de bebidas alcohólicas. De acuerdo Bejarano (2012) en el fascículo sobre alcohol en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas realizada en el año 2010 por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, el porcentaje de personas de 60 a 69 años de edad que consumieron bebidas alcohólicas a lo largo de su vida fue de 45.1% en hombres y 24,1% en mujeres, mientras que el consumo en el último mes dio como resultado un 13,8% en hombres y 9,1% en mujeres.

Según la Organización Mundial de la Salud (1994), el alcohol es definido como:

Sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos. Además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos. (p.14)

Este se considera como una droga depresora del sistema nervioso central y un desinhibidor social.

Tabaco

El tabaco es una de las drogas con más efecto adictivo, esto debido a sus diversos componentes. A nivel nacional según la Encuesta Nacional 2010, sobre el consumo de tabaco se estimó la población que fuma activamente en el último mes, con rango de edad de 60 a 70 años utilizando proyección de población, dio como resultado un total de personas de 12.877 hombres y 3.292 mujeres.

Esta droga posee diversos componentes que dan como resultado los nocivos efectos a continuación Martín, Rodríguez, Rubio y Hardisson (2004, pp. 64-67) mencionan algunos:

- Nicotina: Es la sustancia responsable de la adicción, activa las glándulas suprarrenales, descargando adrenalina y glucosa, aumenta la presión arterial, la frecuencia respiratoria y el gasto cardiaco. Hay liberación de dopamina en las regiones que controlan las sensaciones de placer y bienestar, puede producir sedación, reduce la formación de neuronas y provoca deterioro cognitivo.
- Monóxido de Carbono: Hay una acumulación de esta sustancia por su gran afinidad con la hemoglobina, esto provoca efectos tóxicos como la alteración de la actividad mitocondrial y de la fosforilación oxidativa, formación de radicales libres, degradación de ácidos grasos, y desmielinización reversible del SNC.
- Gases irritantes y sustancias cancerígenas: El tabaco posee muchas sustancias de este tipo en su contenido, su efecto se basa en el impedimento del movimiento ciliar de las células de la mucosa bronquial, por lo que impide la defensa natural de estas estructuras, lo que produce que las sustancias tóxicas ingresen sin problema a las vías respiratoria inferiores. Las principales sustancias son formaldehído, NO₂, acroleína, ácido cianhídrico y acetildehído.
- Radicales libres y oxidantes: La presencia de estos aumenta el proceso inflamatorio lo que da como resultado bronco constricción e hiperreactividad.
- Metales y elementos radiactivos: Estos se consideran cancerígenos ya que interfieren en la síntesis de ADN, entre ellos están el cadmio, berilio, arsénico, níquel y cromo.

Cafeína

Otra de las sustancias más consumidas y de comercio lícito es la cafeína, según Pardo, Álvarez, Barral y Farré (2007), esta sustancia se puede considerar la de mayor consumo y aceptación social a nivel mundial. Esta puede ser vista como un fármaco, nutriente o droga de abuso, y los criterios que lo determinan se basan en cómo, cuanto y cuando se ingiera.

Dentro de las principales fuentes que contienen esta sustancia están el café, el té, bebidas gaseosas, bebidas energizantes y algunos medicamentos. Su mecanismo de acción se explica a continuación:

Las metilxantinas (cafeína, teofilina y teobromina) por su semejanza a las purinas se unen a los receptores A1 y A2a de la adenosina, actuando como antagonistas competitivos (concentraciones de 10-40 micromolar/L). Esto produce una inhibición de la fosfodiesterasa que da lugar a un aumento de las concentraciones de AMPc y de GMPc, una activación de canales de K⁺ y una inhibición de los canales de calcio de tipo N. En cerebro los receptores de adenosina inhiben la liberación de numerosos neurotransmisores (GABA, acetilcolina, dopamina, glutamato, noradrenalina y serotonina), la cafeína producirá el efecto contrario. Los receptores A2a se coexpresan con receptores de encefalina y dopamina D2 en las neuronas del estriado. La cafeína potencia la neurotransmisión dopaminérgica en esa área cerebral y en parte podría explicar su potencial de abuso. (Pardo, Álvarez, Barral y Farré, 2007, p.227)

Asimismo, según estos autores la cafeína tiene un efecto a nivel del SNC (psicoestimulante, analgésico), respiratorio (broncodilatador), cardiovascular (aumenta la presión arterial, tiene efecto cronótropico e inotrópico positivo, aumenta la contractibilidad cardíaca), muscular (aumenta la vasodilatación muscular, mejora la respuesta contráctil al estímulo nervioso,

disminuye el cansancio y la fatiga) y también se asocia con un aumento de LDL, HDL, colesterol total y triacilgliceridos.

También Gil, Moreno, Gil y Blanco (2004) asocian el consumo de cafeína como un factor de riesgo de enfermedades coronarias, aumento de la tensión arterial, hipercolesterolemia y un aumento de la homocisteína. Y por otro lado si se asocia con la incidencia de cáncer se encontró que tiene una relación protectora contra el cáncer de colon y recto, contrario para el cáncer de páncreas, vejiga y ovario.

Si de consumo de forma crónica se podrían ver efectos indeseados como los siguientes (Pardo, Álvarez, Barral y Farré, 2007, p. 231):

- Cardiovasculares: Afecta metabolismo lipídico y la función endotelial.
- Endocrinos: Disminuye la densidad ósea.
- Nefrourológicos: Aumenta la excreción de calcio y es uno de los factores que provoca la incontinencia urinaria.
- Digestivos: Estimula la secreción ácida gástrica y la actividad colónica, exagera reflujo gastroesofágico.
- Ginecológicos: Prolonga tiempo de embarazo, aumenta la tasa de abortos y reduce el crecimiento fetal.
- Neurológicos: Sedación paradójica.
- Cancerígenos: Afecta las funciones de control de reproducción celular y replicación de ADN.
- Psiquiátricos: Ansiedad, angustia, insomnio.

Medicamentos

El consumo de medicamentos en la Persona Adulta Mayor se ve afectada por las características físicas, emocionales y sociales del envejecimiento y en muchas ocasiones no

constan con prescripción médica. Entre ellos están los ansiolíticos (benzodiazepinas, barbitúricos y otros) y los opiodes.

En los primeros además de ansiolíticos tienen un efecto sedante-hipnótico entre ellos están benzodiazepinas, barbitúricos y meprobamato. La mayor parte de las benzodiazepinas producen ansiólisis, sedación, hipnosis, efectos anticonvulsivantes y miorelajación central. Sáenz (2009) menciona que sus efectos adversos “Son más frecuentes los síntomas de cansancio, somnolencia, letargia o entorpecimiento; se presentan, usualmente, durante la primera semana de uso y pueden crear tolerancia” (p.41).

Por otro lado los barbitúricos son fármacos ansiolíticos, por lo tanto son depresores del SNC, es un derivado del ácido barbitúrico, entre sus representantes están el amobarbital, pentobarbital, fenobarbital y secobarbital. Estos se usan como antiepilepticos, anestésicos, hipnóticos y ansiolíticos como se mencionó anteriormente (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Otro grupo de medicamentos que se consumen con frecuencia en las Personas Adultas Mayores son los opiodes, el término genérico aplica a los alcaloides de la adormidera del opio, los más comunes son la morfina, diaceltilmorfina, codeína, y oxicodona, otros derivados sintéticos son la metadona, meperidina y petidina (Organización Mundial de la Salud, 1994)

Estos pertenecen al subgrupo de los narcóticos, dentro de los estupefacientes, eliminan el dolor y reducen la conciencia, dan origen a adicción (Molina, 2008). Su acción se debe a la unión a los receptores μ , estos bloquean la transmisión del dolor en diversas formas, de igual forma pueden producir cambios anímicos, depresión respiratoria, somnolencia y retraso psicomotor.

2.2.14.2. Drogas Ilícitas

Para efectos del presente trabajo se tomará únicamente el consumo de marihuana como parte de grupo, ya que luego de la revisión bibliográfica se encontró que el uso de otras sustancias en el grupo de edad a trabajar es inexistente o sumamente reducido.

Cannabis

Este es un término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo) o Cannabis sativa. (Organización Mundial de la Salud, 1994). Es de gran consumo, en la Encuesta Nacional 2010 denominada: Consumo de drogas en Costa Rica menciona lo siguiente:

En Costa Rica, en consonancia con el Sistema Internacional de Control de Drogas, el cannabis es una sustancia prohibida por la Ley General de Salud de 19732, así como por la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas del año 2002. Esta última ley; sanciona penalmente la producción, distribución y venta del cannabis, pero no considera el consumo como un delito, sino más bien como una enfermedad que necesita de tratamiento y rehabilitación. (p.6)

Por lo tanto el control en su distribución y venta es muy difícil. En esta encuesta se observa que prácticamente el consumo de marihuana en persona mayores a 60 años es nulo, tanto es mujeres como en hombres. El principal grupo etario que consume activamente esta sustancia es de personas entre 20 y 29 años de edad.

Ahora bien, dentro del mecanismo de acción y efectos de esta droga según Molina (2007) actúa sobre el sistema parasimpático, por lo provoca hiperactividad, ligereza intelectual, aumenta la sensibilidad y el placer psíquico, estas sensaciones finalizan con lasitud y adormecimiento. Si se consume por períodos largos puede producir dependencia psicológica, letargo y apatía.

2.2.15. Consecuencias del Consumo de Drogas

Dentro de las posibles consecuencias del consumo de drogas en las personas, Moral y Fernández (2009, pp.19-20), refieren las siguientes consecuencias para las personas que consumen sustancias psicoactivas.

- Reacciones antisociales: Como se mencionó dentro de los criterios de DSM-IV, la persona utiliza mucho tiempo en actividades relacionadas con la búsqueda y el consumo de la droga por lo que sus relaciones interpersonales se ven gravemente afectadas. Los autores mencionan que son frecuentes los hurtos, la agresividad, los homicidios, suicidios, conflictos familiares y laborales
- Síndrome de déficit de actividad: Se observa a la persona con disminución de la actividad motora, pérdida de las capacidades cognitivas, pasiva, apática y aislada.
- Infecciones y disminución de las defensas: Por las técnicas usadas en algunas ocasiones para administrarse la droga, como por ejemplo por vía parenteral, la falta de aseo personal, se pueden aparecer procesos infecciosos, además algunas drogas como los opiáceos pueden llegar a producir inmunosupresión.
- Peligro de sobredosificación: Luego de un periodo de abstinencia la persona puede llegar a aumentar la dosis por lo que puede darse una depresión respiratoria y muerte con algunos tipos de sustancias.
- Riesgo de “escalada”’: Esto significa que al consumir una droga y experimentar tolerancia a ella, se inicia el consumo de otra droga más fuerte.
- Riesgo de recaída: Este es un riesgo en el cual luego de un periodo de desintoxicación, el individuo inicia el consumo nuevamente.
- Efectos tóxicos específicos: Cada droga puede provocar reacciones que varían de una a otra.

2.2.16. Tratamiento de Drogodependencias.

En cuanto al tratamiento de adicciones en Costa Rica el ente más importante es el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, el cual define como política pública de tratamiento como “Una política pública o de un planteamiento eficaz para abordar el problema de abuso de drogas (que) sirva para disminuir la delincuencia, el desempleo y la disfunción de las familias y el uso desproporcionado de servicios de atención médica causados por las drogas” (p.22).

Dentro de esta política de tratamiento se propone como ejes estratégicos los siguientes:

- Mejora en el acceso al tratamiento
- Mejora en la calidad de la atención y de los servicios prestados
- Mejora en los canales de referencia y derivación
- Mejora del diagnóstico y de la detección e intervención temprana

Y las acciones prioritarias que se proponen son: disponibilidad y diversidad, acceso y uso mediante la facilidad de prestar los servicios sobre todo a los más vulnerables, sostenibilidad mediante el apoyo político, financiero, técnico y social, y una readecuación para su descentralización.

En la siguiente tabla, se presenta el sistema de tratamiento en Costa Rica, que organiza sus servicios mediante el siguiente orden:

▪ **Tabla 2.** Tipo de Servicio de Tratamiento según Áreas de Intervención.

Componente	Área de Intervención
Recursos comunitarios	Mantenimiento de la abstinencia y disminución de daños y riesgos
Atención Inmediata	Manejo de la intoxicación y del síndrome de supresión
Ambulatorio (Nivel II)	Atención ambulatoria-intervención temprana
Ambulatorio Intensivo/Hospitalización parcial (Nivel II)	Atención ambulatoria de mediana intensidad
Residencia/Comunidad terapéutica (Nivel III)	Tratamiento residencial- internamiento
Hospital (Nivel IV)	Atención médica especializada-hospitalización

Nota: Descripción del Sistema de Tratamiento de Adicciones en Costa Rica, de acuerdo al componente y respectiva área de intervención. “Política del sector salud para la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica” por Ministerio de Salud, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2008.

2.2.17. Tráfico de Drogas

El fenómeno de las drogas implica múltiples aspectos, uno importante es lo relacionado con el tráfico de drogas o narcotráfico. Según la ONU (1988) el tráfico ilícito incluye los siguientes delitos:

- Producción, fabricación, extracción, preparación, oferta, oferta para la venta, la entrega en cualquier condición, el corretaje, el envío, el envío en tránsito, el transporte, la importación o la exportación de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica.
- Cultivo de adormidera, arbusto de coca o planta de cannabis con el objetivo de producir estupefacientes.
- La adquisición o posesión de cualquier estupefaciente o psicotrópico con el objetivo de realizar algunas de las actividades mencionadas anteriormente.
- Fabricación, distribución o transporte de equipo o materiales o de las sustancias sabiendo que se van a utilizar para el cultivo, producción o fabricación ilícita de estupefacientes.
- La organización, gestión o financiación de alguna de las actividades mencionadas anteriormente.
- La conversión o transferencia de bienes sabiendo que provienen de actividades ilícitas o participando del mismo delito, también el encubrimiento de cualquier actividad mencionada anteriormente para evadir las implicaciones legales.
- Ocultar o encubrir la naturaleza, el origen, la ubicación, el destino, movimiento o propiedad de bienes que provienen de las diligencias anteriores.
- La adquisición, posesión o utilización de bienes a sabiendas desde el inicio que provienen de actividades delictivas mencionadas.

- La posesión de equipo, materiales o sustancias ilegales sabiendo se van a utilizar para el cultivo, producción o fabricación de estupefacientes o psicotrópicos.
- Instigar o inducir públicamente a alguna persona a realizar algunas de las actividades delictivas mencionadas.
- Participar en la comisión, asociación o confabulación de actividades delictivas mencionadas, tanto la realización como la tentativa de realizarlos, así como la asistencia, incitación, facilitación o asesoramiento de estos.

Por medio de lo descrito anteriormente, se observa la gran cantidad de actividades que involucran el tráfico de sustancias ilícitas.

2.2.18. Legislación entorno la Adulthood Mayor y Fenómeno de las Drogas.

Es importante reconocer la legislación respecto a la temática, se procederá primeramente con la Ley N° 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, ésta se instaura en Costa Rica con el fin de dar una protección legal especial a este grupo etario, referida a la Ley contra la Violencia Doméstica. Los objetivos de dicha ley; los cuales fueron decretados por la Asamblea legislativa (1999, p.1) son:

- Garantizar a las personas adultas mayor igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.
- Garantizar la participación activa de las Personas Adultas Mayores en la formulación y aplicación de las políticas que las afecten.
- Promover la permanencia de las Personas Adultas Mayores en su núcleo familiar y comunitario.
- Propiciar formas de organización y participación de las Personas Adultas Mayores, que le permitan al país aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población.

- Impulsar la atención integral e interinstitucional de las Personas Adultas Mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población.
- Garantizar la protección y la seguridad social de las Personas Adultas Mayores

Además relacionado al tema de investigación sobresale el derecho para mejorar la calidad de vida en el artículo 3, donde recalca “Toda Persona Adulta Mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de diversos programas entre los que destacamos a atención hospitalaria inmediata, de emergencia, preventiva, clínica y de rehabilitación” (Asamblea Legislativa, 1999, p3).

Dentro del marco jurídico y legal en lo que respecta al fenómeno de las drogas, en primera instancia se debe hacer mención de la Constitución Política de la República de Costa Rica (1949) en sus artículos 21 y 50 la cual establece “El derecho a la vida, a la salud pública, el derecho a un ambiente sano” (La Gaceta No. 122, 2012, p17).

También a la Ley N° 5395, Ley General de Salud (1973) “Velar por la salud de la población, y le compete al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud cumplir con este deber” (La Gaceta No. 122, 2012, p.17).

La Ley N° 8289 (2002), reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, asigna al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) “La dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas, además de coordinar y aprobar todos los programas públicos y privados relacionados con sus fines” (La Gaceta No. 122, 2012, p18).

En cuanto a la legislación nacional vigente relacionada específicamente con el fenómeno de las drogas está la Ley N° 8204 Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no autorizado, Actividades conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo. A continuación se mencionan algunos artículos de las disposiciones generales para comprender, a grandes rasgos, el contenido de esta Ley de acuerdo con la Asamblea Legislativa

de la República de Costa Rica (2002) y en relevancia a nuestro tema de investigación. En el artículo 1º dicta:

La presente Ley regula la prevención, el suministro, la prescripción, la administración la manipulación, el uso, la tenencia, el tráfico y la comercialización de estupefacientes, psicotrópicos, sustancias inhalables y demás drogas y fármacos susceptibles de producir dependencias físicas o psíquicas. También se regulan el control, la inspección y la fiscalización de las actividades relacionadas con sustancias inhalables, drogas o fármacos y de los productos, los materiales y las sustancias químicas que intervienen en la elaboración o producción de tales sustancias. (p.2)

El artículo 3º, refiere

Es deber del Estado prevenir el uso indebido de estupefacientes, sustancias psicotrópicos y cualquier otro producto capaz de producir dependencia física o psíquica, asegurar la identificación pronta, el tratamiento, le educación, el postratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas, y procurar los recursos económicos necesarios para recuperar a las personas farmacodependientes y a las afectadas, directa o indirectamente por el consumo de drogas. Los tratamientos estarán a cargo del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y de cualquier otra entidad o institución legalmente autorizada por el Estado. (p.3)

En el artículo 79, menciona:

Se promoverá y facilitará el internamiento o el tratamiento ambulatorio voluntario y gratuito con fines exclusivamente terapéuticos y de rehabilitación en un centro de salud público o privado, de quien, en las vías públicas o de acceso público, consume o utilice drogas de uso no autorizado; esta disposición tiene el propósito de desintoxicar al adicto o eliminarle la adicción. (p. 23)

El Título VII de dicha ley se refiere al Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) en donde se expone las funciones y los miembros que conforman a este órgano. En el artículo 99 menciona:

El Instituto Costarricense sobre Drogas será el encargado de coordinar, diseñar e implementar las políticas, los planes y estrategias para la prevención del consumo de drogas, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de los farmacodependientes, así como las políticas, los planes y las estrategias contra el tráfico ilícito de drogas y actividades conexas, la legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo. (p.32)

Finalmente, otro documento vigente es la Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica, es una Política de Estado, de orden público e interés social, que abarca un periodo aproximado de 10 años, es decir del 2012 hasta el 2022, para su cabal implementación, y establece el acceso de toda la población a la atención integral en materia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en especial para aquellas personas que están en mayor situación de vulnerabilidad y exclusión social (La Gaceta No. 122, 2012).

2.2.19. Intervención de Enfermería en el Consumo de Drogas Lícitas e Ilícitas en la Persona Adulta Mayor.

Finalmente se considera necesario conocer la intervención de Enfermería con la finalidad de conocer el rol e identificar desde esta visión estrategias que se realizan, así como déficit en las mismas. Las Personas Adultas Mayores son una población muy vulnerable, con características y cambios muy particulares como los que se mencionaron anteriormente. En cuanto a la intervención de Enfermería en las Personas Adultas Mayores con respecto a la problemática de las drogas, es necesario destacar que no se encontraron documentos, artículos o investigaciones relacionadas.

Esto demuestra que el tema del fenómeno de las drogas en esta población es minimizado e incluso invisibilizado, por ello se debe tomar la iniciativa para la elaboración de protocolos de atención en los diferentes niveles de atención. El papel de Enfermería puede ir desde la reducción de la demanda hasta brindar el tratamiento pertinente.

Según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/ Organización de los Estados Americanos (2012) el profesional en Enfermería tiene las herramientas para tratar de forma eficiente el tema:

Enfermería tiene un papel crucial al momento de poner en práctica intervenciones basadas en la evidencia con enfoque de reducción de la demanda de drogas en las personas, la familia y los colectivos de nuestras sociedades. Las características del profesional de enfermería en la reducción de la demanda de drogas, le generan ventajas en el desarrollo de su liderazgo por conocimiento, le otorga cada vez mayor visibilidad en las sociedades y en el trabajo con grupos de profesionales de la salud. (p.18)

Dentro de las actividades que puede llevar a cabo están: investigaciones sobre el tema, elaboración de proyectos, desarrollo y gestión de cuidados que susciten la iniciativa para llevar a

cabo estilos de vida saludables y participando en el tratamiento y la rehabilitación, instituir recurso humano capacitado tanto en el área del fenómeno de las drogas como en las necesidades de la Persona Adulta Mayor, propiciar la presencia de este profesional en los diversos centros de atención como hospitales, clínicas, centros diurnos para la población mayor, entre otros.

Ahora bien, según el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2008) es necesario abarcar los diversos niveles de atención; es imperioso recalcar que no son específicos para alguna población pero se pueden introducir en la atención a la Persona Adulta Mayor. En cuanto al I nivel de atención, esta institución en su “Política del Sector Salud para la Atención de los Problemas derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Costa Rica”, menciona que básicamente las actividades a realizar son promover estilos de vida saludables, realizar actividades educativas, sensibilizar a la población y detección e intervención temprana, además de un adecuado seguimiento.

Seguidamente en el II nivel, se establecen medidas tales como: detectar factores de riesgo para el consumo de sustancias e incluir a la familia en el proceso, además de identificar la necesidad de referencias a un III nivel u organizaciones no gubernamentales. Por último en el III nivel se debe: sensibilizar a la población, brindar contención y apoyo tanto a la familia como al usuario, e identificar los recursos disponibles para su recuperación. (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2008).

A partir del conocimiento de los conceptos mencionados a lo largo de este capítulo, se establecen las bases pertinentes para un manejo amplio sobre el tema del fenómeno de las drogas. Asimismo abre paso a la siguiente fase en la cual se procede a la descripción del proceso que se llevó a cabo para la elaboración de este trabajo de investigación.

Capítulo III

Marco Metodológico

3.1. Tipo de Investigación

La presente investigación se realizó bajo la modalidad de tesis, según el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, en el Capítulo II Sección A Artículo 7 “Se entiende por tesis de graduación un proceso que culmina con un trabajo escrito que aporta algo original sobre el asunto investigado” (p.1).

Asimismo consiste en una investigación de tipo cualitativo, estos autores Sampieri, Fernández y Baptista (2006) definen la investigación cualitativa como “Una especie de plan de exploración y resultan apropiados cuando el investigador [la persona investigadora] se interesa por el significado de las experiencias y valores humanos” (p.530). Se plantea desde este tipo de investigación ya que el tema y la población a estudiar son poco desarrollados, Mertens, Coleman y Unrau citados por este mismo autor mencionan: “La investigación cualitativa es realmente útil cuando el fenómeno de interés es muy difícil de medir o no se ha medido anteriormente” (p.530).

Como características generales y específicas de este tipo de investigación según Figueras, García e Higuera (2005, pp.1-2) refieren las siguientes:

Generales

- Concepción múltiple de la realidad que pueden ser estudiadas de forma global.
- El principal objetivo científico será la comprensión de los hechos.
- Investigador [la o las personas investigadoras] y objeto de investigación están interrelacionados, interaccionando e influyendo mutuamente
- El objeto de la investigación es desarrollar un cuerpo de conocimientos ideográficos que describen los casos individuales.
- La simultaneidad de los fenómenos e interacciones mutuas el hecho educativo hacen imposible distinguir las causas de los efectos.
- Los valores están implícitos en la investigación.

Específicas

- Las situaciones naturales son la fuente principal y directa de los datos.
- El investigador [la o las personas investigadoras] se convierte en el principal instrumento de recogida de datos.
- Incorporación de conocimiento tácito (No lingüístico).
- Aplicación de técnicas de recogidas de datos abiertas pues se adaptan mejor a las influencias mutuas.
- Muestreo intencional.
- Análisis inductivo de los datos en donde se describen las situaciones y se toman decisiones sobre la transferibilidad a otras situaciones.
- La teoría se genera a partir de los datos de una realidad concreta.
- El diseño de la investigación se va elaborando a medida que avanza la investigación.
- Plantea criterios de validez específicos, utilizando técnicas propias que garantizan la credibilidad de los resultados.

Estas características ayudan a evaluar la metodología de la investigación y saber si se adapta a esta, por tanto se elaboró el presente estudio en base a este tipo de investigación.

3.2. Paradigma de la Investigación

Para este estudio se eligió trabajar desde el paradigma naturalista, Sampieri, Fernández y Baptista (2006) lo definen así “Porque estudia a los objetos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales” (p.9). Se realizó en esta investigación, debido a la presencia de Personas Adultas Mayores, a quienes se les entrevistó en un entorno conocido para estas personas.

Además este tipo de paradigma retoma principios que resultan trascendentales en la presente investigación, orientan su realización y llevan al análisis de los datos de forma consecuente con éste. De acuerdo a Salamanca (2006) estos principios son:

- Se reconoce la existencia de múltiples realidades y no una realidad única y objetiva sino una construcción o un constructo de las mentes humanas, y por tanto, la “verdad” está compuesta por múltiples constructos de la realidad.
- Persigue comprender la complejidad y significados de la existencia humana, así como contribuir a la generación de teorías.
- El proceso de investigación es inductivo, es decir, no utiliza categorías preestablecidas, se desarrollan conceptos y establecen las bases de teorías a partir de los datos recogidos.
- La investigación se desarrolla en un contexto natural, sin someterlos a distorsiones ni controles experimentales. Se trata de comprender a las personas dentro de su contexto. (párr. 5-8).

En base a estos principios se desarrolla de forma congruente las diversas fases del proceso de investigación.

3.3. Diseño de la Investigación

Para esta investigación se escoge el enfoque fenomenológico ya que es descrito como el que se interesa por la conciencia, el estado en el que se hace presente la realidad, el fenómeno; su tarea es descubrir y describir las esencias y las relaciones esenciales que se dan en las realidades que investiga. (Baez y Pérez, 2009). En otras palabras se explica el significado que las personas dan a sus experiencias.

Se elaboró en base a este diseño, ya que la información sobre el tema el consumo de las drogas en la población adulta mayor es sumamente escasa, y no se conoce a profundidad el

impacto de este fenómeno en la vida de estas personas y el significado de esas sustancias para esta etapa de las personas.

Se justifica su escogencia además, como menciona Maslow citado por Martínez (2006), porque el método fenomenológico se trabaja cuando:

Son los más indicados cuando no hay razones para dudar de la bondad y veracidad de la información y el investigador no ha vivido ni le es nada fácil formarse ideas y conceptos adecuados sobre el fenómeno que estudia por estar muy alejado de su propia vida, como, por ejemplo, el mundo axiológico de los drogadictos o de los homosexuales, las vivencias de las personas en situaciones de vida extremas, la ruptura de una relación amorosa cuando no se ha vivido, una experiencia, cumbre etc. (p. 135)

Además se llevó a cabo un proceso característico en la investigación de tipo cualitativa, donde se dan 4 fases específicas (preparatoria, de campo, analítica e informativa) que se detallan a continuación.

3.4. Fases de la Investigación

Para la realización del presente trabajo se llevaron a cabo diversas fases, para ello se basó en el proceso de investigación planteado por Rodríguez (2008), quien menciona que “Las etapas que conforman dicho proceso no tienen un principio y un final claramente delimitado sino que se superponen unas con otras; pero siempre intentan responder a cuestiones planteadas en la investigación” (p. 27). Además cabe destacar que muchas de estas fases se interponían, y se realizaron conforme se avanzaba con los objetivos del estudio.

3.4.1. Fase Preparatoria

Esta fase se subdivide en dos: la fase reflexiva y la fase de diseño, ésta se inició por medio de la elaboración del anteproyecto. Éste nació por el interés de las investigadoras en el tema, se

buscaron antecedentes sobre el mismo y se identificó un vacío de información. Luego se plantearon los objetivos, marco conceptual y actividades relacionadas para llevar a cabo este proceso de investigación.

a. Etapa Reflexiva

Para dar inicio a la investigación, Rodríguez y col. (1999) sugieren que el punto de partida es la persona investigadora. Como se mencionó anteriormente, éste estudio inició por interés de las investigadoras, al resultar un tema atractivo en una población que posee mucha información sobre el tema, y que además posee un punto vista basado en su experiencia e historia y hace de este estudio una fuente de información muy rica.

Asimismo se definieron los conceptos de los tópicos que son ejes principales en esta investigación, como lo son conocimientos, actitudes y prácticas, con la finalidad de dirigir de la mejor forma las etapas siguientes. En cuanto al primero, el conocimiento es definido por Nonaka y Takeuchi (1995) citado por Segarra y Bou (2005) como “Un proceso humano dinámico, de justificación de la creencia personal en busca de la verdad. Esta concepción destaca la naturaleza activa y subjetiva del conocimiento representada en términos de compromiso y creencias enraizadas en los valores individuales” (p.177).

Mientras que la actitud desde el punto de vista psicológico y social, según Ortego, López y Álvarez (s.f) “Se podría definir la actitud como una predisposición, aprendida, a valorar o comportarse de una manera favorable o desfavorable una persona, objeto o situación” (p.3) . Cabe destacar las palabras predisposición y aprendida, ya que muchas de experiencias de vida se relacionan con esto.

Y por último, se tomará como práctica, desde el punto de vista social, según Crosta (2006) citado por Gatti (2007) como “Modos de hacer colectivos, frecuentes y repetitivos. Son lo que la gente hace y lleva a cabo con la intención de hacer: sin cuestionarse, porque ya lo hizo así y es así que se hace, dado que todos lo hacen de tal manera” (p.8), por lo tanto abarca las acciones que realiza las personas con respecto al consumo de sustancias.

A partir de eso se realiza la busca de material relacionado al tema para dar sustento teórico al tema. Además se realiza un análisis sobre el paradigma que responde mejor a la investigación y así tener la visión de cómo será abarcado el tema. Al final de esta etapa se contó con un marco teórico con las variables que se quieren estudiar con respecto al tema seleccionado. Como menciona Rodríguez et al. (1999) “Una vez identificado el tópico, el investigador [la persona investigadora] suele buscar toda la información sobre el mismo, en definitiva se trata de establecer el estado de la cuestión, pero desde una perspectiva amplia, sin llegar a detalles extremos” (p. 66).

b. Fase de Diseño

En esta etapa se procedió a planificar las actividades necesarias para la realización del estudio. Esta etapa abarcaron los aspectos presentados en el anteproyecto de investigación, a continuación se presentan los aspectos que se tomaron en cuenta:

- Objeto de estudio: El objeto de estudio de la presente tesis son aquellas experiencias de las Personas Adultas Mayores relacionadas al consumo de drogas lícitas e ilícitas.
- Población y muestra: Se eligió el lugar de la investigación, el cual es la Asociación Centro Diurno Pilar Gamboa (se detalla más adelante), del cual se eligieron a 12 Personas Adultas Mayores; tanto hombres como mujeres, y además se contó con la ayuda de la psicóloga del lugar para elegir los casos a estudiar de acuerdo a los criterios de selección.

Siguiendo con Rodríguez y col. (1999), éste menciona que “el muestreo que se sigue con la elección de los informantes tiene un carácter intencional, dinámico e intencional” (p.73), lo que coincide con esta investigación ya que se eligió una muestra intencional o basada en criterios, a partir una serie de juicios que se consideraron necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación. Además se establecieron los siguientes criterios de selección:

- Tener 65 años o más,
- Asistir regularmente al centro diurno, y

- Nivel de conciencia mediante la función de orientación en sus tres esferas: tiempo, lugar y persona.
- Localización y tiempo: Se buscó y se eligió el lugar donde se realizó el estudio y se gestionaron todos los trámites pertinentes para el acceso al lugar. Se escogió la Asociación Centro Diurno Pilar Gamboa, el cual es una organización líder a nivel nacional e internacional, que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las Personas Adultas Mayores en riesgo social, su misión es promover el mejoramiento y mantenimiento de la calidad de vida de las Personas Adultas Mayores, mediante procesos de asesoría, capacitación y educación dirigidos a nuestras organizaciones afiliadas y a su entorno. Fue ideado desde 1983 por el presbítero Manuel de Jesús Peña Gonzáles quien vio la necesidad de un lugar para reunir a las Personas Adultas Mayores, posteriormente es puesta en marcha su creación y su nombre es ofrecido a la señora Pilar Gamboa ya que donó un terreno para dicho fin, mismo que no puede ser utilizado. Finalmente a través de los recursos provenientes de Río Azul y asociaciones se realizan las remodelaciones en una casa de habitación y se abre en el año 1995 con cinco Personas Adultas Mayores actualmente su capacidad es para 45 Personas Adultas Mayores.

Sus instalaciones son propias y de fácil acceso, se han hecho remodelaciones con el paso del tiempo, y se mantienen activos a través de los recursos de bienestar social aportados por el Instituto Mixto de Ayuda Social, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, Junta de Protección Social y el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, más contribuciones voluntarias de las Personas Adultas Mayores y actividades en la comunidad. La organización consiste en una junta directiva y una fiscalía. Además se cuenta con un equipo de trabajo multidisciplinario compuesto por el área de psicología, terapia física y ocupacional y odontología además anualmente de optometría, medicina general y audiometría que trabajan juntos para establecer los criterios de selección para la admisión y los debidos acuerdos con la familia de las Personas Adultas Mayores al centro además de proveer los mejores servicios a las Personas Adultas Mayores adecuado a sus necesidades.

Asimismo se estableció el siguiente cronograma tentativamente y la distribución del tiempo para cada una de las siguientes etapas.

CDPG: Centro diurno Pilar Gamboa PCU: Paula Castillo Ureña CAT: Carolina Arroyo Torres				
FECHA	INVESTIGADORAS	HORA	LUGAR	ACTIVIDAD
NOVIEMBRE 2012				
12	PCU CAT	8:00am	Escuela Enfermería	Primera presentación del anteproyecto
19	PCU CAT	-----	Trabajo Independiente	Correcciones finales del anteproyecto
26	PCU CAT	8:00am	Escuela Enfermería	Presentación escrita final de anteproyecto.
DICIEMBRE 2012				
5	PCU CAT	9:00 am	Trabajo independiente	Aprobación del anteproyecto Validación del instrumento
12	PCU CAT	9:00 am	CDPG	Visita al campo para familiarizarse con la población.
ENERO 2013				
8	PCU CAT	9:00 am	CDPG	Realización entrevistas 1 y 2
10	PCU CAT	9:00 am	Trabajo independiente	Transcripción entrevistas 1 y 2
16	PCU CAT	9:00 am	CDPG	Realización entrevistas 3 y 4
17	PCU CAT	9:00 am	Trabajo independiente	Transcripción entrevistas 3 y 4
23	PCU CAT	9:00 am	CDPG	Realización entrevistas 5 y 6
24	PCU CAT	9:00 am	Trabajo independiente	Transcripción entrevistas 5 y 6

30	PCU CAT	9:00 am	CDPG	Realización entrevistas 7 y 8
31	PCU CAT	9:00 am	Trabajo independiente	Transcripción entrevistas 7 y 8
FEBRERO 2013				
01	PCU CAT	9:00 am	CDPG	Realización entrevistas 9 y 10
06	PCU CAT	9:00 am	Trabajo independiente	Transcripción entrevistas 9 y 10
MARZO 2013				
Todo el mes	PCU CAT	-----	Trabajo independiente	Vaciamiento de la Información
ABRIL 2013				
Todo el mes	PCU CAT	-----	Trabajo independiente	Vaciamiento de la Información
MAYO 2013				
Todo el mes	PCU CAT	-----	Trabajo independiente	Análisis de la Información
JUNIO 2013				
Todo el mes	PCU CAT	-----	Trabajo independiente	Análisis de la Información
JULIO 2013				
Todo el mes	PCU CAT	-----	Trabajo independiente	Realización del Informe
AGOSTO 2013				
Todo el mes	PCU CAT	-----	Trabajo independiente	Conclusiones y Recomendaciones

SEPTIEMBRE 2013				
Todo el mes	PCU CAT	-----	Trabajo independiente	Revisión de estructura del trabajo y formato
OCTUBRE 2013				
Todo el mes	PCU CAT	-----	Trabajo independiente	Envío del trabajo a la directora de tesis para sus recomendaciones y corrección del mismo
NOVIEMBRE 2013				
Todo el mes	PCU CAT	-----	Trabajo independiente	Envío del trabajo a las lectoras de tesis para sus recomendaciones y corrección del mismo.
DICIEMBRE 2013				
Primeras dos semanas del mes	PCU CAT	-----	Universidad de Costa Rica	Conclusión del borrador final para enviarlo a la secretaría de asuntos estudiantiles.
ENERO 2014 - FEBRERO 2014				
Fecha de establecimiento pendiente	PCU CAT	-----	Universidad de Costa Rica	Defensa de la Tesis
*En caso necesario por presentarse algún inconveniente o atraso durante el proceso se movieron las fechas siguiendo el orden establecido.				

- Técnica de recolección de datos: Como técnica cualitativa se eligió la entrevista de tipo abierta, donde el subtipo son las historias de vida. Ésta se adecua a los objetivos de la investigación ya que permite indagar sobre las experiencias de las personas a lo largo de su vida relacionadas al fenómeno de las drogas. Esta técnica es definida como:

Una estrategia de la investigación, encaminada a generar versiones alternativas de la historia social, a partir de la reconstrucción de las experiencias personales. Se constituye en un recurso de primer orden para el estudio de los hechos humanos, porque facilita el conocimiento acerca de la relación de la subjetividad con las

instituciones sociales, sus imaginarios y representaciones simbólicas. La historia de vida permite traducir la cotidianidad en palabras, gestos, símbolos, anécdotas, relatos, y constituye una expresión de la permanente interacción entre la historia personal y la historia social. (Puyana y Barreto, s.f)

Asimismo el instrumento de recolección de datos se especifica en la fase de recogida productiva de datos, correspondiente a la fase de acceso al campo.

- Participantes y recursos disponibles: Para la elaboración de este trabajo se cuenta con dos investigadoras, la coordinadora del centro así como la población de las Personas Adultas Mayores, además se contó con la facilidad de intervenciones de psicología y terapia física y ocupacional para apoyo en caso necesario.
- Procedimientos de consentimiento y aprobación: Se realizó una indagación sobre los permisos necesarios tanto para ingresar al centro elegido como para realizar la investigación, y se procedió a coordinar con las personas e instituciones correspondientes.

3.4.2. Fase de Trabajo de Campo

La siguiente fase del proceso de investigación cualitativo constituye el ingreso al campo de las personas investigadoras, durante éste se eligieron las fechas de visita al lugar tanto para la solicitud de permisos mencionados anteriormente, como para entrar en contacto con la población de adultos y adultas mayores y conocer las instalaciones. Para ello Rodríguez et al. (1999) mencionan que “Hay que ser conscientes que hay muchas maneras diferentes de obtener la información necesaria” (p.72). Se debe tener mucha habilidad de la persona investigadora, para obtener la información requerida y asimismo se debe ser flexible en cuanto a la respuesta posible de los participantes, sin embargo se tuvo la oportunidad de establecer una buena relación con las Personas Adultas Mayores participantes.

Esta fase se subdividió a su vez en acceso al campo y recogida productiva de los datos.

a. Acceso al Campo

Esta se inició desde el primer contacto con la institución, para conocer su funcionamiento y organización. Se logró contactar con las encargadas del sitio, a quienes se les comentó brevemente por vía telefónica sobre la intención de realizar el estudio en este Centro Diurno, posteriormente se asistió en varias ocasiones al lugar para realizar la coordinación pertinente y la entrega de documentos necesarios y a su vez se aprovechó para obtener información sobre el lugar y su población.

Se utilizó la técnica del vagabundeo para establecer contacto con los miembros de este grupo, incluso antes de la elaboración de las entrevistas. Es fundamental ganar la confianza de las personas participantes, por lo que Rodríguez et al. (1999) mencionan que consiste básicamente en un contacto previo al inicio formal para la recolección de los datos, que permite conocer el contexto en el que se desenvuelven en el lugar tanto el entorno como características del mismo. Seguidamente se inicia el proceso de recolección de los datos.

b. Etapa de Recolección Productiva de Datos

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante el instrumento de entrevista a profundidad individual, como se mencionó anteriormente se deriva de la técnica de entrevista abierta, del subtipo de historias de vida. Se llevó a cada uno de las 12 personas participantes a una zona adecuada y disponible donde se pudiera conversar y se les explicó el motivo y los objetivos de la entrevista. Para consultar los aspectos que se consideraron es dicho instrumento, se puede observar en el anexo 4 de la presente investigación.

Alonso (1994) citado por Rojas (2008) menciona lo siguiente sobre la entrevista a profundidad:

La entrevista en profundidad es un constructo comunicativo y no es un simple registro de discursos que “hablen al sujeto”. Los discursos no son así preexistente de una manera absoluta a la operación de toma que sería la entrevista, sino que constituyen un marco social de la situación de la entrevista...Cada investigador

[persona investigadora] realiza una entrevista diferente según su cultura, sensibilidad y conocimiento particular del tema y, lo que es más importante, según sea el contexto espacial, temporal o social en el que se está llevando a cabo de una manera efectiva. (p.91)

También, Taylor y Bogdan citados por Días y Ortiz (2005), la definen como reiterados encuentros cara a cara entre la persona investigadora y las personas informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen estos respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

Además, según Sandoval (2002) este tipo de técnica comienza con una primera entrevista de carácter muy abierto, la cual parte de una pregunta generadora, amplia, que busca no sesgar un primer relato, que será el que servirá de base para la profundización ulterior. Se considera, en tal sentido, que la propia estructura, con que la persona entrevistada presenta su relato, es portadora en ella misma de ciertos significados que no deben alterarse con una directividad muy alta.

Por esto metodológicamente hablando el relato permite desde el punto de vista investigador conocer la realidad de la persona desde sus propias palabras, donde expresa sus sentimientos y percepciones de su realidad, además se logra identificar las experiencias a lo largo de su ciclo de vida que la hacen la persona que es actualmente, con sus actitudes, gustos y opiniones. Además se reconocen los diversos constructos sociales, por ejemplo en el caso del presente estudio, relativos al fenómeno de las drogas y las Personas Adultas Mayores, que son resultado de la interacción de la persona con su entorno y la influencia de los diversos patrones culturales, sociales y por supuesto las creencias de la persona.

Para el registro de las entrevistas se procedió a grabar cada una de ellas con dispositivos adecuados para ello y con el previo consentimiento de la persona. Blasco y Otero (2008) proponen que en cuanto al registro de las entrevistas, el medio más utilizado por las personas

investigadores sociales es la grabación. La ventaja de grabar las entrevistas es que permite un registro fidedigno de la información.

Posterior a la grabación de cada entrevista, el día siguiente se procedió a transcribirlas en un documento de Word, con el fin de recuperar fácilmente la información y evitar la pérdida de información importante, en caso de que se pospusiera dicha transcripción.

Sandoval (2002) recomienda por el caso de ser una entrevista es necesario contar con un sistema de almacenamiento que permita recoger las transcripciones de las grabaciones realizadas, de manera que sean fácilmente recuperables para su análisis e integración con los datos recogidos a partir de otras fuentes.

Además en caso necesario se realizaron notas de campo, cuando la entrevistadora se viera en la necesidad de anotar observaciones importantes que se dieron durante la entrevista y pudieran afectar su transcripción.

Para esta etapa según Rodríguez et al. (1999) el trabajo se puede ir modificando a través de la experiencia durante la realización de las entrevistas. Se debe mantener el “rigor” de la investigación, haciendo una revisión de los datos que permite a la persona investigadora reconocer cuando se llega a una saturación de los datos, es decir cuando se da la adecuación de los datos y se determina la suficiencia de los mismos.

Cabe destacar que para la validación del instrumento utilizado, se probó este instrumento mediante una prueba piloto, donde se eligieron un pequeño grupo de Personas Adultas Mayores (6 personas). Se tuvo presente que poseyeran características similares a la población que se deseaba estudiar, a este grupo se le aplicó la entrevista con el objetivo de corroborar aspectos como el tiempo y el lenguaje fueran los adecuados.

3.4.3. Fase Analítica

Ya que la propuesta del presente trabajo es de tipo cualitativa, la relación entre la teoría/concepto y la investigación para el análisis de los datos es de carácter inductivo, ya que “Busca comprender los ejes que orientan el comportamiento” (Bonilla, 2005, p.91). Es decir no

se basa en teorías previamente establecidas, sino a través de las experiencias que sustenten nuevas hipótesis y proposiciones.

A continuación se describe el proceso de elaboración del análisis de la presente investigación. Gonzales y Cano (2010) definen análisis como “El proceso a través del cual vamos más allá de los datos para acceder a la esencia del fenómeno de estudio, es decir, a su entendimiento y comprensión; el proceso por medio del cual el investigador [la persona investigadora] expande los datos más allá de la narración descriptiva” (p.1).

Sandoval (2002) menciona en forma más explícita el proceso de análisis donde previamente se debe reconocer las características particulares del diseño cualitativo las cuales son: apertura, flexibilidad, sensibilidad estratégica y referencialidad, éstas guardan relación con la modificación del diseño así como la inclusión de elementos nuevos, entre otros.

El proceso de análisis de datos cualitativos consta de tres etapas según la recopilación de varias personas autoras, estas son: la reducción de datos (separación de las unidades significativas, su identificación y clasificación y una síntesis y agrupamiento de las mismas.), disposición y transformación de datos (busca el ordenamiento para una mayor comprensión como la utilización de matrices), obtención y verificación de resultados y conclusiones (un proceso continuo, presente desde el primer momento de la recogida de los datos.) (García, 1999).

El proceso de análisis abarcó una primera fase que constó del archivo y "reducción" de los datos de las entrevistas y las notas de campo, las cuales en primera instancia se ordenaron. Esta organización pasa por varias etapas: una primera meramente descriptiva, donde se acopió de toda la información obtenida, de una manera bastante textual. En esta se tomaron todas las transcripciones y se organizaron de acuerdo a las categorías que se deseaban estudiar.

Seguidamente se segmentó ese conjunto inicial de datos a partir de los ejes temáticos que se establecieron en las unidades de análisis que se muestran más adelante y que permitieron una reagrupación y una lectura distinta de esos mismos datos que se originaron en todas las entrevistas.

Luego a partir de la interrelación de las categorías identificadas y la construcción de cada eje temático de segundo orden o axiales, se estructura la presentación sintética y conceptualizada de los datos, o como mencionan las personas autoras Miles y Huberman, citados por Sandoval (2002), donde han ideado procedimientos como el de elaboración de matrices, a partir de los cuales, es posible hacer un barrido sistemático de los datos e identificar relaciones, "invisibles" hasta ese momento.

Otro punto en el análisis consiste en las estrategias para realizar los análisis preliminares donde se sugiere que la persona investigadora necesita acudir constantemente a estrategias analíticas preliminares durante la recolección de datos como: forzarse uno mismo o misma a estrechar el foco de la investigación, estar constantemente revisando las notas de campo con el propósito de determinar qué nuevas preguntas pueden ser contestadas fructíferamente, escribir acerca de lo que se puede estar hallando en relación con varios tópicos y trayendo ideas emergentes.

Para dar una validez interna a este estudio se utilizó la triangulación de los datos, que como Sampieri, Fernández y Baptista (2006) refieren esta “Proporciona una visión holística, múltiple y sumamente enriquecedora” (p.790). Se realizará una técnica de control basándose en la triangulación específicamente de datos, ésta es definida por dichos autores como la utilización de diferentes fuentes y métodos de recolección. Con ello se permite verificar los datos obtenidos y confrontarlos de manera que concuerden o discrepen entre ellos y su importancia radica en que de esta forma se posee “Una mayor riqueza y profundidad de los datos si éstos provienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y al utilizar una mayor variedad de formas de recolección de datos” (Sampieri, Fernández y Baptista, 2006, p.623).

A continuación se presentan las unidades de análisis que se desarrollaron para organizar, codificar y analizar los datos obtenidos en las entrevistas.

Unidades de Análisis.

Generalidades de la Población

Interrogante	Objetivo	Eje Temático	Codificación
1. ¿Cuál es su nombre?	Conocer datos de la persona.	Datos personales	Amarillo
2. ¿En qué fecha nació y dónde?	Conocer datos de la persona.	Datos personales	Amarillo
3. ¿Cuál es su edad?	Conocer datos de la persona.	Datos personales	Amarillo
4. ¿Cuál es su actual lugar de residencia?	Conocer datos de la persona.	Datos personales	Amarillo
5. ¿Cuál es su Estado Civil?	Conocer datos de la persona.	Datos personales	Amarillo
6. ¿Cuál es su Escolaridad?	Conocer datos de la persona.	Datos personales	Amarillo
7. ¿Tiene o tuvo alguna profesión u oficio?	Conocer datos de la persona.	Datos personales	Amarillo
8. ¿Con quién vive?	Conocer datos de la persona.	Datos personales	Amarillo
9. ¿Cuántos miembros son en su familia?	Conocer datos de la persona.	Datos personales	Amarillo
12. ¿Recibe algún tipo de pensión?	Conocer datos de la persona (aspectos de índole económico).	Datos personales	Amarillo

Objetivo: Determinar los conocimientos sobre drogas y factores asociados que poseen las Personas Adultas Mayores.

Categoría 1

Interrogante	Objetivo	Eje Temático	Codificación
16. ¿Qué padecimientos tiene?	Conocer la historia clínica de la persona.	Aspectos en torno a la salud	Amarillo
17. ¿Le dan tratamiento? ¿Cuáles?	Conocer la historia clínica de la persona.	Aspectos en torno a la salud	Amarillo
18. ¿Desde cuándo?	Conocer la edad de inicio del consumo de fármacos	Aspectos en torno a la salud	Amarillo
19. ¿Le explicaron para qué son?	Determinar los conocimientos los fármacos que consume	Aspectos en torno a la salud	Amarillo
20. ¿Sabe que efectos causan en su cuerpo?	Conocer las implicaciones que visualizan el o la usuaria(o).	Aspectos en torno a la salud	Amarillo
22. ¿Consume algún remedio casero o productos de las macrobióticas? ¿Cuáles? ¿Para qué? ¿Quién se los recomendó? ¿Ha	Conocer tratamientos naturales por los que opta el o la usuaria(o).	Aspectos en torno a la salud	Amarillo

notado algún
resultado, cuál?

37. Qué conoce sobre: (Alcohol Tabaco Marihuana Fármacos)	Determinar el grado de conocimiento general sobre las drogas.	Aspectos en torno a las drogas	Amarillo
38. ¿Conoce cómo se utilizan?(Alcohol Tabaco Marihuana Fármacos)	Determinar el grado de conocimiento en torno a la vía de administración de las drogas.	Aspectos en torno a las drogas	Amarillo
38. ¿Qué causa causan estas drogas?	Determinar el grado de conocimiento en torno a la acción de las drogas.	Aspectos en torno a las drogas	Amarillo
40. ¿Qué complicaciones pueden dar?	Determinar el grado de conocimiento en torno a las consecuencias de las drogas.	Aspectos en torno a las drogas	Amarillo
43.¿Sabe si existe tratamiento para las personas que consumen drogas?	Determinar el grado de conocimiento en torno al tratamiento de la drogodependencia	Aspectos en torno a las drogas	Amarillo
49. ¿Que sabía sobre esa droga?	Determinar el grado de conocimiento en torno a la drogas que consumía	Aspectos en torno a las drogas	Amarillo

58. ¿Algún familiar ha consumido drogas?	Analizar los hábitos de consumo en el ámbito familiar.	Aspectos en torno a las drogas	Amarillo
59. ¿Qué sabe al respecto?	Analizar los hábitos de consumo en el ámbito familiar.	Aspectos en torno a las drogas	Amarillo
60. ¿En su barrio hay algún problema de drogas?	Analizar los hábitos de consumo en el ámbito comunitario.	Aspectos en torno a las drogas	Amarillo

Objetivo: Identificar las actitudes y circunstancias relacionadas de las Personas Adultas Mayores frente al consumo de drogas.

Categoría 2

Interrogante	Objetivo	Eje Temático	Codificación
10. ¿Cómo es su relación con cada uno de ellos?	Conocer la percepción en torno a las relaciones intrafamiliares.	Relaciones Familiares	Verde
11. ¿Cómo considera su situación económica?	Conocer la percepción de su situación económica	Aspectos económicos	Verde
14. ¿Cómo es su casa?	Analizar las características socioeconómicas bajo su concepto las características socioeconómicas.	Aspectos económicos	Verde

15. ¿Considera que en su casa se encuentra ubicada en una zona segura? ¿Por qué?	Analizar las características socio demográficas bajo las características socio demográficas	Aspectos económicos	Verde
30. ¿Cómo se siente desde que asiste a este lugar?	Analizar el grado de satisfacción en sus actividades.	Actividades sociales	Verde
33. Relátenos ¿cómo fue su niñez?	Conocer puntos relevantes que marcaron su niñez	Etapas de la vida	Verde
34. Relátenos ¿cómo fue su adolescencia?	Conocer puntos relevantes que marcaron su adolescencia.	Etapas de la vida	Verde
35. Relátenos ¿cómo fue su vida adulta?	Conocer puntos relevantes que marcaron su vida adulta	Etapas de la vida	Verde
36. ¿Cómo ve su etapa como adulto mayor?	Visualizar las metas en su futuro.	Etapas de la vida	Verde
41. ¿Qué piensa de las personas que consumen estas drogas?	Analizar la percepción de personas consumidoras de drogas.	Aspectos en torno a las drogas	Verde
42. ¿Por qué cree que lo hacen?	Analizar el grado de conocimiento en	Aspectos en torno a las drogas	Verde

	torno a los motivos que incitan el consumo.			
52. ¿Qué sensaciones le daba esa droga?	Conocer efectos físicos y psicológicos que provocan adicción a la sustancia.	Aspectos en torno a las drogas		Verde
53. ¿Que sentía cuando no la consumía?	Conocer efectos físicos y psicológicos que provocan adicción a la sustancia.	Aspectos en torno a las drogas		Verde
57. ¿Cree que necesita ayuda? ¿Cuál?	Conocer la aceptación de la drogodependencia y su necesidad de ayuda.	Aspectos en torno a las drogas		Verde
61. ¿Qué opina sobre el consumo de drogas en su comunidad?	Conocer su opinión sobre el consumo de drogas en su comunidad	Aspectos en torno a las drogas		Verde

Objetivo: Describir las prácticas y elementos ligados que desarrollan las Personas Adultas Mayores ante el consumo de drogas.

Categoría 3

Interrogante	Objetivo	Eje Temático	Codificación
13. ¿Quién y en que la utiliza?	Analizar el empleo del dinero por el o la usuaria(o).	Aspectos económicos	Verde agua
23. ¿Cuándo le duele alguna parte del cuerpo cómo lo resuelve?	Conocer el empleo de los fármacos sin prescripción.	Aspectos en torno a la salud	Verde agua
24. ¿Ha tomado medicamentos de familiares u otros?	Conocer el empleo de los fármacos sin prescripción.	Aspectos en torno a la salud	Verde agua
25. ¿Por qué lo ha hecho?	Conocer el empleo de los fármacos sin prescripción.	Aspectos en torno a la salud	Verde agua
26. ¿Cada cuánto visita el centro de salud?	Analizar la frecuencia con que comprueba su estado de salud.	Aspectos en torno a la salud	Verde agua
27. ¿En qué circunstancias lo hace?	Analizar las razones para visitar el centro de salud	Aspectos en torno a la salud	Verde agua
28. ¿Desde cuándo	Conocer el manejo	Actividades sociales	Verde agua

se integró a este centro?	del tiempo a través de los años.		
29. ¿Quién lo invitó?	Conocer el manejo del tiempo a través de los años.	Actividades sociales	Verde agua
31. ¿Qué tipo de ayuda le han brindado?	Conocer sus redes de apoyo	Actividades sociales	Verde agua
32. ¿Qué tipo de actividades realiza en su hogar?	Conocer el manejo del tiempo libre.	Actividades sociales	Verde agua
44. ¿Alguna vez consumió algún tipo de droga?	Conocer sus hábitos en torno a las drogas.	Aspectos en torno a las drogas	Verde agua
45. ¿Cuándo lo hizo?	Conocer sus hábitos en torno a las drogas.	Aspectos en torno a las drogas	Verde agua
46. ¿Cómo?	Conocer el tipo de droga y su vía de administración.	Aspectos en torno a las drogas	Verde agua
47. ¿Por qué?	Conocer sus hábitos en torno a las drogas.	Aspectos en torno a las drogas	Verde agua
48. ¿Dónde lo hacía?	Conocer los lugares que frecuenta ante un consumo de drogas.	Aspectos en torno a las drogas	Verde agua
50. ¿Quién lo incitó?	Analizar las	Aspectos en torno a	Verde agua

a consumirla?	influencias externas en el consumo.	las drogas	
51. ¿Recibió algún tratamiento al respecto o se internó en algún centro?	Conocer el tratamiento.	el Aspectos en torno a las drogas	Verde agua
54. ¿Ha dejado de consumirla?	Conocer el periodo de abstinencia.	Aspectos en torno a las drogas	Verde agua
55. ¿Por qué lo sigue haciendo?	Conocer las razones de las recaídas	Aspectos en torno a las drogas	Verde agua
56. ¿Cree que le ha beneficiado a su cuerpo?	Conocer los aspectos positivos de dejar las drogas.	Aspectos en torno a las drogas	Verde agua

3.4.4. Fase Informativa

En el caso del presente trabajo se realiza mediante la exposición formal ante el Tribunal de Trabajos Finales de Graduación y la entrega del mismo en forma escrita.

Esta es la última de las fases del proceso de investigación, el cual “Culmina con presentación y difusión de los resultados” (Rodríguez et al. 1999, p.76). Según estos autores al llegar a esta fase el (la) investigador (a) tiene una gran comprensión sobre el tema.

3.5. Consideraciones Éticas

En este apartado cabe destacar los respectivos permisos que se gestionaron para el ingreso al centro, las cuales se mencionaron anteriormente, así como consideraciones éticas pertinentes al tipo de investigación, las cuales se describen seguidamente.

De acuerdo al *Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para las Investigaciones en las que participan Seres Humanos*, existen una serie de principios que se deben aplicar de forma ineludible. Estos fueron se exponen en el artículo 2 del reglamento mencionado, el cual fue aprobado en la sesión 4542-05, 10-05-2000 y fue anunciado en el Alcance a la Gaceta Universitaria 6-2000, 22-06-2000, y se tomaron en cuenta para llevar a cabo el presente trabajo. Se citan a continuación dichos principios.

- Respeto a la persona y a la personalidad, principio que se extiende a la dignidad e intimidad del individuo [persona], sus creencias religiosas, su inclinación política, las prácticas derivadas de la pertenencia cultural, su capacidad de autodeterminación.
- La buena fe que expresan los individuos [personas].
- La justicia que rige las relaciones entre las instancias involucradas, los investigadores [investigadoras] y las personas participantes en el estudio.
- Proporcionalidad y razonabilidad que permitan sopesar la idoneidad del estudio.
- La no maleficencia dirigida a evitar riesgo o perjuicio que puedan sufrir los sujetos [personas] participantes o incluso los investigadores.
- La honestidad dada en la comunicación transparente entre las partes involucradas dentro de la investigación.
Se prohibirán investigaciones que afecten negativamente la calidad de vida, la seguridad y la integridad de la población vulnerable y dependiente.

Para la realización de las entrevistas se hizo la solicitud a la institución para llevar a cabo las actividades programadas, de la misma forma se elaboró un consentimiento informado basado en lo dictado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica. Este describe el propósito del proyecto, los objetivos, los riesgos de su participación, los beneficios que le

generará, además se hace explícito su derecho de abandonar la investigación y el carácter confidencial del estudio a través de nombres ficticios para dar a conocer sus comentarios en torno a la temática.

Capítulo IV

Resultados

4.1. Generalidades de la Población

Las historias de vida efectuadas contemplan Personas Adultas Mayores cercanas a los 80 años de edad, de ambos sexos, en su mayoría costarricenses y oriundas de diferentes provincias del país, pero residen actualmente en diferentes áreas de la capital ya que dejaron su lugar de nacimiento en búsqueda de mejores oportunidades laborales.

En sus áreas académicas fue muy variado en las personas participantes ya que algunos no terminaron su grado escolar contrario otros que lograron una carrera universitaria esto determinado muchas veces por la economía familiar; en la Costa Rica de ese momento (1930) se justificaba la ausencia de los niños y las niñas a las escuelas y aún más a la enseñanza secundaria, ya que los padres y madres apenas podían brindarle alimentación; por tanto existía la necesidad de muchas familias por encontrar trabajos y remuneración económica lo más pronto posible llevando a sus hijos e hijas a labores agrícolas entre otras (Quedada, 2003), lo cual influía directamente en los empleos ejercidos a lo largo de su vida que son de múltiples tipos en estas Personas Adultas Mayores.

Hasta el sexto grado, lo repetí porque papá me dijo que aún estaba muy pequeña y para que no se me olvidara, pero la situación económica no dio para estudiar más, me quedé aquí “varada”, pero me gustaba mucho el estudio. *(Sofía)*

Además el estado civil predominante en la población es la viudez sobre aquellos que aún conviven en pareja, lo que lleva a la Persona Adulta Mayor a vivir al lado de sus hijos e hijas y acudir a centros diurnos como nos explica Iglesias et al. (2001):

A nivel familiar, de otra parte, la viudez significa la quiebra del matrimonio y de la consiguiente relación de pareja como circunstancia más negativa. Hay que tener en cuenta que, aunque no ocurra así en todos los casos, lo más común es que los hijos [e hijas] se encuentren ya emancipados, por lo que la persona mayor pasa de pronto de un estado de convivencia exclusiva con el cónyuge, bastante propicio

para la felicidad conyugal, a otro radicalmente distinto. De ahí la magnitud de los efectos que acarrea esta ruptura cuando ocurre en la vejez, empezando por la nueva forma de convivencia que habrá de elegir el mayor, sea formando un hogar unipersonal, pasando a coexistir con la familia o ingresando en alguna residencia. El sentimiento de soledad, en cualquiera de estas situaciones, es una firme amenaza. (p.110)

En menor cantidad viven con su cónyuge o prefieren vivir solos o solas, además descienden en su mayoría de familias numerosas las cuales se han dividido o han muerto gran parte de sus familiares. Por lo general reciben algún tipo de ayuda económica en mayoría una pensión mensual la cual utilizan para cubrir sus gastos.

4.2. Conocimientos de las Personas Adultas Mayores sobre el Fenómeno de las Drogas.

4.2.1. Efectos de la Medicación en la Persona Adulta Mayor

En gran parte las Personas Adultas Mayores participantes no recuerdan con exactitud los nombres de todos los medicamentos, lo que ha de justificarse porque existe una polimedicación característica de la etapa adulta mayor que incluye nueve o más medicamentos ya sean adecuados o no, dependiendo de sus patologías. (Gavilán y Villafaina, 2011)

Entre los medicamentos más frecuentes y que más recordaron fueron los antihipertensivos como: irbesartán, atenolol, enalapril y hidroclorotiazida, también de antitrombóticos como plavix, warfarina, aspirina. Además del hipolipemiente lovastatina, y la benzodiacepina lorazepam y otros como atropina, diclofenaco e insulina.

Destacan que los consumen desde hace 10 años o más y que les explicaron en gran parte para que se utilizan pero no suelen recordar con exactitud, ante la pregunta sobre los efectos secundarios que estos pueden causar en su cuerpo la mayoría los desconoce y argumentan que obtendrían un peor resultado si no los toman, limitándose a seguir las instrucciones médicas.

Sí el doctor le dice a uno, pero es peor no tomarlas, ahí le controlan cuanto se pone uno de cada cosa, le preguntan si se siente bien, cuando uno se siente mal es porque descontrola los medicamentos o por pereza hay gente así y hasta se muere, uno no puede descuidarse porque de esto vivo yo, uno tiene que ir de la mano con el doctor lo que él le diga no se ponga más ni menos. (*Gustavo*)

Pues hay unos que hacen bien a una cosa y hacen mal a otra pero diay yo siempre los tomo con receta médica. (*Liz*)

Por otro lado, en cuanto medicina alternativa, la Organización Mundial de la Salud (2003) la define como “Las medicinas tradicionales, complementarias y alternativas (denominadas en adelante «medicina tradicional») suelen utilizarse para tratar o prevenir dolencias y enfermedades crónicas y para mejorar la calidad de vida”. Sobre estos resultados es necesario aclarar que son específicos para el grupo de Personas Adultas Mayores de esta investigación durante el periodo de tiempo estipulado.

Ante la interrogante si consumen productos naturales las Personas Adultas Mayores consideran que con los fármacos que tienen son suficientes y les “hacen bien”, cuando acudieron a este tipo de producto fue para problemas de nervios, estreñimiento y en caso de tos.

No nada de eso, si me han recomendado algunos pero no me gusta revolver, mejor me quedo con sólo uno si yo me estoy sintiendo bien, así que no tengo porqué probar otro. (*Greivin*)

Si me gusta mucho, yo uso macrobióticas yo tomo para la garganta, yo en la casa me hago para la tos jengibre con miel de abeja y limón acido para la garganta, y después un cocimiento para el estómago para desinflamar. (*Luis*)

A mí cuando me recomiendan me gusta algo casero, lo que me ha hecho bueno ahora para el colon es la homeopatía estoy con homeopatía. (*Ofelia*)

A pesar de la creencia popular que las Personas Adultas Mayores consumen muchos remedios caseros, con lo expuesto anteriormente se evidencia que la mayoría de la población estudiada prefiere consumir solamente medicamentos indicados por el personal médico.

4.2.2. Percepción sobre las Drogas Lícitas e Ilícitas

Leiva (2008) añade en su artículo como las drogas lícitas e ilícitas traen grandes consecuencias físicas, económicas y sociales sin excluir a las Personas Adultas Mayores:

El consumo de drogas lícitas e ilícitas provoca enfermedades y trastornos cuyos efectos, más que incapacitar, pueden provocar la muerte; los efectos físicos son notables (a pesar de que el tiempo de consumo sea corto) y los costos por concepto de incapacidad y otras consecuencias llegan a sentirse en el ámbito económico, social (daño en las relaciones interpersonales, la pérdida del trabajo, desintegración familiar), entre otros. (p.3)

Las respuestas de las Personas Adultas Mayores participantes con respecto a las drogas lícitas como el alcohol y tabaco se manifiestan con pleno conocimiento, ya que para muchos fue su droga de consumo en alguna etapa de su vida causando algún impacto en la salud o en algún ser querido; sin embargo consideran que su aspecto dañino es conforme a la cantidad es decir a mayor cantidad ingerida, mayor daño.

Bueno yo sé que el alcohol embrutece a la persona, completamente la anula, llegan a faltar el respeto, al que bebe mucho hasta en una calle queda tendido. (*Sofía*)

El que toma alcohol es un esclavo, es un seguidor y un candidato a ser “chichero” y yo por dicha recapacité a tiempo. (*Édgar*)

En el caso de la cafeína para muchos es de consumo habitual y no la comparan con la misma problemática de las otras drogas pero si conocen que ejerce efectos adictivos y dañinos en el cuerpo.

Soy cafetero, pero no creo que sea parte de las drogas que hemos hablado.” (*Édgar*)

Yo le hablo del café, el café es un veneno para la salud del ser humano. (*Pablo*)

Yo no tomo mucho café, solamente en la mañana tomo, pero hay gente que se desespera por el café. (*Liz*)

Con respecto a los fármacos son conscientes que son drogas pero reconocen la necesidad de los mismos para controlar sus enfermedades.

A uno le dan todo contadito para el mes o quincena entonces no le sobra a uno para abusar de la droga porque los medicamentos son drogas. (*Sofía*)

Mire si hay gente (abusa de fármacos) pero por dicha no son adictos o no son adictos graves. (*Édgar*)

Contrario a lo que sucede en drogas lícitas, en el caso de otras drogas ilícitas como la marihuana, tienen un menor contacto y por ende una valoración diferente sobre su uso y consecuencias de esta droga, así mismo le otorgan un carácter más dañino a la salud desde su primer consumo, también existe duda en la posibilidad de encontrarle algún beneficio medicinal por las noticias escuchadas en los diversos medios de comunicación.

Ah no de las drogas todas, pero me parece que la marihuana y esas dañan más que el alcohol... (*Ofelia*)

Las drogas al igual que el licor son muy peligrosas, a mí me parece que las drogas son peor, uno ve la desesperación que coge esta gente mata, asalta y todo por desesperación porque son capaces de matar a una persona por conseguir mil pesos para comprar. (*Greivin*)

[Marihuana] Sé que es muy mala, que no debemos ni probarla, porque dicen que es muy adictiva, y no nunca me dio por probarla, la conozco sí porque en casa apareció una mata pero la boté. (*Sofía*)

Actualmente han estado descubriendo que la marihuana en sí no mata, ni daña tanto como la piedra, porque en algunos casos es más bien medicinal. (*Gustavo*)

En general las drogas para la población estudiada, les reconocen en mayor medida consecuencias de tipo social más que físicos, que van desde la cárcel, robo, asesinatos hasta llegar a la muerte.

En el caso del alcohol y las drogas en general traen mucha complicación inclusive mandarlo a la cárcel a uno. (*Greivin*)

Todas las pestes, deja a los hijos huérfanos, se van para la cárcel. (*Pablo*)

A continuación describimos las consecuencias más relevantes para cada una de las drogas lícitas e ilícitas mencionadas por las personas adultos mayores.

En el caso del alcohol las principales consecuencias detalladas por las personas entrevistadas son un deterioro mental, pérdida del juicio que deja a la persona sin percepción de

sus actos, para ellos también desencadena divorcios. En cuanto a nivel físico destacan dolores de cabeza, cáncer de estómago, gastritis, daños en el hígado e impotencia.

Claro, borracho un dolor de cabeza, ah sí claro se siente uno mal, el esposo de mi hija la dejó por ser un borracho enamorado, se iba a bailar y se fue con una nica, dejó a mi hija botada, por eso mi hija tiene dos hijos ahora, y pelea mucho pelea mucho, cuando estaba borrado, él que bebe mucho no es responsable. *(Jorge)*

El guaro molesta un poco pero lo que más molesta es los genitales y el hígado, el hombre que toma mucho genéticamente no sirve. *(Gustavo)*

Diay hay personas que les han dado hasta un infarto por la cantidad de alcohol que toman, después el estómago se lo deben hacer leña porque eso es un fuego lo que les entra, sufre muchísimo, yo conocí a alguien que murió de cáncer en el estómago pero era por el alcohol. *(Ofelia)*

Con respecto al tabaco lo que más señalan son los problemas pulmonares, síntomas como tos frecuente y lo relacionan con daños al corazón y cáncer de garganta.

Sé que el cigarrillo, es malo para los pulmones, no es en sí el tabaco en sí el que hace el daño sino lo que le agregan. *(Óscar)*

Eso pavimenta el pulmón y se convierte en cáncer de pulmón, cáncer de garganta, cáncer en el hígado, de todo... *(Pablo)*

En el caso de la marihuana, aunada al concepto de ilegalidad la perciben como dañina adjudicándole consecuencias sociales en su mayoría, sin embargo a nivel físico no reconocen que hace en el organismo. Recalaron de igual forma que el fenómeno de las drogas afecta a los diversos estratos sociales.

Es una droga tóxica que produce costumbre y aquí estuvo muy metida en Costa Rica tanto en la parte social, en los ricos y en los pobres... *(Marcelo)*

[Marihuana] “Bueno esta es peor, me parece que también daña mucho... *(Liz)*

Pues es perjudicial porque todo lo que sean drogas son malas. *(Óscar)*

La marihuana es una droga que ha estado presente desde hace largo tiempo en la sociedad, sin embargo, su consumo toma un mayor auge a nivel mundial en los años 90, después de que

varios años atrás se diera en los Estados Unidos y Europa. (IAFA, 2009). Por esta razón, las Personas Adultas Mayores participantes podrían presentar poco contacto con la sustancia y un menor consumo de la misma.

En lo que se refiere a la cafeína relacionada específicamente al consumo de café para muchas Personas Adultas Mayores constituye una costumbre de todas las mañanas desde su juventud, sin embargo, manifestaron que no existe en ellos una dependencia física así que lo suelen tomar a diario y si no lo hacen no presentan ninguna sensación de dependencia. Entre las consecuencias mencionadas fueron daños a nivel circulatorio, presencia de insomnio e impotencia.

El café inmediatamente produce mala circulación, usted tiene una cortada y se echa café y la sangre se perdió, a usted le sacan las pieza de la dentadura que da mucha hemorragia agarra un poco y se para, por eso afecta la circulación, produce impotencia, afecta, el hígado, afecta el sistema nervioso, produce insomnio, es un engaño de la gente fina que toma café, ¿estamos de acuerdo? (**Pablo**)

Finalmente en cuanto al conocimiento sobre fármacos; en términos generales, reconocen que su abuso trae consecuencias y que conocen personas cercanas con dichas prácticas pero para la mayoría son conductas ajenas a ellos porque suelen tomarse lo necesario y prescrito por profesionales en medicina; sin embargo, para otros que toman benzodiazepinas se ha convertido en una adicción que les es imposible dejar.

Aquí hay una compañera que toma mucha pastilla que le dan y la ha hecho adicta, ella va a la Marcial Fallas, como vivo cerca yo le hago el mandadito, y me di cuenta que es adicta a ese medicamento, y le está haciendo daño. (**Luis**)

¡Si claro! Aquí hay una persona que se automedica, esa persona abusa de la acetaminofén está como intoxicada, ella la desespera la acetaminofén y yo se lo he dicho “julana eso es malo en exceso” y ella dice: “y ¿qué quiere que haga? no hay nada que me quite el dolor. (**Greivin**)

Si al menos la lorazepam son psicotrópicos y eso genera adicción totalmente ¡yo no la puedo dejar! (**Liz**)

Las Personas Adultas Mayores poseen una idea de las drogas lícitas e ilícitas debido a que se vieron expuestos a ellas o por observación; sin embargo, ninguna de las personas se expresaron que se les brindara algún tipo de educación o información con respecto al tema. Por lo

que al ser el licor y el tabaco unas de las drogas más comunes y antiguas tienen una actitud diferente con respecto a la marihuana y la cafeína.

4.2.3. Tratamiento de las Adicciones

En cuanto al tratamiento de las adicciones el Instituto Nacional sobre el abuso de drogas (2010) refiere:

El tratamiento para la drogadicción tiene como finalidad ayudar al adicto [a la persona adicta] a dejar la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga. El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo. Además de detener el abuso de drogas, la meta del tratamiento es que el paciente [la persona adicta] vuelva a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad. De acuerdo con estudios de seguimiento de pacientes [personas adictas] que han estado en tratamiento durante periodos prolongados, la mayoría de los que entran y permanecen en tratamiento dejan de usar drogas, reducen su actividad delictiva y mejoran su desempeño ocupacional, social y psicológico. Sin embargo, los resultados de los tratamientos individuales dependen del alcance y la naturaleza de los problemas que presente el paciente [la persona], de la calidad del tratamiento y los servicios relacionados usados para tratar estos problemas, y de la calidad de la interacción entre el paciente [la persona] y los proveedores del tratamiento. (p.10)

Un tratamiento adecuado para superar una enfermedad adictiva es esencial, por lo que el conocimiento sobre los diversos programas es de gran ayuda en la población en general. Según la Encuesta Nacional sobre Drogas (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2009) “Un 34,3% de las personas entrevistadas mencionan que las instituciones u organizaciones que aplican programas para atender el problema de drogas tienen éxito en sus acciones. ”(p.68). En la

población adulta mayor protagonista en la presente investigación se encontró que conocen generalidades sobre diversas formas de tratamiento o instituciones que lo realicen; sin embargo, ninguno mencionó haber ingresado a alguna institución y sus experiencias se basaban en familiares cercanos o amigos, amigas, y personas conocidas.

Gran parte de la población participante coincidió que más allá de lo que brinden las instituciones, el éxito del tratamiento requiere de factores emocionales, espirituales y de voluntad propia de la persona.

Sí puede una persona salir de eso, con mucha voluntad con mucho amor a sí mismo, porque si no uno mismo se está matando, si usted se estima lo hace. *(Sofía)*

¡Claro que sí!, yo creo que con un buen consejo, que se salga de esa droga, que se arme de voluntad, yo le leería una parte del libro el pequeño niño Jesús que dice “pequeño niño Jesús si yo caigo una vez te pido por favor que me levantes, si caigo 100 veces te pido que 100 veces me levantes” eso son los mejores consejos que puede tener uno en la vida. *(Óscar)*

Lo único es terapia psíquica nada más. El tratamiento es psicológico nada más, como dicen un enfermo alcohólico agarra una tanda y no hay ambiente para que la pare como dicen, nada más apoyo psicológico en general creo que la terapia psicológica es la mejor. Es lo más efectivo, anímico todo, nada más que voluntad y tratar de alejarla. *(Marcelo)*

Hay como sociedades como a alcohólicos anónimos y eso de pronto les brinda una ayuda, la otra es con mucho amor y mucho cariño que los padres y los hijos colaboren para que de pronto se vaya liberando de la bebida del alcohol. También hay movimientos cristianos, ellos han llegado a movimientos cristianos que se han salvado, se han liberado de las drogas, esas son las que yo conozco y la determinación que tome el individuo mismo, ‘yo soy fulano de tal, yo me amo y no me dejo gobernar por ese vicio’, tener esa fuerza de voluntad, y decir: no yo tengo a mis seres queridos, a mi madrecita, no la voy a hacer sufrir. *(Pablo)*

Basado en sus experiencias la forma de tratamiento más efectiva para la drogodependencia incluía terapias psicológicas, en ningún momento hicieron mención a procedimientos invasivos o farmacológicos. Su opinión en cuanto a la veracidad de las diversas formas de combatir la enfermedad adictiva está directamente relacionada por experiencias, ya sea por consumo propio, de familiares o amigos.

Pueda ser que eso ayude, pero yo veo el caso del hijo mío, el no asistió a alcohólicos anónimos, a ningún grupo a nadie y dejó de tomar, y tomó toda una vida, figúrese qué hace uno estando en un grupo si después de que sale de ahí se encuentra un amigo y busca más y encuentra la droga, y quizás no quiere dejarlo. (*Greivin*)

Así muy efectivos, en ese que tenía mi yerno se rehabilitaron tantos drogadictos. (*Liz*)

En la caso de “*Greivin*”, el grupo de pares es para él muy influyente en la conducta de las personas drogodependientes lo que puede interferir en un tratamiento, ya sea de forma positiva o negativa. Otros factores de importancia que recalcan es el interés que tenga la persona en recuperarse y hacen referencia que a la persona se le debe brindar lo que necesita, lo cual llama la atención ya que se comienza a entender el problema de consumo de drogas como una enfermedad.

Claro que si el que lo necesita el que no va a esos lugares es porque no le da la gana o no tiene interés en componerse. (*Sofía*)

Si los Hogares CREA y demás son muy importantes, porque entre todos se ayudan, estos le dan al paciente [a la persona] lo que necesita. (*Gustavo*)

Asimismo las Personas Adultas Mayores hacen referencia a la necesidad de tener recursos económicos para ingresar a estas instituciones que brinden el tratamiento ya que los observan en los medios de comunicación muy costosos, por lo tanto, el tratamiento para una persona con bajos recursos según sus criterios se vería limitado.

No ahí ve que no conozco si hay tratamiento, me imagino que es igual de internarlos en un lugar de drogas o alcohol, yo veo que en la tele anuncian uno, pero diay claro ahí mire hay que aflojar plata, porque son carísimos, en ninguna parte conseguís nada gratis para que se curen, es difícil. Yo pienso que eso es por sí mismo verdad que la persona quiera curarse y ya está. (*Ofelia*)

Esto se puede relacionar con la falta de propaganda de instituciones no privatizadas como Organizaciones no gubernamentales o el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, principalmente sobre los servicios que brindan y la población que puede ingresar como una opción para las Personas Adultas Mayores así como sus seres queridos, ya que, el ejemplo anterior refleja que se piensa en la existencia únicamente de centros privados como opciones que requieren una alta inversión económica.

4.2.4. Problemática Familiar por el Consumo de Drogas.

Las personas participantes en su gran mayoría han sido testigos de la problemática de drogas en su familia: hermanos, hermanas, hijos, hijas, nietos y nietas o círculo de amistades. Como lo explica Torres (2007):

Es preciso señalar que la familia del adicto [la persona adicta] se ve afectada seriamente durante todo el período en que se fue desarrollando la adicción. Al igual que el adicto [la persona adicta] puede recuperarse y vivir una nueva vida, libre de adicciones y con una mejor calidad de vida, la familia tiene derecho y necesidad de recuperarse. La mayoría de las veces es primero un familiar el que toma conciencia del problema y da los primeros pasos en búsqueda de ayuda.
(p.19)

Al contestar la interrogante de que sabían sobre la problemática de drogas en su círculo más cercano, muchos contestaron no se daban cuenta hasta que el problema se había agravado e incluso preferían saber a grandes rasgos, ya que, si ofrecían sus consejos no eran tomados en cuenta o podían ser excluidos. Incluso muchos han tenido que soportar ser víctimas de robo dentro del hogar por parte de los mismos familiares.

No sé qué le pasó verdad pero había tomado licor toda la vida desde joven tomaba pero yo no me daba cuenta, yo no sabía que él tomaba desde que estaba jovencillo vivíamos en Piedades de Santa Ana, hasta ahora inclusive la mujer lo abandonó y él vivía solo para el licor lo que se ganaba era en licor que lo gastaba. *(Greivin)*

... un anillo que tenía cuando entraba ya no estaba, a mi hija le robaba, eso que roban todo por la droga, no había nada, mire yo tenía un trinchante, y no sé cómo hacia cuando veía lo abría, no estaba la licuadora, bueno daños, de daños, de daños, jovencito jovencito comenzó... *(Ofelia)*

Diay no sé, yo le digo a mi hija, mi hija fuma, y yo le digo no fumés, fumar es malo, llega una amistad ahí y fuma, yo le digo a ella que no fume, y se fuma un cigarrillo. *(Jorge)*

En el caso especial de “*Ofelia*”, cuyo hijo tuvo y actualmente mantiene problemas de consumo de sustancias, específicamente marihuana, crack, tabaco y alcohol, muestra el gran dolor y desesperación por la situación, ya que no vive tranquila en su hogar cuando su hijo se encuentra ahí. Esto por temor a ser víctima de robos y agresión por parte de él.

...después lo echamos de la casa, es error de uno pero el mismo sacerdote nos dijo no doña “*Ofelia*”, un día me tiró un poco de café hirviendo encima, usted tiene que sacar a ese muchacho de ahí, jamás le puede hacer otro daño más grande a usted. (*Ofelia*)

...y uno sufre porque digamos en un paseo en una fiesta nadie lo invita porque saben que si hay guaro a él le da por tomar entonces díay lo apartan de la familia a mí me duele mucho pero díay que puedo hacer yo. (*Ofelia*)

A pesar del evidente sufrimiento a lo largo de los años, “*Ofelia*” continúa preocupándose y atendiendo a su hijo, quien actualmente mantiene el consumo de alcohol y tabaco, y su madre sospecha que de marihuana también. En ella se evidencia una problemática común en muchas Personas Adultas Mayores desde la inseguridad, el temor, el sufrimiento de la familia a causa de una persona con enfermedad adictiva y cómo afecta ésta los procesos familiares, no solo en un periodo corto de tiempo, sino que conlleva muchos años.

Se concluye que el círculo familiar de las Personas Adultas Mayores entrevistadas se compone de personas que iniciaron su consumo desde jóvenes; las drogas de mayor consumo fueron el alcohol y tabaco, lo que originó según su percepción las diferentes causas de fallecimiento como los infartos, cáncer, e inclusive la expresión de conductas agresivas con otras personas producto de la droga, también relucen otros casos que salieron adelante mediante un centro de rehabilitación.

Sólo toser y toser y se le venía sangre por la boca y él me decía “nunca deje que su familia pruebe ni siquiera un cigarro. (*Sofía*)

Bueno mi papá pero muy poco, tuve un hermano que murió por el licor, se reunían con los amigos y un día se pelearon por eso le causó la muerte una agresión, y mi hijo que se compuso ahora él está lo más bien se compuso y de todo y si hace bastante daño a la humanidad. (*Liz*)

Fernando él que me seguía a mí, era un tanderero como dicen, pero hizo muy bien él con salvando a un alcohólico... (*Marcelo*)

Lo anterior, demuestra como las Personas Adultas Mayores se encuentran incluidas en la problemática de drogas; sea de forma activa como consumidores o de espectadores de la situación en familiares y amigos; agregando que se encuentran inmersos en una sociedad que le adjudica poca potestad y validez a la Persona Adulta Mayor para colaborar en la detección del problema lo que agrava la situación del fenómeno de las drogas en el país.

4.2.5. Consumo y Tráfico de Drogas en la Comunidad

El tráfico de drogas se ha convertido en una problemática en crecimiento en América donde en nuestro país no es la excepción, originando grandes repercusiones, entre estas la violencia, fenómeno que se ve día a día en Costa Rica que afecta a todas las y los ciudadanos, al respecto la Organización de los Estados Americanos (2013) menciona:

Los intensos niveles de violencia asociados al narcotráfico –especialmente en países afectados por la producción, tránsito y tráfico de drogas ilegales– han sido el factor principal de alarma que ha llevado a las autoridades del más alto nivel a involucrarse de manera más activa en este debate. Otros factores determinantes de esta nueva actitud han sido los cambios en los patrones de consumo de drogas en el Hemisferio, la mayor prevalencia de este consumo, la violencia que afecta a los grupos más vulnerables de la sociedad y la demanda creciente de servicios de salud para el tratamiento de las adicciones. (p.5)

También se destaca la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2009) realizada en el año 2006, esta refiere la opinión de los habitantes de territorio nacional que dicen “A diferencia del principal problema del país, donde se menciona el costo de vida, la mayoría de las personas indicó que las drogas (27,5%), y la inseguridad o delincuencia (13,6%) eran las dos áreas que presentaban los problemas más

graves” (p.64), expresando que a nivel comunitario las personas encuestadas reconocen que las drogas son el principal problema.

Sobre el conocimiento del consumo y tráfico de drogas en su comunidad se encontró que algunas personas entrevistadas saben que en su lugar de domicilio no hay de este tipo de problemática.

No donde yo vivo es muy sano, ahí no venden nada, es muy sano, estamos bien ubicaditos, porque eso es terrible. (*Luis*)

Mientras que otros hicieron mención en algunos casos, “*Óscar*” mencionó tener un amigo involucrado con este tipo de actividad. Él hace mención a la problemática y lo difícil que es retirarse de esa red.

Porque se lo malo que es, es que todo mundo tiene sed de dinero y un amigo sabiendo yo que era pobre sale con semejante “carrazo”, y una casa que parece un castillo, pero que pasa que venden droga y quien vende la primera vez tiene que seguir porque si no lo matan. (*Óscar*)

Por otro lado, algunas personas participantes relacionan esta problemática con personas de nacionalidad nicaragüense, lo cual se encuentra interesante ya que refleja el estereotipo inculcado en la sociedad costarricense sobre las personas extranjeras; principalmente de nacionalidad nicaragüense, a quienes se les achacan la mayoría de actos de vandalismo entre ellos venta de droga y delincuencia.

¡Ahh! sí, hay mucho nica y así (*Gilda*)

No, no ahí no, ahí donde yo vivo no, solo de Nicaragua, mucho maleante... (*Jorge*)

Con respecto a la venta de drogas Babor et al. (2010) mencionan que las personas que venden drogas pueden clasificarse como ganadores o perdedores dependiendo de las ganancias y las consecuencias que traiga para ellos la venta, por ejemplo el encarcelamiento. Por otro lado refieren que “Los ganadores quizás estén contentos, pero dan un mal ejemplo a los jóvenes impresionables y pueden desmoralizar a sus vecinos que trabajan duramente en un empleo legítimo, pero ganan mucho menos dinero” (p. 70).

Asimismo se debe tomar en cuenta que entre las actividades que las personas participantes realizaban en su hogar son generalmente dentro de su casa de habitación por ejemplo: ver la televisión, leer libros, escuchar música, entre otros. Esto también sugiere que el contacto con personas aparte de su familia es cada vez más limitado y por lo tanto puede afectar el conocimiento que ellos tienen sobre la problemática de drogas que puede rodear a su comunidad, así mismo, cabe resaltar que la y el costarricense siente temor ante tales circunstancias y prefiere callar antes de denunciar, lo que aumenta la problemática.

4.3 Actitudes de las Personas Adultas Mayores frente al fenómeno de las drogas

4.3.1. Apreciación de su Propia Salud

La etapa de la adultez mayor, como se mencionó anteriormente, está marcada por una serie de cambios fisiológicos propios del envejecimiento que en ocasiones potencian la aparición de ciertas patologías generalmente de carácter crónico. Estas llegan a marcar el comportamiento de las personas e influye en las diversas actividades diarias.

Según el I Informe Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2008), las enfermedades más comunes reportadas por este grupo poblacional son las siguientes: hipertensión, el colesterol alto, diabetes, enfermedad pulmonar, artritis, osteoporosis, infarto, cáncer y derrame. Lo cual concuerda con las respuestas brindadas por las personas entrevistadas quienes comentaron padecer de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, problemas cardiacos, además de problemas visuales, estreñimiento y problemas de próstata.

Cuando se les consultó sobre sus padecimientos, la concepción de su salud fue principalmente positiva a pesar de la presencia de esas patologías.

Muy bien, me acaban de tomar la presión y el pulso, todo bien. Estuve donando sangre voluntariamente pero me lo prohibieron porque me producía un déficit en los glóbulos rojos. Solo la lovastatina, en realidad no me puedo quejar. (*Marcelo*)

Mmm no, solo del colon pero solo ya después de muchos años pero ya de ahí en fuera gracias a Dios soy una mujer muy sana, yo me cuido mucho con las comidas, y no yo no padezco de nada gracias a Dios. (*Ofelia*)

Sin embargo, cuando refirieron un estado de salud negativo éste estaba relacionado con problemas de aspecto emocional o se hace énfasis en la disminución de la capacidad física producto del proceso del envejecimiento durante la etapa adulta mayor.

Ahí mamita de que no padezco, padezco de nervios, diay nervios de ponerme a llorar, también de las piernas me duelen que no puedo caminar. *(Gilda)*

Bueno primero fue cuando se me murió mi hijo, ahí me comenzó una depresión fuerte (*¿hace cuánto fue eso?*) diay él va a cumplir 21 años de muerto, él murió de 33 años allá en Washington entonces él mandó por nosotros porque él sabía ya, él murió de SIDA, entonces él mandó por nosotros por todo el tiempo que tenía y vivimos el fin allá, claro cuando yo llegué me agarró a mí la depresión. *(Ofelia)*

Si tengo un desgaste en la columna y no es operable, es lo que más me ha perjudicado, más como era yo que era muy activo, todos todos los deportes los realicé bicicleta, natación lo realicé, me gustaba todo que era deporte, ayudaba con la natación. *(Luis)*

Este informe refiere que esos dos puntos son importantes en cuanto a la percepción de la salud de la Persona Adulta Mayor. Según Hernández, Soto y Castro (2010) “... en esta condición – envejecimiento –la persona quiéralo o no, además, comenzará a sentir una pérdida progresiva de sus capacidades para adaptarse, y a diferencia de las enfermedades, no es posible detenerla ni revertirla; en definitiva, es una nueva etapa de vida que debe experimentar cada sujeto [persona]” (p. 43). Por cuanto el proceso de envejecimiento, va a tener un significado diferente para cada individuo y en la que pueden influir los recursos emocionales y afectivos con que cuente la persona.

Es de suma importancia recalcar en este espacio que el envejecimiento como tal no es una enfermedad, y como se retomó en el marco conceptual, es un proceso que inicia desde la concepción. Por ende, la noción del envejecimiento y la salud en la Persona Adulta Mayor son características de la etapa del ciclo de vida correspondiente a la adultez mayor, donde se presentan cambios en la esfera social, económica, emocional y física que pueden repercutir en la aparición de enfermedades crónicas, pero esto no se debe confundir con la creencia de que el envejecimiento es sinónimo de enfermedad.

En base a las anteriores experiencias de las Personas Adultas Mayores inferimos una relación de este apartado con la temática de drogas, ya que la concepción positiva o negativa de

su salud influye directamente. Si la Persona Adulta Mayor tiene una concepción negativa de la misma recurrirá probablemente a más medicamentos aumentando la polimedicación e incluso a optar por otras drogas para disminuir sus padecimientos, contrario a una persona que refiera una actitud más positiva de su salud ya que probablemente limitará su consumo de medicamentos u otras técnicas para sus enfermedades crónicas.

4.3.2. Descripción de las Relaciones Familiares

Las relaciones familiares son un elemento clave en la vida del ser humano, generan un soporte que nos permite satisfacer nuestras necesidades económicas, de compañía, de cuidado e intercambios de conocimiento, por lo que se les confiere parte fundamental para el bienestar de las personas. (Del Valle y Colli, 2011). En cuanto a esta temática en la etapa adulta mayor Gómez, López, Moya y Hernández (2005) mencionan:

La dinámica familiar puede verse afectada en muchas ocasiones por situaciones que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del padecimiento de una enfermedad crónica o una discapacidad. En la medida que el anciano [la Persona Adulta Mayor] tenga mayor autonomía e independencia, se favorece también su estado emocional, y ello permite la satisfacción de poder ayudar en el hogar, y así mejora la percepción, que sobre las relaciones familiares, posee el anciano [la Persona Adulta Mayor]. (p.4)

De este modo, al investigarlo en las Personas Adultas Mayores participantes se encontraron opiniones diversas sobre este tema, no obstante no se observaron diferencias en género. Muchas personas participantes que viven al lado de sus hijos e hijas describen la relación como “buena” pero suelen tener roces familiares como: poca comunicación, administración de su dinero y hasta exceso de protección, otros se sienten muy bien al lado de sus hijos e hijas sin queja alguna y

quienes viven solos o solas o al lado de su cónyuge describen como buena situación familiar pero con cierto abandono por parte de otros miembros familiares.

Bien, bien gracias a Dios, cada 5 años llegan a verlo a uno, pero yo me llevo bien.
(Gilda)

Las quiero mucho a todas, lo que pasa es que ellas tienen a sus esposos a sus hijos y es una cosa totalmente aparte, ellas tienen sus hogares y yo vivo en el mío...
(Luis)

Cabe recalcar que las Personas Adultas Mayores que viven con sus hijos e hijas refieren sentir cierta incomodidad y algunas actitudes hostiles por parte de sus familiares.

Bueno [se queda pensativa] ella es un poco difícil de carácter, ella es como agresiva como un poco difícil, diay ahí la llevo porque ella es hija, yo lo que hago es que llego a las 4:30 y no, no hay problemas de ninguna clase. *(Liz)*.

Pues bien, uno se da cuenta que ya uno mayor como que estorba en la casa, porque si uno se da cuenta que ya no les gusta que uno haga un reguerito, límpieme esto, me dice un doctor que me ve, dígame que bastante regueritos le limpio usted cuando estaba chiquitilla, bastantes cacas le tuvo que juntar [risas] *(Ofelia)*

Esta temática adquiere gran significado ya que muchas Personas Adultas Mayores perciben que la familia y la sociedad han cambiado, y se les hace difícil comprender la nueva sociedad, que, a su vez, frecuentemente no entiende a las Personas Adultas Mayores. Así, pueden sentir que no pertenecen a la sociedad y se aíslan. Este sentimiento aumenta si la persona reduce su participación en las relaciones familiares y sociales. (Del Valle y Colli, 2011).

Por tanto, se reconoce que aquellas Personas Adultas Mayores que cuentan con relaciones de calidad se ejerce un efecto positivo en los niveles de depresión, frecuencia de enfermedades y la respuesta inmunológica (Guzman, Huenchuan y Montes de Oca, 2003) que no es ajeno a la problemática de drogas, pues puede ser un factor desencadenante y hasta directo en la medicación de la Persona Adulta Mayor, como lo explican Gutiérrez, Aneriros, Sterling y Weisner, citados por Leiva (2008) “Aspectos psicológicos como ansiedad, depresión y estrés están asociados al consumo de drogas, ya que constituyen una forma rápida para aliviar malestares, por sus efectos directos sobre el sistema nervioso central” (p.5).

4.3.3. Influencia de la Economía Familiar

En cuanto a la economía familiar, las personas entrevistadas mantenían una estabilidad económica adecuada que sus necesidades básicas se encontraban satisfechas, además, ya que para ingresar al centro diurno deben pagar una cuota voluntaria. La gran mayoría recibe pensión, generalmente la administran ellos mismos o mimas o un familiar directo como el hijo o la hija.

Diay mi hija es la que se encarga. (*Jorge*)

Ahorita bueno no hay plata que alcance pero trato de rendirla lo que pueda. (*Luis*)

Bien, buena porque yo no trabajo ni nada pero uno de mis hijos corre con todos los gastos de la semana, las otras me dan plata para comprarme mis gustitos. (*Sofía*)

Bueno pues simplemente no me falta nada lo que pasa es que a mí mis hijos me mandan dinero y lo recoge ella [hija con la que vive]. (*Liz*)

La percepción de su situación económica es muy buena, sin embargo en algunos casos como “*Liz*” se nota la pérdida de autonomía al no poder administrar su propio dinero, lo que les genera incomodidad y sentimientos de inferioridad, contrario a quienes manejan su dinero que se notan más activos.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011) en muchos países es común que las Personas Adultas Mayores dependan de sus hijos e hijas ya adultos para cubrir sus necesidades materiales. O también puede darse el caso de que estas personas adultas jóvenes utilicen recursos activos que tenga la Persona Adulta Mayor para solventar sus necesidades.

Esta misma organización hace referencia a que “Las transferencias públicas permiten financiar alrededor de un tercio del déficit de las Personas [Adultas] Mayores en Estados Unidos, México, la República de Corea y la provincia de China de Taiwán; la mitad en Uruguay, y dos tercios en Costa Rica, España y Japón.” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011, p.29). En cuanto a transferencias públicas menciona que son los recursos que les brindan las instituciones del Estado. Mientras que las transferencias familiares, o sea, recursos de familiares como los hijos e hijas se acercan a cero o son negativas, lo que demuestra que esta tendencia es menor en nuestro país.

La economía que manejen las Personas Adultas Mayores lo podemos asociar a la problemática de drogas, e incluso podría convertirse en un factor a favor o en contra; ya que desde un punto de vista una Persona Adulta Mayor con ingresos económicos limitados o sin acceso a dinero le será difícil mantener un consumo activo de alguna droga a menos que sea proporcionada por alguien cercano, contrario a quienes manejan su dinero podrían disponer a usar sus recursos para mantener un consumo activo de algún tipo de droga. Del mismo modo, se puede apreciar que el manejo del recurso económico ofrece independencia en sus actividades personales a la Persona Adulta Mayor y posibilidad para elegir actividades de recreación y ocio, lo cual potencia su autoestima y lo aleja de la problemática de drogas contrario a lo que sucede a quienes dependen económicamente de sus familiares.

4.3.4. Concepción sobre su Propio Consumo de Drogas

Gran parte de las personas entrevistadas refirieron no haber consumido algún tipo de drogas durante su vida, quienes afirmaron consumir sustancias de este tipo mencionaron tanto efectos negativos como positivos. Su actitud con respecto a su consumo fue generalmente reprobado y aceptan las consecuencias negativas que tuvo para ellos el consumir esas sustancias.

De acuerdo con Bejarano y Saénz (2004), en su estudio transversal en los años 1990, 1995 y 2000 sobre el consumo de drogas en la población mayor de 60 años, se comprobó un descenso en cada uno de esos cortes, es decir, en cada etapa de la vida el consumo de sustancias va disminuyendo; sin embargo, deben considerarse las consecuencias del consumo y el significado de ello para cada Persona Adulta Mayor. Esto podría mostrar las implicaciones derivadas de ese consumo en la etapa de vida que se encuentran.

En el caso del licor; los efectos más destacados fueron las náuseas, mareos y los problemas familiares que les causaba.

Si el traguillo tenía más de la cuenta yo me mareaba... a mí ni me gustaba me daba muchas ganas de vomitar entonces lo evitaba. (*Sofía*)

Feo feo, si y me decía ahora si vamos para la casa, señora aquí le traigo el diario [se refiere a su jefe] y el diario completo todo todo... (*Jorge*)

En el caso de “**Jorge**” recalca los problemas familiares que le trajo el consumo de alcohol, entre estos el costo económico ya que gastaba su salario en licor, como consecuencia no podía cubrir las necesidades básicas para su familia, por lo que su opción fue que su jefe lo acompañara a realizar las compras y dárselas directamente a su esposa.

Otro caso particular fue “**Luis**”, quien reconoce haber sido alcohólico hace poco tiempo y que los efectos que le producían eran agradables para él.

Yo me sentía alegre, no era que me emborrachaba todos los días pero me tomaba un traguillo y me ponía a ver un partido de futbol. (**Luis**)

Casos particulares como “**Luis**” y “**Greivin**” aceptan haber tenido problemas relacionados el primero con el alcohol y el segundo con el tabaco y narraron desde diferentes perspectivas la necesidad por la sustancia. En el caso de “**Luis**” logró cesar el consumo de forma radical, mediante disciplina y voluntad, y en cuanto tomó la decisión logró mantenerse sin consumir alcohol.

Vieras que hay algo muy importante será porque yo me alimente del espíritu santo, porque no me hizo falta en ningún momento allá, y tenía oportunidad con otros compañeros, si yo me quería curar no tenía porque, absolutamente nada disciplina total hasta que ya salí. (**Luis**)

En el caso de “**Greivin**”, a pesar de la incapacidad de fumar por la operación en el área bucal que le habían realizado, su necesidad que él describe como ‘desesperación’ pudo más, y continuó con el abuso de la sustancia.

¡Uhhh! Uy una desesperación y me olía tan rico que yo trataba y al ver que no podía [por la operación] lo botaba, hasta que lo agarré y ya si pude. [Se refiere al tabaco]” (**Greivin**)

Por otro lado, en cuanto a la marihuana, ninguno mantuvo su consumo por un largo plazo, sino que lo realizaron de forma casual y les brindaba diversas sensaciones.

La marihuana una vez en Puerto Cortés, un amigo un 31 de diciembre estaba yo tristón pensaba yo en las fiestas de San José y todo y allá y sin plata, y viene y me dice “tome ahorita con eso se siente en san José” y probé y no me gustó y ¡yo siendo un fumador!, y no me gustó y punto, bendito Dios. (**Greivin**)

Eso le da una tontera a uno, me dio como una tontera lo pone como un bobo, ¿en su grupo no hay? Eso es desde la escuela, el bachillerato. (*Pablo*)

Gran parte de las personas colaboradoras en este estudio que llevaban un consumo casual de diferentes sustancias mencionaron que no tuvieron mayor problema ni sensación en su cuerpo cuando no la consumían, puesto que no llegaron a ser dependientes de la misma. Ya que, retomando los criterios que se dan en el DSM-IV, no se daban ninguno de sus criterios.

Por otro lado, se observó que en el caso de "*Luis*" y "*Greivin*", pasaron por algunos procesos que sugieren un problema de drogodependencia como la reducción de sus actividades sociales y que a pesar del reconocer el daño que les hacía continuaban con su consumo. Además, su consumo fue por un período mayor al que tenían previsto al igual que la cantidad de sustancia consumida.

Y en cuanto al consumo de fármacos el componente género es significativo en este apartado, como lo evidencia el Instituto de Adicciones Madrid-Salud (2005):

En contraste con las drogas ilícitas, las mujeres consumen más psicofármacos que los hombres en todos los grupos de edad, tanto bajo prescripción médica como tomados sin control sanitario; aunque tal como ocurre a veces con el alcohol, pueden ser "consumos invisibilizados". (p.22)

Al respecto la participante "*Liz*", afirma diversas sensaciones que le producen éstos fármacos, ya que mantiene un consumo de lorazepam desde hace 22 años, relacionado con la depresión producto de la pérdida de un miembro de la familia.

En caso de la lorazepam me tranquiliza las crisis de nervios que me dieron a partir de que mi nieto se fue. (*Liz*)

Ahora bien, se encontró que tres de las usuarias "*Gilda*", "*Ofelia*" y "*Liz*" afirmaron sentirse dependiente de fármacos, hicieron énfasis en la dificultad para dejar el medicamento, incluso luego de varios intentos no lograron cesar la ingesta del mismo.

He tratado de dejar la lorazepam pero siento terrible, el doctor sabe que no puedo, no logro dormir lo intentado varias veces. (*Liz*)

Ah siento mucha ansiedad y mucha lloradera, si las dejo de tomar me puede dar un ataque de nervios... si claro he estado en el psiquiátrico internada, pero no piense que es que estoy loca. (*Gilda*)

Se deduce de lo narrado por las personas protagonistas que las drogas como el alcohol, el tabaco y la marihuana son sustancias que a pesar de las diversas sensaciones que les generaban, su consumo era casual o bien lograron cesarlo. En el caso de los fármacos es aún más difícil cesarlos, quienes los consumen actualmente, a pesar de los intentos por no tomarlos más los síntomas que les producían como el insomnio y el miedo a una recaída les impide dejarlos, como conclusión se encontró que los hombres pensaban en la droga refiriéndose al alcohol, tabaco y marihuana, pero en cuanto a las mujeres piensan que son más dependientes a los medicamentos.

... pero casi siempre con mi esposo sin que viera lo botaba por la pila y le decía que ya lo había tomado...” [Licor] (*Sofía*)

Es interesante conocer cómo se sienten las Personas Adultas Mayores con respecto a su consumo pasado o actual de sustancias, ya que se observa cómo fue para ellos y ellas ese consumo y su influencia en diversos aspectos de su vida.

4.3.5. Percepción sobre el Fenómeno de las Drogas en la Sociedad

Para las personas partícipes, aquellos que consumen drogas se transforman en seres dañinos a la humanidad y a sí mismos; consideran que pierden su conciencia y se convierten en animales para sobrevivir; como consecuencia de esto, aparecen los asesinatos, robos así como deterioro físico evidente, lo cual se deduce un fuerte estigma y criminalización de la persona adicta, vista como un evento ajeno a su vida y con poco interés en ayudar a reducir la problemática; al respecto el Consejo Nacional para prevenir la Discriminación (CONAPRED) (2009) menciona:

Los procesos de estigmatización de las y los usuarios de drogas responden en gran parte a los discursos sobre la criminalización del consumo, promovidos por algunos políticos, comunicadores y múltiples actores sociales. Existe un juicio

moral negativo ampliamente extendido y fortalecido por los contenidos de las campañas “contra las drogas” impulsadas por algunos medios de comunicación. A menudo, estas campañas carecen de información exacta. Promueven en cambio la estigmatización y la discriminación de las personas usuarias. (p.33)

En cuanto a esto, las Personas Adultas Mayores expresan:

La cuestión es que cuando consumen ya el hombre o la persona está como un animal. (*Greivin*)

Lo mismo que quedan envueltos consumidos en unos desechables, se hacen asquerosos ante la humanidad, se hacen despreciables, acaban con su vitalidad con su energía, con su salud, con el organismo, hay unos que terminan como unos esqueletos... (*Pablo*)

Había un señor cuando yo tomaba que me enseñó que trabajábamos juntos, vieras que el trago lo dejé, yo ya no le hago a eso, como que la mente se trastorna, se traslada a otro lado, por eso es que hay tanto asesinato, tanto crimen tantas violaciones, porque la mente no es de él está en otro lado, es el purítico diablo que está metido ahí, desde ahí perdí la amistad, muy cortante. (*Luis*)

Como parte de sus comentarios destacan que el inicio de este hábito radica en primer lugar la falta de amor así mismo, así como la educación en el hogar. Para ellos y ellas, aquella familia que es problemática, que ha castigado a sus hijos e hijas de mala forma o incluso alguno de sus padres fuman o beben expone a sus hijos e hijas a la drogadicción de forma directa; lo cual coincide con la explicación de Consejo Nacional para prevenir la Discriminación (2009) que nos dice:

Asimismo, de acuerdo con las entrevistas a las y los directivos de los centros y a familiares de personas adictas, la mayoría de los y las usuarios de drogas son de clase baja, tienen niveles escolares bajos. Muchos(as) provienen de familias uniparentales, es decir, generalmente de madres solteras o padres ausentes. Las condiciones de pobreza y marginalidad aumentan la probabilidad de consumo de

alcohol y de drogas, lo cual constituye un factor de riesgo para otros problemas relacionados con la salud. (p.53)

Otro factor predisponente que mencionan las Personas Adultas Mayores son las malas amistades que los invitan a formar parte del grupo y a experimentar por primera vez hasta quedar en el vicio.

Yo diría que eso es no quererse a sí mismo, si usted sabe que aquello que está ingiriendo lo va hacer sentir feliz un ratito pero después. (*Sofía*)

¡Ahhh! es que hay muchas circunstancias, por ejemplo esta la crianza, las malas compañías, la malacrianza, que los castigan con látigos, los niños que son castigados, son niños tímidos y agresivos sufren en la vida. Que hay un fumador en la casa con eso basta, si el papá fuma los hijos fuman, es como una herencia, como un atadura, lo mismo por las malas amistadas, porque la probaron y les siguió gustando... (*Pablo*)

Mire, muchas veces en aquellos tiempos cuando era joven los muchachos no tenían programas como los hay ahora como el IAFA, todas estas instituciones excelentes que pos más que se los “jarten” en los niños alguna cosa aportan, y yo vi muchos compañeros borrachos y los vi alcoholizados así es que tuve la suerte de que esto lo logré combatir. (*Édgar*)

También ellos y ellas recalcan que la drogadicción una vez iniciada es difícil dejarla y que el solo hecho de consumir la droga hace que se exponga a la persona a probar cada vez más y diferentes para “sentirse felices un ratito” como lo exponen. Destacan que hoy en día cuentan con más suerte por las ayudas brindadas en institutos como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, ya que, antes debían luchar de forma más independiente.

Creo que hay mucha gente que empieza con la marihuana, y llega el momento en que esa marihuana no les satisface entonces pasa a la piedra llega el momento en que la piedra no les satisface y entonces llegan a la cocaína y después andan en una pastilla que no sé cómo le llaman. (*Greivin*)

Porque todo comienza con un traguito, entonces desarrollan el hábito, para desarrollar un hábito uno necesita 21 días... (*Pablo*)

Para la totalidad de las Personas Adultas Mayores la vida sana está constituida por el deporte, por una vida natural y una verdadera ocupación, las drogas son vicios innecesarios y la

mayoría apunta al tabaco como al peor de los vicios ya que no le encuentran sentido ni justificación para su consumo como ellos lo mencionan “no sabe a nada es botar humo” en contraposición al alcohol por ser una droga con sabor y con la capacidad de prepararlo de diferentes maneras.

No hay como la vida natural, la vida buena, el deporte, los niños mantenerlos ocupados, los niños desocupados se llenan de vicios, de malos hábitos, las personas tienen que estar ocupadas, los viejitos también, en todas las edades...
(*Pablo*)

Por tontería porque es el vicio más tonto que hay el cigarrillo el más tonto, todavía el trago sabe, sabe un poco sobre todo cuando se liga bien, un trago de guaro con un poquito de fresco que sepa más o menos, porque yo nunca tome “extraí” no me pasaba. (*Luis*)

Es interesante conocer la visión de las Personas Adultas Mayores con respecto al fenómeno de las drogas en la sociedad en el grupo poblacional al que pertenecen. Según las personas entrevistadas el consumo de sustancias en la población adulta mayor de la cual son parte tiene respuestas divididas, ya que para alguno si se da y para otros no.

No creo, tal vez un trago un vinito pero que fume no creo y alguna otra droga no creo. (*Greivin*)

No que yo sepa, pero tienen que haber desde que existen las drogas es porque la gente las toma, quien las prueba cuesta que la dejen. (*Sofía*)

Mientras tanto los que piensan que si existe el problema, refieren que se da porque el consumo se inicia en etapas de la vida anteriores, puesto que el vicio se ha mantenido más enfocado al tabaco y el alcohol.

¡Sí!, yo creo que no ha cambiado nada así como al que le gusta la guitarra cantar, no cambia su sistema, claro como a mí que me gusta tomarme una cerveza.”
(*Gustavo*)

¡Si claro!, porque les quedó el vicio, y no lo han sabido combatir en aquellos tiempos. (*Édgar*)

¡Ah! si yo sé que sí, claro empiezan muy joven, yo veo a un adulto mayor, yo he visto en Desamparados a un señor que es alcohólico ¡pero anda! Él se orina, se ensucia en los pantalones, uno lo ve cómo anda, a veces anda “chinguititico”,

seguro le regalan una camisa y la vende por un trago de guaro, es difícil verlo así, todo el tiempo anda bien jumás como dicen. (*Ofelia*)

Del mismo modo, expresan que el consumo de drogas como marihuana, cafeína y fármacos es inexistente o no lo consideran como un problema de dependencia de sustancias en la etapa adulta mayor.

4.4 Prácticas de las Personas Adultas Mayores acerca del Fenómeno de las Drogas

4.4.1. Beneficios de la Asistencia a Centros Diurnos y Actividades Recreativas

Ante la búsqueda de calidad de vida en la Persona Adulta Mayor encontramos los Centros Diurnos, los cuales desempeñan una labor importante en Costa Rica ante el aumento de la población adulta mayor y desde un modelo ideal deberían cumplir con muchas de las expectativas como lo dice Abramovice (1988) citado por Arrazola, Méndez y Lezaun (s.f.):

Un recurso que debe ofrecer una atención integral durante el día a personas mayores afectadas con diferentes niveles de dependencia (física, psíquica y/o social), favoreciendo su permanencia en el entorno socio-familiar mediante un tratamiento (intervenciones) idóneas (Sancho, 1995). Dentro del modelo psicosocial el objetivo último sería la calidad de vida de la persona mayor y su familia entendida como el logro de independencia (funcional y social), crecimiento personal, bienestar físico, autoestima, autosuficiencia, dignidad, etc. (p.20)

Las Personas Adultas Mayores participantes en su mayoría tienen alrededor de cuatro a seis años de estar en el Centro, su ingreso es muchas veces motivado por su familia, donde por su estado de vejez y su círculo familiar con ocupaciones laborales extensas, los refieren y motivan a ingresar a un Centro que los mantenga ocupados y no estar solos o solas en el hogar que implica altos riesgos, más según sus comentarios nunca fueron obligados u obligadas.

Mire mi esposa tenía la intranquilidad de que yo quedo solo en la casa, y es el principal mal de los ancianos [Personas Adultas Mayores] el quedarse solo con desgastes con enfermedades y tomando medicinas y solos. (*Édgar*)

Mi hija menor me dijo “papi usted pasa aquí como muy aburrido, yo acabo de averiguarme un Centro, si gusta lo llevo y prueba si le gusta bueno y si no pues se viene. (*Óscar*)

Mi hija me trajo aquí para que estuviera más tranquila y no estuviera tan metida en el cuarto. (*Gilda*)

Y diay ya todos mis hijos se casaron y yo quedaba con una, y trabajaba, y yo padecía de depresiones entonces me decía mami, es que usted se queda muy sola aquí, entonces un nieto me habló de este Centro Diurno, vamos para que lo conozco si le gusta diay diay desde el primer día... (*Gilda*)

Dentro de los beneficios que se presentan en su vivencia diaria en dicho Centro, ellos mencionan que son las actividades que les hacen recordar su pasado, además se sienten satisfechos con la atención, el trato amable y justo, el poder hacer nuevas amistades, el control de sus medicamentos, así como las terapias recibidas. En lo que muestran cierta disconformidad es con actividades a las que se les da un enfoque de niños o niñas o que ellos sepan hacer muy bien.

A veces traen guitarras y nos sentamos ahí cantar o a decir poemas, también a veces hacemos ejercicios. (*Gustavo*)

Aquí constantemente están haciendo bailes, una de las cosas que hay aquí es que todos asistimos como una escuela aquí hay varios profesionales que atienden los problemas de los enfermos y de los compañeros. (*Édgar*)

Primero que nada el amor que hay aquí para nosotros, después a uno lo cuidan mucho, después el compañerismo, todos nos llevamos muy bien, bueno las terapias y ejercicios lo ayudan mucho y a desenvolverse más con todos se siente uno como en familia. (*Liz*)

Nos ponen a hacer ejercicios... si vive uno tranquilo hasta amistades tiene uno... si se divierte uno el día. (*Jorge*)

Dentro de las actividades que realizan en el hogar las Personas Adultas Mayores, es importante recalcar que permiten observar el grado de independencia y el autocuidado de sí

mismo, así como de su entorno, al respecto Horgas et al. (1998) citado por Acosta y Gózales (2009) mencionan:

El nivel de autonomía del anciano [Persona Adulta Mayor] en los actos de la vida cotidiana proporciona una autoevaluación y autopercepción subjetivas más positiva y una mayor satisfacción en la vida, elementos favorables que constituyen al envejecimiento exitoso: gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital (p.292)

Ante la interrogante de las actividades que realizan en su hogar, muchos no refirieron respuestas y la otra parte agrega que consume una merienda pequeña, ve televisión y duerme, lo que implica que cuando no asisten al Centro muestran mucho sedentarismo, algunos tiene el privilegio de distraerse con sus hijos e hijas los fines de semana.

Diay nada, hacer comida pero lo que hago es acostarme a dormir, ver tele a ratos. (*Greivin*)

Diay, cuando llego caliente leche me tomo una jarra con azúcar y me acuesto, a veces veo tele pero ¿para qué? Si ya son las nueve no tengo que ver tonteras porque eso son las novelas. (*Sofía*)

Todo esto nos deja como resultado la posibilidad de que una Persona Adulta Mayor prevenga y trate un problema de adicción asistiendo a Centros como este; que lo alejan de las depresiones tan comunes y sentimiento de soledad, aportando sentido a su diario vivir recibiendo educación con la posibilidad de consejería y compartir con otras personas de su misma edad o no recordando vivencias.

4.4.2. Visita a los Centros de Salud

La salud es un componente vital para nuestro diario vivir, por ello para estar en óptimas condiciones se asiste a centros de salud, sean Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), clínicas y hospitales, con el fin de hacerse exámenes generales de rutina, establecer diagnósticos, mantener en control alguna patología, el control medicamentos en términos de

efectividad y en condiciones de emergencia, a los cuales la Persona Adulta Mayor no es la excepción, aún más por las cantidad de patologías de base que por lo general tiene, como lo refuerza Rojas (2006) en su investigación:

Se debe razonar que el paciente geriátrico es una Persona Adulta Mayor, con patología crónica o aguda con tendencia a cronicidad e invalidez, que genera predisposición al deterioro funcional: físico, psíquico, social, que no cuenta con redes de apoyo familiar, o si las tiene están deteriorada , por esto se hace necesario desarrollar diferentes niveles de prestación de servicios de salud a nivel comunitario, fortaleciendo las redes de atención, estimulando y promocionando formas y estilos de vida en relación con el envejecimiento activo que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la participación social, seguridad económica y salud. (p.18)

Además, si se observa la frecuencia con que asiste una Persona Adulta Mayor a un centro de salud, se puede identificar otra problemática incluyendo abuso de drogas que afecta de modo directo a la salud.

La población adulta mayor participante reconoce lo importante que es un control en su salud y que debe asistir a un centro en los casos necesarios; sin embargo su visión de salud (como fue dicho en apartados anteriores); es más favorable, a pesar de sus patologías se consideran personas sanas con pocas necesidades de asistir a un centro de salud. En primer lugar, comentan que visitan las clínicas y centros hospitalarios cercanos a su residencia mediante citas ya programadas, mencionan que la asistencia es para un control de cada tres o seis meses para términos de exámenes de rutina; sin embargo, a lo que le dan mayor importancia es a recoger los medicamentos que aseguran que es lo que más le interesan para control de salud.

Por lo general en la clínica cada tres o cuatro meses las citas no son muy cercanas, en el San Juan de Dios hay veces que si tardan más cada 6 meses para un control.
(Greivin)

Pues poco sólo cuando verdaderamente necesito. Y a recoger los medicamentos cada mes para el control. (*Gustavo*)

A no ser de que aparezca alguna otra cosa verdad, pero sino cada 3 meses que le hacen a uno todo los chequeos, yo voy a la Marcial Fallas. (*Liz*)

Gran parte de la población asegura que no ha tenido actualmente alguna condición de emergencia que amerite la asistencia al tercer nivel de atención, pero que si así fuera cuentan con información y familiares que los y las ayuden a asistir. Para ellos y ellas, en condiciones leves como dolores de cabeza y otros les resulta más fácil tomarse una acetaminofén o comprar algo en una farmacia o pulpería aunque aseguran que pocas veces presentan dolores en alguna parte del cuerpo. La totalidad de la población no estuvo de acuerdo en tomar medicamentos sin receta médica aunque provengan de familiares cercanos, para ellos implica un riesgo alto en su salud.

Es que prácticamente nunca me duele nada. Pero rara vez me duele la cabeza me tomo unas pastillas que me compra mi hija en la farmacia antes tomaba una llamadas “orientales”, pero por lo general me acuesto y se me pasa y no tomo nada. (*Sofía*)

Nosotros no nos enfermamos nada, nosotros no vamos, yo cuido la salud de mi esposa. (*Pablo*)

4.4.3. Impacto del consumo las Drogas en las diferentes Etapas de la Vida

Iniciando con la etapa de la niñez la totalidad de las Personas Adultas Mayores participantes no destacan alguna interrelación con las drogas, la mayor parte recalca ser una etapa feliz, jugando cuando tenían tiempo, ya que la mayoría presentaba carencias económicas y familias numerosas vistas en la necesidad de abundante fuerza laboral especialmente en labores agrícolas donde el propósito principal fue vivir día con día y la educación pasaba a segundo plano.

Mi niñez fue pobre, muy pobre anduvimos descalzos hasta casi que cumplí los 15 años, pero yo tenía zapatitos sólo para ir a misa porque éramos muchos quince hijos. Tenía que hacer labores del hogar después de la escuela, pero yo considero que fui feliz con mi pobreza pero fui feliz. (*Sofía*)

Trabajando, papá principalmente nos enseñó a la agricultura porque nosotros éramos campesinos crecimos en el campo, luego empezamos a criar ganado, cerdos algunos animales. *(Gustavo)*

Durante la adolescencia para gran parte constituyó un periodo de partida del hogar en búsqueda de mejores opciones, ya sea de estudio o trabajo, para quienes continuaron cerca del mismo debían seguir las reglas, en especial el sexo femenino, quienes la “época de novios” como la llaman debía ser a escondidas.

Gran parte de las Personas Adultas Mayores mencionó que épocas festivas (navidad, 31 de diciembre, turnos, fiestas patronales, entre otros) así como en los prostíbulos y cantinas cercanas promovían el consumo de licor y cigarrillo, estas eran drogas muy comunes entre las y los pobladores y fue la forma de probar su primera droga en un círculo de amistades, por lo que algunos continuaron con el consumo a través de los años. Como lo explica el Plan Nacional de Drogas 2007 del Instituto Costarricense sobre Drogas, citado por Murillo (2013): “La edad de inicio tiene una significativa implicación en el desarrollo de la dependencia al consumo de drogas y el bienestar físico y mental del individuo [de la persona]. A menor edad de inicio, mayor es el riesgo de que la persona desarrolle adicción a estas sustancias.” (p.10), estos expresan:

Generalmente se usaba mucho a veces iban, la famosa calle 12 por Barrio México allá era un prostíbulo y los muchachos los fines de semana iban y hacían una fila, yo nunca fui, pero después hicieron un lugar en frente y yo iba con un compañero mío el me llevo a conocer fui estuve yendo y en uno de esos impases hice amistad con una muchacha ahí y la cuestión es que estuve enfermo con una venorragia es lo mismo que gonorrea pero era curioso ver esos día de feriado esos burdeles. *(Marcelo)*

Diay así con los novicillos que tiene uno escondido para que la mamá y el papá no se dieran cuenta. *(Sofía)*

En el periodo de adultez, muchos comentaban su independencia económica, los lugares en los que trabajaban y su época de matrimonio, algunos continuaron con su consumo activo de licor y cigarrillo que lo caracterizaban como ocasional, parte de los periodos festivos y reuniones familiares así como poco problemático ya que lo hacían según sus palabras “moderadamente”. En cuanto a otras drogas comentan que sólo las probaron, más no continuaron el consumo.

Bueno yo me casé a los 22 años, quien iba a ser mi marido era un hombre pobre arreglaba zapatos, alquilábamos en una casita hasta lograr la propia, él se llevaba muy bien con papá pero mi papá le gustaba el “tranquis” [tomar] y el muchacho por agradecerlo se iba a la cantina con él entonces yo me peleaba con papá porque él venía verme a mí y él se lo llevaba a ser borracho. *(Sofía)*

... y siempre fui independiente, entonces así fue, una vida más o menos sana, correcta, sin drogadicciones sin alcoholismo y sin problemas de leyes, con la ley. *(Pablo)*

Para su etapa actual de adultez mayor es visualizada como una meta cumplida, satisfecha y tranquila en gran parte, donde no consumen ninguna droga y quienes lo hacen toman alcohol ocasionalmente; se visualizan como personas sanas y que sus enfermedades no son graves mientras estén en control medicamentoso. Además comentan que ya su vida está cercana a la muerte y que están a la espera de ésta cuando Dios así lo desee.

Ah bien, yo estoy muy tranquilo gracias a Dios. *(Jorge)*

Diay yo la veo bien porque para 83 años que tengo me siento muy animada, sin dificultades ni para caminar ni nada solo la vista pero se remedia con anteojos, no padezco de nada, contenta con salud. *(Sofía)*

Mire vivo bien en la casa, una buena esposa no tengo problemas. *(Édgar)*

Es interesante analizar cómo estas personas se han visto más afectadas por el consumo de sustancias como el alcohol y cigarro, mientras que el consumo de otras drogas como marihuana, cocaína y otras es casi inexistente. Se podría deducir que dadas las características socioeconómicas y culturales de la población en esa época histórica se promovían el consumo de alcohol y cigarro, ahora bien en la época actual debido a la mayor exposición a nuevas drogas podría esperarse un cambio en las drogas consumidas por las Personas Adultas Mayores de las próximas generaciones.

4.4.4. Consumo Activo de Fármacos

En cuanto al consumo activo de medicamentos, como se mencionó anteriormente éste parece ser exclusivo para el género femenino en la población entrevistada. Las adultas mayores

refieren consumo activo de fármacos como clonazepam y lorazepam, donde lo iniciaron hace ya un largo periodo de tiempo.

¡Ahhh! no si claro yo quedé adicta, yo tengo como más de 30 años (*Ofelia*)

En la mañana, al medio día y en la noche para dormir... ¡Uuuuh! hace más de 20 años. (*Gilda*)

Con respecto a estos fármacos Arriagada, Jirón y Ruiz (2008) refieren lo siguiente:

Las benzodiazepinas (BDZ) lamentablemente son uno de los medicamentos más ampliamente utilizados a nivel mundial en los ancianos [Persona Adulta Mayor], frecuentemente se prescriben en forma desproporcionada a pesar de la abundante información que los relaciona con caídas, accidentes, alteraciones cognitivas y de conducta, hospitalizaciones e institucionalización (p. 313)

En cuanto a los desencadenantes del consumo de estos fármacos por parte de las adultas mayores participantes se relacionan con eventos que para ellas fueron muy tristes y dolorosos y significaron la pérdida de una persona muy cercana a ellas. Gayoso (2004) citado por Hernández, Soto y Castro (2010) mencionan que “Aparejado a los múltiples cambios neurológicos que se dan de forma recurrente en la etapa de envejecimiento, caracterizada por una alta fragilidad afectiva de la persona, ésta se acompaña de numerosas y significativas pérdidas que de una u otra manera afectarán a la personas adultas” (p. 36).

Así también lo afirma el Instituto de Adicciones Madrid-Salud (2005) que agrega:

Las causas de este consumo en las mujeres se relacionan con la necesidad de huir de los problemas familiares, el estrés provocado por la jornada laboral dentro y fuera de casa, la angustia, el nerviosismo o el insomnio, según recogen De la Cruz M.J. et al. (2002) en el estudio “Adicciones ocultas”. Parece que tanto por parte de la mujer como del entorno, se catalogan las reacciones emocionales (ansiedad,

tristeza, enojo) ante las condiciones de vida como enfermedad y por tanto se recurre a los fármacos para “curarla”. Pero hay que tener muy presente que los psicofármacos “ni suprimen la causa del malestar, ni por sí solos tienen acción curativa, pudiendo impedir el reconocimiento de la causa que produce el malestar contribuyendo así a la resignación ante condiciones de vida insatisfactorias”.

(p.22)

Aunado a la temática, las participantes expresan sus motivos:

Porque yo crié un niño, un nieto hasta 14 años y la mamá se lo llevó para Estados Unidos, a mi muchísimo sufrimiento, al extremo de que para tranquilizarme me comenzaron a dar eso sin pensar que me iba a acostumbrar. (*Liz*)

Si por eso de mi hijo [se refiere al hijo con problema de drogodependencia], ahí me comenzaron, bueno el primero fue cuando se me murió mi hijo, ahí me comenzó una depresión fuerte, diay él va a cumplir 21 años de muerto, él murió de 33 años allá en Washington entonces él mandó por nosotros porque él sabía ya, él murió de SIDA, entonces él mandó por nosotros por todo el tiempo que tenía, y vivimos el fin allá, claro cuando yo llegué me agarró a mí la depresión. (*Ofelia*)

También se percibe otros casos como el de “*Gilda*”, quien no menciona la razón por la cual ingiere el fármaco, pero a lo largo de su entrevista hace referencia a lo “fea” que fue su niñez y su adolescencia, hasta que conoció a su esposo. Asimismo refiere que ha asistido al Hospital Nacional Psiquiátrico, por sus “nervios”, hechos sugieren que el consumo de fármacos está asociado a eventos desafortunados que vienen desde etapas muy tempranas de su vida.

Ninguna de las adultas mayores participantes ha logrado cesar el consumo como se mencionó anteriormente, por miedo a una recaída o el insomnio que padecen al no consumirla, además refieren que éste fue incentivado por personal médico, aunque toman conciencia que con pleno conocimiento de otro tratamiento para la depresión desde su inicio los hubiesen preferido antes que los actuales, ya que no se sienten satisfechas con el tratamiento prescrito por la dependencia que les produjo.

Yo quedé adicta porque al principio como dicen los condenados loqueros, los psiquiatras me tenían con 3 al día, yo andaba como idiota, pasaba durmiendo y de

todo, porque a mí me daba que no comía y ni dormía en todo el día, ¡plumm derecho! yo llegué a perder 25 libras en un mes por una depresión, diay no me daban ganas de dormir ni de comer, me llevaban donde un psiquiatra, me llevaban donde otro, lo que hacen a uno es mandarle, y diay ya yo quedé adicta yo duermo solo con lorazepam en la noche. (*Ofelia*)

Me llevaron donde una doctora y la doctora me mandó eso para que me tranquilizara, pero ella nunca me dijo que eso me iba a causar, nunca me explicaron; y si lo hubieran hecho la hubiera dejado más rápido, porque el doctor me dijo: “si yo hubiera estado yo no sé las hubiera dado le hubiese mandado otra cosa”, pero ella me dio eso por salir del paso. (*Liz*)

Si bien con el tratamiento farmacológico que les dieron lograron conciliar el sueño y modular su conducta, aspectos que les han otorgado beneficios a su cuerpo, también reconocen los perjuicios que les produce la sustancia como en el siguiente caso:

Bueno no, el estómago no tolera nada imagínese que el estómago no resiste, llega el día en que les da algo y que es una cosa que no se puede dejar porque cuesta mucho dejarlo, solo buscando la ayuda de Dios. (*Liz*)

Se contempla en lo expresado por las participantes, la gran problemática de la prescripción desmedida de las benzodiacepinas en la población, ya que, se recetan éstas sustancias para controlar los síntomas, pero no se abarca la raíz del problema, además que no se le informa a la persona sobre las consecuencias de su uso ni se le brindan opciones alternativas de tratamiento, ni el seguimiento respectivo que podría dar pie a la modificación de la dosis.

4.4.5. Consumo de Drogas lícitas e ilícitas

Seguidamente se analizará en este apartado las prácticas con respecto a uso y abuso de sustancias lícitas e ilícitas en forma reciente, las cuales incluyen el alcohol, tabaco, cafeína y marihuana, a excepción de los fármacos ya analizados en las Personas Adultas Mayores participantes. Cabe destacar que los resultados analizados a continuación, son exclusivos de la población estudiada en el momento del estudio, es decir el poco o nulo consumo de alguna de las sustancias seguidamente mencionadas pueden no reflejar la realidad en otro grupo de estudio o perteneciente a otro centro diurno, ya que pueden presentar características socioeconómicas y personales distintas a la población de adultos mayores del presente estudio que cambien esta situación.

Alcohol

El alcohol corresponde a una droga lícita socialmente aceptada, en el caso de las Personas Adultas Mayores del presente estudio se encontraron diversas formas de consumo desde casual, social hasta llegar a un consumo crónico que les generó dependencia. García, Fontaine, Hernández y Castañeda (2010) mencionan al respecto: “La falsa creencia de que el consumo de alcohol es un problema preocupante en la juventud y no en los ancianos [Persona Adulta Mayor], podría estar provocando una “epidemia silenciosa” entre este segmento de la población” (p. 57).

Lo anterior ocurre debido a que los efectos del alcohol, como lo son las alteraciones cognitivas, problemas de memoria y retraimiento social, se suelen confundir con el proceso de envejecimiento en la etapa adulta mayor, fomentado por estereotipos relacionados con la vejez o por discriminación y desvalorización que se dan a la Persona Adulta Mayor como a la persona con dependencia al alcohol. La Organización Mundial de la Salud (2006), reafirma que en las Personas Adultas Mayores, debido a los cambios propios del metabolismo en esta etapa, se reduce la tolerancia a esta sustancia, por lo se puede llegar a un consumo problemático con una menor cantidad de bebidas alcohólicas. Se encontraron varios casos; dentro de las personas entrevistadas, donde el consumo fue excesivo y se refieren a sí mismos como “guarero”, “borracho” y “alcohólico”.

Yo le voy a decir, yo era muy borracho, si la mujer le da vuelta a uno, es porque uno tiene la culpa, uno borracho es un irresponsable, una vez una semana gaste toda la plata en guaro y no lleve nada nada de comida. *(Jorge)*

Por otro lado, también otros mencionaron que su consumo fue moderado y lograron controlarlo o era generalmente asociado a actividades sociales.

Me encantaban los whiskies, pero socialmente, cada mes. *(Marcelo)*

Pues yo considero que si es muy bueno así como es ciertas reuniones como una o tres copita como para estar feliz, si socialmente, pero el resto no. *(Pablo)*

El consumo de alcohol en la totalidad de las personas participantes fue iniciado a edades muy tempranas, el grupo de participantes no mencionó iniciar el consumo en etapas como la adultez o adultez mayor. Los motivos que incentivaron el consumo de sustancias están

relacionados con actividades sociales y por la influencia de amistades y familiares. Como lo menciona Bejarano, Ugalde y Fonseca (2004) citado por Vargas et al. (2010):

Otro factor que aumenta el riesgo de consumo problemático de drogas es la disposición social al consumo de las mismas ya que son los valores sociales que promueven el consumo, dentro de estos la llamada “cultura del guaro”, donde se considera normal el fumar y tomar licor en la mayoría de las festividades, formando parte de la identidad costarricense. (pp. 8-9)

En el caso de “**Luis**” consumió alcohol de forma mantenida a lo largo de su vida; sin embargo, fue la muerte de su esposa lo que hizo que aumentara la frecuencia y la cantidad.

Comencé a tomar traguitos desde los 15 años... Si si yo tenía en la casa y si no iba a una cantina como le repito yo no tomaba a caerme pero esos amigos que son amigos del licor no son amigos... yo tuve una crisis después de que murió mi señora, tuve una crisis de alcohol. (**Luis**)

Yo me sentía alegre, no era que me emborrachaba todos los días pero me tomaba un traguillo y me ponía a ver un partido de fútbol. Diay por "fiestecillas" de cumpleaños, le daban un vino, y después no sé porque había una cuestión de los compañeros de equipo y eso redonda un poco, estar conversando, uno se podía quedar en la casa, pero no había como estar gritando, el ambiente del trago. (**Luis**)

En cantinas, en fiestas, en serenatas, canciones y con guitarras. (**Gustavo**)

El alcohol ahí en los turnos uno empieza, diay la alegría que oye uno, la música, el alboroto esas cosas lo mandan a uno y al ver más adultos le dan ganas a uno de probar y prueba y ahí le va gustando. (**Greivin**)

En este caso se puede observar como la sensación de alegría se relacionaba con dos factores, el consumo de alcohol y el fútbol, que para él era una actividad placentera que realizaba muy seguido. Para “**Luis**” era común también asistir a “cantinas” con sus compañeros de equipo lo cual potenciaba su consumo, era un ambiente como él llama “ambiente del trago”. Esto se puede observar en muchos escenarios de los pueblos y ciudades, donde este tipo de actividades fomentaba el consumo de licor. Como menciona García, Fontaine, Hernández y Castañeda (2010)

“el alcohol forma parte de muchas tradiciones; es muy difícil hacer incompatible con la salud una sustancia con la que la alimentación, el placer y las costumbres no se combinen” (p. 57)

Se encontró interesante que el consumo de alcohol en las mujeres está más relacionado con un consumo con su pareja, y era potenciado por éste.

Bueno el “guaro” me daba mis “mechacitos”, mi novio traguitos pero no puros sino con sirope pero bebía poquillo y mi esposo también, yo no podía ni regañarlo porque se iba con papá a la cantina, pero nunca me maltrató ¡como decir que era un borracho y llegaba a maltratarme no! pero aun así yo de vez en cuando si me ofrecen una cerveza yo me la tomo...pero casi siempre con mi esposo sin que viera lo botaba por la pila y le decía que ya lo había tomado... (*Sofía*)

Prefería tomarme algo con él a que se fuera con mi papá a la cantina. (*Sofía*)

En cuanto a tratamiento, solamente en el caso de “*Luis*” requirió la intervención en una institución para tratar su adicción, él asistió a un hogar de las Personas Adultas Mayores en Tirrasas, y fue motivado a dejarlo por la presencia de sus hijas.

...por el sentimiento de la muerte de mi esposa fue cuando comencé que tenía que salir de ese hoyo eso no era atractivo, yo tomar... porque había otros seres queridos que son mis hijas que no tenía por qué encerrarme en ese túnel. (*Luis*)

Ellos me sugirieron, que viera a ver qué hacía que no podía seguir viviendo así yo, tomando licor sin ninguna dedicación ni nada, que escogiera de una vez, si va a seguir vaya buscando el ataúd y fue como una inyección aquí al corazón, al alma, a la mente. (*Luis*)

La meta era lograrlo por la gente que era importante para seguir adelante cumplir como tenía que ser sobre todo la disciplina, porque es algo denigrante alcohólico entonces tuve que sufrir mucho pero me aguanté. (*Luis*)

Se logra rescatar de lo anterior que las redes de apoyo de un Persona Adulta Mayor con problemas de abuso de sustancias son de suma importancia para superar la adicción, ya que como menciona García, Fontaine, Hernández y Castañeda (2010) “El alcohol es una de las drogas que más deteriora los cimientos de la familia y de la sociedad” (p. 61), por lo tanto es una necesidad social la rehabilitación de estas personas. Asimismo él rescata durante su tratamiento la disciplina y sobre todo la fe en su religión que lograron mantener la decisión de cesar el consumo de licor.

En el caso de esta droga, a pesar de las consecuencias negativas para su salud, se encontró que el consumo continúa de forma constante; muchos hasta que notaron efectos nocivos cesaron el consumo, ya que fomentaban la peligrosidad de esta conducta al combinarlo con los medicamentos.

Yo me lo tomaba verdad pero empecé a marearme, en el transcurso de la semana de un pronto a otro sentía que me mareaba, ¿qué era? Que se me estaba subiendo la presión por el bendito trago que me tomaba, entonces que dije yo “ ¡no no esto me está perjudicando!”. Como año y medio tal vez, y ya me da miedo probar un trago de whisky, imagínese que yo estaba ligando los medicamentos con el licor, todo es querer amarse a sí mismo y amar la vida. (*Greivin*)

Refieren también que el cesar el consumo les ha brindado muchos beneficios para su salud, principalmente a nivel físico.

¡Ahhh! en muy en mi salud principalmente, el cerebro como que estaba un poco adormecido, se adormecía por las neuronas que se van quitando, ya ahora reacciono mejor gracias a Dios que recupere otra vez. (*Luis*)

El licor es una droga también el licor entorpece, me vuelve loco, yo no pienso, yo no estoy en mis cabales, entonces todo es querer. (*Greivin*)

¡Claro! en el cerebro, más calmado más calmado...claro claro alterado todo, con nada se arranca uno. (*Jorge*)

Como sugiere González y Alcalá (2009) en la siguiente cita, se pueden considerar con respecto a las respuestas brindadas el consumo moderado y el consumo excesivo, ellos lo explican de la siguiente forma:

Hasta aquí tenemos las dos situaciones extremas en donde los límites entre una y otra son muy indefinidos. Por un lado, el consumo de alcohol de manera “moderada” y socialmente controlada que tiene funciones sociales y posibles beneficios. Y, por otro lado, el alcoholismo con un enorme costo social y humano que es mucho más que un problema médico que ocasiona enormes pérdidas económicas (por ejemplo ausentismo laboral), daños materiales (accidentes), violencias, desintegración social y familiar. (p.240)

Finalmente se halló en las expresiones de las Personas Adultas Mayores que el licor de una u otra forma ha marcado ciertas conductas, ya sea, por su consumo o el de personas cercanas, y que se evidencian consecuencias en el ámbito familiar, físico y emocional de la persona.

Tabaco

El consumo de tabaco en las personas entrevistadas fue poco y se vio inclinado al género masculino, además asociado al consumo de licor en actividades sociales o vicios como el juego, sin embargo a diferencia del licor, se da de igual forma en actividades de este tipo como a cualquier momento del día. Algunos si bien no fueron consumidores, lo probaron a lo largo de su vida.

Como le repito jugando cartas se fuma, tomando un trago se fuma. (*Luis*)

Bueno, yo nunca he fumado, una vez en Limón un señor me dice: vamos al barco, era el gerente, ahí en la tienda vendían unos cigarrillos alemanes cada uno en una cigarrera ¡muy lindos!, y yo me compré una rema y dije voy a probar uno a ver; yo nunca había fumado, lo saco y dije que esta carajada para “echar humo y humo”, hasta ahí no más. (*Oscar*)

Fumé también, lo dejé a los 43, pero era como una fumadita, no era un vicio desesperante. (*Luis*)

Como menciona Moreno y Bejarano (2011) “El tabaco es una droga de consumo social, asociada con la búsqueda de estados de relajación y vinculada con el consumo de otras drogas como el café y el alcohol, en espacios socialmente destinados para eso, tal es el caso de los bares, restaurantes, cafés y salones de baile, entre otros, lo cual implica la exposición a grandes cantidades de humo de tabaco ” (p. 169). Esto refleja en gran medida el consumo llevado a cabo por los entrevistados que refirieron consumir esta droga en algún momento de su vida.

El consumo de tabaco en ellos no se inició en la etapa adulta mayor sino que se venía desde etapas de la vida anteriores, principalmente la adolescencia, incentivado por las amistades como se ha mencionado en apartados anteriores. La edad de inicio de consumo en el país es aproximadamente de 15 años (Moreno y Bejarano, 2011), lo que implica graves efectos producidos por la droga, más aún si en el consumo es mantenido hasta etapas como la adultez mayor.

Uno prueba y se va quedando ya los amigos no le dan la chinga a uno y le dicen compre, entonces si uno tiene platilla va y compra y cada día se mete más y más. *(Greivin)*

Actualmente todos cesaron el consumo de tabaco por diversas razones, y ninguno de ellos requirió la intervención de alguna institución o la implementación de algún tratamiento. Algunas de las razones que los motivaron a dejar el consumo fueron por consejo médico o por la presencia de una amenaza tangible para su salud, como se menciona a continuación.

Después de que me dio el infarto, el doctor me dijo “si quieres vivir dejá de fumar, si quieres morirte rapidito seguí fumando”, hace como unos 30 años desde 1987. *(Greivin)*

Hace exactamente que yo me operé del corazón como 20 años, ya que el doctor me dijo esto “Valverde si quieres vivir un tiempo, dejá el fumado y dejá de tomar, las cosas en exceso son malas... si el abuso es malo... fumar del todo ya no, eso fue lo que me dijo el doctor que el fumado si no lo continuara, porque todo es como un circuito por eso me operaron del corazón porque dice el doctor que el fumado se va quedando la nicotina ahí en las venas y llega el momento en que no pasa la sangre entonces te ves muerto y daña los pulmones.” *(Gustavo)*

Diay goma de cigarro, me dolía mucho la cabeza y yo le pregunte a mis compañeros que porque, y diay me había fumado 3 cajas, yo solo fumaba chester mentolado. *(Luis)*

En la casa había una chiquita, se llama Zulay, ella padecía de asma, entonces yo no quería perjudicarla echándome esas cochinas. *(Édgar)*

Lo anterior sugiere que la adecuada intervención de los profesionales en salud puede efectivamente potenciar que una persona logre eliminar su dependencia al tabaco, por ende es vital la sensibilización de este grupo de trabajadores en cuanto a la problemática del consumo de sustancias y empoderarlos sobre el papel tan importante que juegan en el combate contra este fenómeno.

A diferencia del consumo de alcohol, el cese del consumo de tabaco lo realizaron de forma permanente, es decir tomaron la decisión y no volvieron a consumirlo, mientras que con el licor a pesar de disminuir la cantidad, el consumo casual se mantuvo. Esto cabe mencionar que no es lo usual en los consumidores de tabaco, quienes generalmente realizan entre uno o dos intentos para cesar su consumo, esto según el estudio realizado por Moreno y Bejarano (2011).

No, ni yo no fui los que los deja comiendo confites ni chicles ¡yo fui los que dejé de un solo! (*Greivin*)

...y le dije a los muchachos a mis compañeros, hasta aquí, voy a dejar de fumar y corté el tabaco, ahora el humo de cigarrillo me sabe a basura. (*Luis*)

Según lo expuesto anteriormente, se concluye que el tabaco es una droga cuyos efectos nocivos motivaron a las Personas Adultas Mayores a dejar de consumirla, principalmente por problemas cardiovasculares como infartos, o bien por evitar sufrimiento a personas cercanas. La decisión de cesar el fumado fue mantenida una vez que tomaron la decisión y se encontró que las mujeres del presente estudio no tuvieron problemas de dependencia y ni siquiera llegaron a probarlo.

Marihuana y Cafeína

Dentro de los diversos grupo de sustancias adictivas que se incluyeron en el presente estudio, la marihuana y la cafeína fueron las que representaron un menor consumo, y en el caso de la cafeína contrario a lo que se pudiera pensar, su consumo es muy bajo incluso lo prefieren cambiar por otras bebidas como al “agua dulce” o lo toman con leche para mejorar el sabor.

La marihuana es una droga que en esta población al igual que el alcohol y el tabaco su consumo fue en edades tempranas como la adolescencia y la adultez joven lo cual no ha cambiado en los últimos años como nos dice la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas del año 2010 publicada por Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en el 2012: “Con respecto a la edad de consumo de cannabis por primera vez en la vida, se puede observar tanto en hombres como en mujeres, que alcanzó un promedio total de 16,7 años en el 2010 resaltando así, que el primer contacto se da durante la adolescencia” (p.15)

Al igual que las sustancias anteriores, estas personas se vieron expuestas a consumirla debido a la influencia de amistades, sobre todo por mujeres como se menciona más adelante. Y también ninguno refirió ser dependiente de la misma y el consumo fue una única vez en los casos donde se dio.

Esa marihuana yo no, he querido he querido por mis amigos, cuando estaba joven, ah yo nunca fume eso, un día un carajo me dice venga pruebe esto, yo le dije yo no fumo yo no fumo. (*Jorge*)

Si la probé para darme cuenta que era pero no me hizo gracia. (*Gustavo*)

Se encontró un dato muy interesante ya que el consumo se vio incentivado en el caso de los hombres que probaron la droga, por una figura femenina, llamadas por ellos mismos como “amigas de tragos” o por una “mujer de la vida”.

Nunca, me insinuaron, sobre todo las mujeres, amigas de tragos, vieras que nunca he probado eso, a mí nunca me supo, era tontería. (*Luis*)

En Golfito estando jóvenes yo tenía muchos amigos, e iba mucho a bailar, y ellos cuando iban donde una muchacha se fumaban un purillo porque ellos decían que las daba vida y que compartían mejor con la muchacha. (*Gustavo*)

Una vez anduve con una “mujer de la vida” y llegaba a donde vivía solo y una vez sacó unos puros y fumé uno...entonces le dije fúme el resto usted a mí eso no me hace gracias y ella me dice “¿cómo? ¿No me ve más bonita?”, no mi amor yo la veo igual. (*Gustavo*)

Ahora bien, en el caso del café; como principal representa de la cafeína, el tipo de consumo fue muy variado, algunos prefieren cambiarlo por otras bebidas, lo toman regularmente sin sentir que lo necesitan y a pocos les hace falta. Sin embargo, es necesario retomar primero lo que menciona Lozano et al. (2007), quien explica el mecanismo por el cual la cafeína posee su efecto adictivo, este principalmente, se basa en su potencial como antagonista competitivo de los receptores de adenosina, quien a nivel cerebral es la encargada de inhibir la liberación de neurotransmisores como GABA, acetilcolina, dopamina, glutamato, norepinefrina y serotonina, por tanto la cafeína provoca que esta inhibición de neurotransmisores no se dé ocasionando una estimulación en los diversos sistemas del cuerpo y efectos placenteros generadores de su efecto adictivo.

¡Claro! Uno le hace falta...a mí desde chiquito me enseñaron y entonces tomo aquí poco porque no me gusta como lo hacen y en mi casa antes de venirme y cuando llego. (*Gustavo*)

En las mañanas o en medio día, y hoy yo quería más café, y Doña Juanita no no ya se tomó su café... (*Marcelo*)

Además estos autores mencionan que el efecto adictivo también se basa en el refuerzo positivo que provoca su autoadministración, “los factores más importantes que podrían jugar un papel en el efecto reforzante de la cafeína son la forma de presentación, el olor, el sabor, el entorno social y la dosis” (Lozano et al., 2007, p.233.). Además, la cafeína como droga llega a producir tanto tolerancia a la misma como síndrome de abstinencia.

Se denota como el consumo del café puede ser un hábito diario en la sociedad costarricense, y como lo expresa “*Gustavo*” “Es una conducta aprendida como parte de las costumbres costarricenses” A pesar de que algunos pocos consideran la cafeína una droga, la práctica de tomarse su taza de café está interiorizado en ellos y ellas, aunado a lo dicho por Ramírez (2010) “Tomar café es parte del vivir de las personas, es calificado como un evento social, que ha ganado diferentes espacios. Por ejemplo una invitación a tomar café puede resultar tan formal, como casual, es el plan más popular... ” (p.157). Por tanto el café, como también otras drogas, es una bebida cuyo consumo es difícil de erradicar en la población, ya que, se ve asociado con experiencias de placer e incentivado y aceptado por patrones de carácter cultural.

Finalmente, resulta un desafío lograr estrategias adecuadas e innovadoras que ayuden a establecer medidas para erradicar o disminuir su consumo, tanto en el café como las drogas incluidas en dicha investigación dirigidas no sólo a la Persona Adulta Mayor sino a la población en general.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

El desarrollo de la investigación bajo la modalidad de historias de vida permitió un acercamiento profundo con la población adulta mayor; desempeñando un papel protagónico y sintiéndose muy agradecida con su participación; desde esta metodología se logró cumplir a cabalidad los objetivos, del mismo modo reconocer que el tema del fenómeno de las drogas es muy amplio e incentiva a futuras personas investigadoras a retomar el tema desde diferentes perspectivas. Como investigadoras, consideramos como parte de la interacción con las Personas Adultas Mayores la empatía, la cual permitió que aceptaran y hablaran abiertamente de sus vivencias en el tema.

En primera instancia se logró determinar que la población estudiada presentó un nivel de escolaridad bajo, asimismo se encontró que varios de ellos y ellas migraron de zonas rurales a la capital y actualmente muchos (as) poseen el estado civil de viudos (as).

Se evidenció la polimedicación como práctica usual en las Personas Adultas Mayores participantes, quienes se lo atribuyen a sus enfermedades crónicas, además se refleja poco dominio de los nombres, la totalidad de medicamentos que consumen y escasamente saben para qué sirve y sus consecuencias en su organismo.

En cuanto a los conocimientos de los efectos del consumo de sustancias adictivas, son pocos y dan más énfasis al aspecto emocional y familiar, es decir consecuencias como violencia de todo tipo, problemas familiares, las repercusiones en su autoestima; a nivel físico, destacan la disminución de la capacidad sexual del hombre debido al consumo de alcohol, además, brindan menor importancia a la cafeína y los fármacos, al no considerarlos drogas como tales. Sobre las drogas ilícitas, poseen poco conocimiento y le atribuyen cualidades más dañinas que las drogas lícitas, información que les ha llegado más que todo por medios de comunicación.

Las Personas Adultas Mayores, mencionaron que entre las consecuencias a largo plazo ante el consumo de las drogas se encuentran: deterioro mental, pérdida del juicio que deja a la persona sin percepción de sus actos y desintegración familiar. En cuanto a nivel físico destacan dolores de cabeza, problemas pulmonares, cáncer de estómago, gastritis, daños en el hígado e impotencia.

Estos conocimientos estuvieron basados más que todo en experiencias anteriores, tanto personales como familiares.

Entre las diferentes modalidades que se ofrecen para el tratamiento de adicciones en el país; las Personas Adultas Mayores destacan algunas organizaciones no gubernamentales y centros privados; sin embargo nunca han necesitado participar en estas. Para ellos el éxito de un tratamiento de una enfermedad adictiva se basa en aspectos emocionales, espirituales y de voluntad propia de la persona, ya que muchos mencionan no tener condiciones económicas para solventar un tratamiento adictivo o de algún familiar cercano.

Ante la problemática de drogas en su círculo más cercano, muchos contestaron que no se daban cuenta hasta que el problema se había agravado, y generalmente su opinión era poco importante para sus familiares. En sus experiencias con familiares con enfermedad adictiva se expresa el dolor, la desesperación, impotencia, temor, sufrimiento e inseguridad ante la presencia de la persona consumidora y las acciones que ésta llevaba a cabo.

Se evidenció como afecta a la Persona Adulta Mayor la presencia de un hijo, hija, hermano, hermana, cónyuge u otro familiar que consuma sustancias, no solamente por las consecuencias propias del consumo como el desgaste emocional y físico de la persona, sino también por la influencia en la vida de la Persona Adulta Mayor al observar el aislamiento y rechazo del resto de la familia hacia la persona consumidora, a quien le tienen afecto y consideración, lo cual finalmente interfiere en su bienestar y salud de la misma.

En referencia a las actitudes, las Personas Adultas Mayores perciben su salud como buena a pesar de sus padecimientos crónicos, son conscientes de los cambios normales del proceso de envejecimiento en la etapa adulta mayor y lo que más les afecta es en el aspecto emocional por la pérdida de familiares, ya que muchos refirieron haber pasado por la muerte de un hijo, hija u esposo(a), lo que afecta de forma negativa a la persona al perder a ese ser tan significativo, en algunos casos eso resulta en un sentimiento de soledad e impotencia. Por tanto, la visión de su salud es un factor positivo que se debe explotar en estas Personas Adultas Mayores para encontrar habilidades que les permitan resolver, en este caso, el duelo por la pérdida de un ser querido.

En términos generales el grupo de las Personas Adultas Mayores estudiado califica como buena su economía ya que satisfacen sus necesidades básicas; sin embargo, este aspecto tiene dos perspectivas. Primero quienes poseen el control de sus ingresos pueden utilizarlo en actividades de ocio o de modo contrario potenciar el consumo de sustancias, y por otro lado quienes dependen económicamente de sus familiares pueden cesar el consumo de sustancias o de lo contrario limitar sus actividades diarias que le favorecen sus autoestima creando un aislamiento, por lo tanto son situaciones que pueden afectar a la persona pero que dependen de la dinámica familiar.

En lo que respecta a las relaciones familiares, la mayoría se visualizan débiles ya que la comunicación efectiva en gran parte es nula, se sienten rechazados y poco integrados a su entorno familiar y social, mostrando gran desagrado a circunstancias como no contar con un domicilio estable cada mes y el no poder colaborar en actividades del hogar. Esto sin duda se convierte factores desencadenantes de medicación excesiva y usos de drogas por el aumento de síntomas depresivos que les rodea.

Se destaca un constante contacto con el personal de salud para la atención de diversas patologías generalmente crónicas, ya que las personas entrevistadas asisten constantemente a sus citas de control o en caso necesario, para algún problema de salud emergente. Además generalmente son acompañados y acompañadas por algún familiar cuando asisten al centro de salud.

Se determina, que una parte de las Personas Adultas Mayores entrevistadas no consumieron drogas lícitas e ilícitas (a excepción de medicamentos), otros que lo hicieron, en su mayoría fueron de carácter lícito, casual y pocos se refirieron como dependientes a estas, además lo cesaron iniciando la etapa adulta mayor. En su totalidad concuerdan que reprueban este tipo de conductas y reconocen que contraen grandes efectos negativos físicos y sociales.

Las Personas Adultas Mayores entrevistadas consideran que quienes consumen drogas son “seres despreciables”, de igual forma reconocen que en la actualidad existe mayor posibilidad de recibir algún tipo de tratamiento. Cabe recalcar que consideran el tabaco como un vicio sin

sentido, mientras que el alcohol es más aceptado, este último coincide con la aceptación social que posee esta sustancia.

De la misma forma, las drogas como el alcohol y el tabaco fueron evidentes en las personas entrevistadas, ya que los efectos sociales marcaron sus relaciones familiares hasta el punto de llegar a ser deficientes, así como actuales problemas de salud; sin embargo, recalcan las sensaciones agradables que les producía. Se destaca el consumo activo de fármacos y en especial la dependencia a las benzodiazepinas en el género femenino desencadenadas por eventos intrafamiliares que le provoca sentimientos de culpabilidad e impotencia en dejar dicho fármaco.

En lo que respecta al consumo y tráfico de drogas en su comunidad, no les generó mayor interés así como poca disposición en ayudar a disminuir este tipo de problemática, ya que es visto como un tema muy propio del entorno familiar de cada uno de las personas afectadas. Además, expresaron que podría amenazar su seguridad si realizan alguna acción para combatirla, igualmente lo relacionan con el estigma de que este tipo de actividades de narcotráfico y violencia es promovido por personas de otras nacionalidades en especial las personas de nacionalidad nicaragüense.

Finalmente en lo que respecta a las prácticas, se señala a los centros diurnos como un factor protector ya que la asistencia constante disminuye las posibilidades de un proceso adictivo, estos se han convertido en lugares de satisfacción de necesidades, protección así como de convivencia, aprendizaje y motivación para las Personas Adultas Mayores con lo cual se expresan agradecidos con esta opción, del mismo modo se aprecia actividades muy pasivas en el hogar que aumenta el sedentarismo y la cronicidad de sus enfermedades.

En las diferentes etapas de la etapa de la vida se destaca que en la niñez no se encontró algún evento relacionado con drogas ya que se observó en sus relatos la etapa escolar y el inicio temprano en actividades agrícolas y del hogar. Se visualiza el periodo de la adolescencia con mayores responsabilidades e independencia económica, lo que desencadena en la participación de actividades como fiestas locales, eventos de fin de año entre otros, que marcan el inicio de consumo de algunas drogas en especial el alcohol y tabaco y por influencia de sus amistades así como probar otras nuevas como la marihuana a pesar de no continuar su consumo en las personas

entrevistadas. Para la etapa de la adultez algunos continuaron con el consumo de alcohol y tabaco ya como un hábito establecido otros como algo ocasional propio de festividades. Para la etapa de la adultez mayor algunos mantienen un consumo casual y para quienes mantuvieron alguna adicción, llega el cese en esta etapa, ya que, agravaron sus enfermedades crónicas e interfirieron con su vida y debido a ello, ante múltiples visitas al centro de salud son motivados a cesar ese consumo con el fin de obtener una mejor calidad de vida, este objetivo fue logrado por gran parte de las personas participantes.

En cuanto al consumo de fármacos se encuentra más en las mujeres, el cual es motivado por la pérdida de un ser querido, refieren el constante deseo por dejarlo pero no lo logran. Es importante recalcar la poca información que poseen las Personas Adultas Mayores con respecto a los efectos que producen ciertas drogas y las consecuencias de las prácticas realizadas a lo largo de su vida. Además de la poca educación que se les brinda por parte de los y las profesionales de la salud, quienes cumplen un papel deficitario en este punto.

Se concreta que dentro del entorno de consumo de drogas lícitas se destaca el alcohol como la droga de más consumo en ambos géneros, ya sea de forma ocasional en actividades sociales como fiestas y el fútbol. En algunos participantes los llevó hasta el grado de dependencia, resultando en problemas familiares y de salud que finalmente los lleva a reflexionar. El cese del consumo en la personas mayores aunque no por completo, principalmente se debe a la disciplina y las creencias religiosas, según refieren.

Seguidamente encontramos al tabaco, droga de amplio consumo en el género masculino, asociado a actividades sociales y juegos. Una gran parte inició en su adolescencia y lo sostuvo a lo largo de la vida; sin embargo, enfermedades recientes como infartos y problemas pulmonares hicieron que tomaran conciencia y cesaran por completo su consumo. Ellos consideraron la disyuntiva de morir o seguir viviendo, esto según sus relatos. Ambas drogas dejan como evidencia los daños a la salud y las relaciones familiares que hasta en la etapa adulta mayor se lograron evidenciar. Lo cual nos deja claro que la persona hasta no verse en problemas serios no cesa el consumo de drogas.

Se concluye, en el caso de la cafeína y la marihuana, que fueron de bajo interés de las personas participantes, en la primera suele ser ocasional y con opiniones divididas, algunos prefieren cualquier otra bebida caliente antes de consumir excesivamente café, otros argumentan que les hace falta su consumo a diarios. Por su parte la marihuana ha sido probada por pocos y la mayoría saben de esta droga por fuentes televisivas o periódicos.

5.2. Recomendaciones

Al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) se recomienda la implementación de programas que informen y brinden educación a la población costarricense sobre las consecuencias a largo plazo del consumo de drogas lícitas e ilícitas, tanto de tipo físico, económico, social como familiar; además se debe abordar el consumo en etapas tempranas de manera efectiva. La propuesta de este tipo de programas y proyectos dependen de profesionales con liderazgo e interés en el tema, para lo cual enfermería resulta un modelo ideal.

Es necesario eliminar los mitos y estereotipos en la sociedad costarricense que existen alrededor del proceso de envejecimiento en la adultez mayor, con el objetivo de evitar la invisibilidad y minimización de las necesidades, enfatizando, en el derecho de recibir información sobre el fenómeno de las drogas actualizada de acuerdo a la etapa de su ciclo vital misma que puede brindar en Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia o Instituito Costarricense sobre Drogas a través de programas como lo ha hecho en la población adolescente.

Es recomendable que toda la divulgación correspondiente de las diversas instituciones para el tratamiento de las adicciones, proveniente de centros así como organizaciones no gubernamentales e incluso el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia sea difundida a nivel nacional, ya que resulta una opción para las Personas Adultas Mayores así como sus seres queridos quienes piensan que los tratamientos para una adicción incluyen grandes inversiones económicas por la publicidad que ofrecen a nivel de radio y televisión por parte de los centros privados.

Por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), como principal proveedor de servicios de salud, se recomienda la capacitación de sus profesionales de Enfermería y otras áreas

de la salud en el tema del proceso de envejecimiento en la adultez mayor y el fenómeno de las drogas. Esto para ofrecer a estas personas una atención integral y de calidad según sus necesidades y porque existe un aumento de enfermedades crónicas en esta etapa aunado a la mezcla de gran cantidad de fármacos u otras drogas que merecen vigilancia e información oportuna. Del mismo modo, concientizar a la sociedad costarricense que el abordaje de las Personas Adultas Mayores que mantienen un consumo activo de drogas es una prioridad, que se debe ser capaz de reconocerse en todos los ámbitos de la persona desde los cambios en el aspecto físico, emocional y familiar, ya que, ellos y ellas requieren una atención especializada.

Se debe aprovechar la constancia en la asistencia a los centros de salud para la atención de otras patologías, para una valoración temprana sobre el posible consumo de drogas. En esta evaluación se pueden identificar tanto factores de riesgo como factores protectores, además de la implementación de estrategias que se puedan desprender de este contacto con las personas, área que puede abarcar la Caja Costarricense del Seguro Social con el personal enfermero apto para este tipo de tareas.

De igual forma, es necesario que la Caja Costarricense del Seguro Social establezca un control de medicamentos según las necesidades de la Persona Adulta Mayor, ya que muchas veces hay un uso innecesario de los mismos, además los fármacos que produzcan una alta dependencia como las benzodiazepinas deben brindarse con un adecuado análisis de la situación de la personas así como información eficaz antes de iniciar la medicación, tanto para la persona, como su familia. Esto ante la necesidad de que sean ellos que decidan si desean tomarlos o no, y si fuera el caso ofrecerles otras alternativas. Lo anterior corresponde a funciones muy propias del personal de salud, el profesional enfermero(a) tiene la capacidad de informar sobre la polimedición en la Persona Adulta Mayor, y de asegurarse que éste conozca las características principales de su tratamiento y de ser necesario ayudarle a elaborar instrumentos con esta información para que esté disponible en cualquier momento.

A nivel de gobiernos locales, las municipalidades tienen un papel esencial ya que es indispensable que la sociedad costarricense y las comunidades permanezcan unidas y atentas a la problemática de drogas, ya que es un tema que compete a todas las personas, por lo tanto se debe

fomentar la creación de grupos de apoyo y actividades recreativas que integren a la Persona Adulta Mayor, ente clave que conoce su comunidad y se puede convertir en vigilante de la misma, de esta forma se fomenta la prevención y participación de los ciudadanos, así como identificar signos de alerta, información necesaria y formas de ayuda a quién lo necesite y los métodos de denuncia. El desarrollo de estrategias para sensibilizar a la población es vital para que se reconozca la adicción a las drogas como la enfermedad que es, y así se logrará que las personas se involucren en el tema.

Se debe motivar el acercamiento, involucramiento e independencia de la Persona Adulta Mayor en el entorno familiar, en actividades sencillas que promuevan su valor, la comunicación y expresión de sentimientos, misma que pueden desarrollar a través de charlas en los centros diurnos, se puede motivar la colaboración de los familiares en actividades que generen la convivencia y la unión de grupo. Esto porque la familia es un ente importante para la Persona Adulta Mayor, en ocasiones debido a la dependencia económica, pero en mayor medida como una unidad de apoyo emocional, especialmente si se ha perdido a una persona tan importante como su cónyuge.

De igual forma, se debe fomentar en este nivel la implementación de programas y proyectos en la población adulta mayor que les ayuden a atravesar por procesos de pérdidas y prevención de la depresión, por ejemplo, la formación de grupos de apoyo donde puedan ser escuchados y obtener alivio cuando pasan por situaciones estresantes para ellos. También que se promuevan actividades para el fortalecimiento de su autoestima y autocuidado.

A la Asociación-Centro Diurno Pilar Gamboa en vista de los múltiples beneficios de los centros diurnos, se debe recalcar la importancia de continuar con la atención integral para la Persona Adulta Mayor con actividades necesarias que pueda implementar en su hogar y con un enfoque adecuado para esta población, dejando de lado actividades de carácter infantil que les son de desagrado. Además incluir la participación de un profesional en Enfermería, quien con sus conocimientos y técnicas puede desempeñar un papel protagónico para mejorar la calidad de vida de la Persona Adulta Mayor, ya que su objeto es el cuidado de la persona.

De igual forma, se recomienda a este centro fomentar el envejecimiento activo en la población adulta mayor, basándose en la concepción del proceso de envejecimiento no como una enfermedad sino como un proceso que inicia desde la concepción. Reconociendo a la Persona Adulta Mayor como un ser activo, no pasivo, quien elige su estilo de vida y se debe empoderar de su salud.

Aunado a lo anterior, se recomienda que organizaciones como la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), impulsen a las personas participantes a ser miembros activos de la sociedad y sobre todo expresar sus temores, que propongan soluciones y realicen decisiones tan importantes que involucran el área de su salud. Además capacitarlos (as) y actualizarlos (as) en lo que respecta el fenómeno de las drogas, en todas sus dimensiones para que sean capaces de reconocer los efectos que produce a nivel personal, familiar, comunitario, social y económico, para que en caso de estar frente a algún caso de drogodependencia, ya sea personal, familiar o de alguna persona cercana, puedan reconocer la enfermedad como tal y distinguir los tratamientos que están a su alcance.

También desde estas organizaciones se puede incentivar a cesar el consumo activo de sustancia adictivas de quienes se encuentran en dicha problemática, esto para una mejor calidad de vida, además de motivar a quienes lo hicieron para que continúen y repliquen se testimonio a las Personas Adultas Mayores que lo requieren.

Por parte de la formación universitaria de profesionales de Enfermería, es fundamental que la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica contemple la necesidad enfocar la problemática de drogas como un todo, que parte desde la niñez hasta la etapa adulta mayor, desde su plan de estudios. Con esta investigación se recalca la importancia de la información veraz y oportuna en cada etapa de la vida y de la transmisión de dichos conocimientos a escuelas, colegios, centros laborales, centros diurnos y hogares para el cuidado de la Persona Adulta Mayor, entre muchos más, para hacer conciencia de las consecuencias en el consumo activo de drogas y las repercusiones futuras.

Del mismo modo, sería de gran relevancia la realización de un estudio de tipo cuantitativo que se desprenda de éste. Esto se puede realizar como parte de un Trabajo Final de Graduación

que dé continuidad y amplíe el fenómeno de las drogas en la población adulta mayor, por lo que instamos y motivamos a los estudiantes y futuros colegas de la profesión de Enfermería de esta escuela a realizar una investigación de este tipo.

A la vez es de suma importancia la realización de más estudios sobre el tema del fenómeno de las drogas en esta población desde instituciones líderes en la temática como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Costarricense de Drogas y Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, con la finalidad de conocer la situación real y proceder a la elaboración e implementación de estrategias para el abordaje de esta situación. La capacitación de recurso humano, principalmente profesionales en el área de la salud, es un paso importante a seguir para combatir tanto la oferta como la demanda de drogas, así como problemas relacionados como violencia, narcotráfico y corrupción.

Estas investigaciones y capacitaciones necesariamente deben realizarse desde los determinantes sociales de la salud, los cuales son el eje para entender y abordar de forma integral y efectiva la problemática de las drogas en la sociedad y las cuales se deben enfatizar en las universidades del país.

Capítulo VI

Referencias bibliográficas y Anexos

6.1. Referencias bibliográficas

- Acosta, C. y Gonzáles, M. (2009). Actividades de la vida diaria en Adultos Mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19 (2), 289-293. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Christian-Oswaldo-Acosta-Quiroz.pdf>
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vásquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11), 1-6. Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Arango, V. (s.f). *Polifarmacia en el anciano*. Recuperado de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0025%20Polifarmacia.PDF>
- Arrazola, L., Méndez, A., y Lezaun, J. (s.f). *Centros de Día Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo*. Recuperado de http://www.cvirtual.org/sites/default/files/siteuploads/document/u16/centros_dia.pdf
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1999). *Ley integral para la Persona Adulta Mayor*. N° 7935. Recuperado de <https://www.cnfl.go.cr/pdf/ACCESIILIDAD%20PORTAL%20CNFL/ANEXO%203.%20MATERIAL%20DE%20CONSULTA/Ley%207935%20Adulto%20Mayor.pdf>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002). *Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo*. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/CR/ley_8204.pdf
- Babor, T, Caulkins, J; Edwards, G; Fisher, B; Foxcroft, D; Humphreys, K; Obot, I; Rehm, J; Reuter, J; Room, R; Rossow, I; Strang, J. (2010). *La política de drogas y el bien público*. OPS, Washington. Recuperado de

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf

- Báez, J., Pérez, T. (2009). *Investigación Cualitativa*. España: ESIC editorial. Recuperado de <http://books.google.co.cr/books?id=Xmv-PJ9Ktzc&pg=PA309&lpg=PA309&dq=fenomenologia+en+la+investigacion+cualitativa&source=bl&ots=q13gapBq53&sig=Zz4fLDJHgSxuiHayJ0CFRXnpCdw&hl=es-419&sa=X&ei=SlYEUPEvCYr48gTd7oCwDg&ved=0CEYQ6AEwBw#v=onepage&q=fenomenologia%20en%20la%20investigacion%20cualitativa&f=false>
- Balboa, M; Pérez, M; Sarasola, L. (2012). Propuestas saludables para el envejecimiento activo. *Revista Educativa Hekademos*, pp 29-36. Recuperado desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4059749>
- Bejarano, J; Sáenz, M. (2004). Consumo de drogas en personas costarricenses mayores de 60 años: estudio de tres cohortes. *Psicoactiva*, (22), pp 25-46. Recuperado de http://www.cedro.org.pe/ebooks/Psicoactiva_22.pdf
- Benach, J; Muntaner, C. (2005). *Aprender a Mirar la Salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?*. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Maracay, Venezuela. Recuperado de http://www.bvs.org.ve/libros/Aprender_a_Mirar_la_Salud.pdf
- Blasco, T., Otero, L. (2008). Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista. *Nure Investigación*, (8), 1-6. Recuperado de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formet_34.pdf
- Bonilla, E. (2005). *Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales*. Bogotá. Grupo Editorial Norma.
- Borrell, C. (2006). Desigualdades y Servicios de Salud. *Saúde e Sociedade*, 15 (2), 9-22. Recuperado desde <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/03.pdf>
- Caja Costarricense del Seguro Social, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social y Universidad de Costa Rica. (2004). *Introducción a la salud familiar. Curso especial de posgrado en gestión local de salud*. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/modulos/modulo11.pdf>

- Cañigueral, S; Dellacassa, E; Bandoni, A. (2003). Plantas Medicinales y Fitoterapia: ¿Indicadores de dependencias o Factores de Desarrollo. *Acta Farmacéutica Bonaerense*, 22(3), 265-278. Recuperado de http://www.latamjpharm.org/trabajos/22/3/LAJOP_22_3_6_1_S966JS548J.pdf
- Carvajal, M., Conejo, S., Piedra, Y., Vázquez, K. y Villalobos, C. (2001). *Acreditación para la atención integral en establecimientos que suministran servicios a la población adulta mayor*. Seminario para optar por el grado de licenciatura en trabajo social. Universidad de Costa Rica. Recuperado de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/ciencias_sociales/tfg-2001-11.pdf
- Castillo, B., Palucci, M., Alonso, M., Guzmán, F. y Gómez, M. (2008). Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en Personas Adultas Mayores de Monterrey, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(spe), 509-515. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD); Secretaria de Seguridad Multidimensional (SSM); Organización de los Estados Americanos (OEA). (2012). *Competencias Básicas del Profesional de Enfermería en el Área de Reducción de la Demanda de Drogas en América Latina*. Washington, D.C.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM); Universidad de Costa Rica (2008) *I Informe Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>
- Consejo Nacional para prevenir la Discriminación CONAPRED. (2009). *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares*. Recuperado de http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf
- Consejo Universitario. (1980). *Reglamento de trabajos finales de graduación*. Universidad de Costa Rica, Consejo Universitario, Unidad de Información.
- Del Valle, G. y Colli, L. (2011). *Envejecimiento Saludable: Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.envelliment.org/publicacions/docs/RelacionssocialsESP.pdf>

- Delgado, M., Pinguil, N., Pulla, N., y Urgilés, M. (s.f). *Tecnologías de la información para comunicación en la formación de los profesionales de la salud*. Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.cedia.org.ec/bitstream/123456789/697/1/adulto%20mayor.pdf>
- Días, G., Ortíz, R. (2005). *La entrevista Cualitativa*. Recuperado de <http://www.geiuma-oax.net/cursos/entrevistacualitativa.pdf>
- Díaz, L., Vicente, B., Arza, M., Moránguez, G. y Ferrer, S. (2008). Drogodependencia: un problema de salud contemporáneo. *MEDISAN*, 12(2). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san19208.pdf
- Espinoza, M. (2010). *El Adulto Mayor no es sinónimo de muerte; aún vive*. (Tesina de investigación de Tanatología publicada). Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A. C., México, D. F. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/17%20El%20adulto%20mayor%20no%20es%20sinonimo.pdf>
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. México. Pearson
- Figueras, E., García, I., Higuera, P. (2005). *Técnicas de investigación en Pedagogía Social. Fuentes de documentación e información*. Recuperado de <http://alojamientos.us.es/pedsocial/archivos/tema19.PDF>
- Figuroa, S.; Armas, A.; Ruiz, E. y Morales, A. (2003). Frecuencia de Adicciones en el Adulto Mayor. *Archivo Geriátrico*, 6 (3), 69-73. Recuperado de la base de datos EBSCO.
- García, A; Fontaine, O; Hernández, E; Castañeda, I. (2010). Intervención psicológica en el anciano alcohólico, familia y sociedad. *Psicología y Salud*, 20 (1), pp 55-64. Recuperado desde <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/Armando-Garcia-Martinez.pdf>
- García, E. (1999). *Análisis de datos cualitativos*. (Tesis Doctoral inédita.) Universidad de Granada, España, pp. 219-279. Recuperado de <http://www.investigacioncualitativa.es/Paginas/Articulos/investigacioncualitativa/Rivera.pdf>
- Gatti, C. (2007). *El rol del concepto de “prácticas sociales” en el análisis de la producción del espacio común*. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Recuperado de

- http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%206%20Espacio%20social%20Tiempo%20Territorio/Ponencias/GATTI_Claudia.pdf
- Gavilán, E. Villafaina, A. (2011). Concepto y factores determinantes de la polimedición. *Actualidad Farmacéutica*, (2), 06-10. Recuperado de http://www.cfsf2.org.ar/upload/Revista_AF_n2.pdf
- Gil, J; Moreno, E; Gil,A; Blanco, J. (2004). Efectos del consumo de café para la salud cardiovascular, la diabetes, y el desarrollo de cáncer. *Psicothema*, 16 (4), 531-547. Recuperado desde <http://www.psicothema.com/pdf/3029.pdf>
- Gómez, J. (2000). Envejecimiento. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina*, (100), 21-23. Recuperado de <http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm>
- Gómez, M., López, A., Moya, M. y Hernández, O. (2005). Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 21(1-2). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi031-105.pdf
- Gongora, F. (2005). *Consumo de alcohol y drogas médicas en las Personas Adultas Mayores*. Tesis para optar grado de maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080128590.PDF>
- González, T., Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: concepto y características (I). *Nure investigación*, (44), 1-5. Recuperado de http://www.nureinvestigacion.com/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/concepto44.pdf
- González, R; Alcalá, J. (2009). Consumo de alcohol y salud pública. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, *Medigraphic Artemisa*, 149 (6). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un066f.pdf>
- Gossop, M. (2008). *Consumo de sustancias en las Personas Adultas Mayores: un problema olvidado*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Recuperado desde http://www.google.co.cr/url?sa=t&rct=j&q=Consumo+de+sustancias+en+adultos+mayores:+un+problema+olvidado&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fattachements.cfm%2Fatt_50566_ES_TDAD08001ESC_

- web.pdf&ei=agRtUM-
IBYqg8QTUIYGwCQ&usg=AFQjCNHCfknRpcXX3jZUsoWdoao5TgOwmQ&cad=rja
- Guzman, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Recuperado de http://www.google.co.cr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&sqi=2&ved=0CFgQFjAI&url=http%3A%2F%2F cursos.campusvirtualsp.org%2Fpluginfile.php%2F15816%2Fmod_folder%2Fcontent%2F0%2FLectura_de_referencia_1_Red_de_Apoyo_Social_.pdf%3Fforcedownload%3D1&ei=ejjfUdn7HsG1iwLh7IH0DQ&usg=AFQjCNEp7sSUMSS5jAh9mMb5edWaz_zqpQ&sig2=LYJp9ia75Ryj5MqOnos4LQ&bvm=bv.49147516,d.cGE
- Hernández, I; Soto, M; Castro, I. (2010). *Envejecimiento normal y depresión clínica en el adulto mayor*. Universidad Bolivariana. Escuela de Psicología. Recuperado de http://www.google.co.cr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F220024709_Envejecimiento_Normal_y_Depresin_Clnica_en_el_Adulto_Mayor%2Ffile%2F8d1c84f40372bc8c04.pdf&ei=ATL7UayuMYvs8gTwsYCoAw&usg=AFQjCNFKFCjBv7hn_0co1vwguPW6mVdkvQ&sig2=8yR007O6Efe2jZd7Ymu73g&bvm=bv.50165853,d.aWM
- Hulse, G. (2002). Alcohol, drugs and much more in later life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (24), pp.34-41. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8855.pdf>
- Hulsé, M. (1997). *Farmacología Humana: Fármacos ansiolíticos y sedantes*. Barcelona: Masson. Recuperado de http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/618_26farmacos%252520ansioliticos%252520.pdf
- Iglesias, J., López, J., Díaz, m., Alemán, C., Trinidad, .A. & Castón , P. (2001). *La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis Cualitativo*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de <http://www.imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/50061asolead.pdf>
- Instituto de Adicciones Madrid-Salud. (2005). *Mujer y Adicción, aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Recuperado de

<http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/mujeryadiccion.pdf>

Instituto Nacional sobre el abuso de drogas. (2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción, una guía basada en las investigaciones*. 2ª ed. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012). *Consumo de drogas en Costa Rica: Encuesta Nacional 2010: Consumo de bebidas alcohólicas*. Costa Rica. Recuperado de <http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Fasciculo%202.%20Consumo%20de%20bebidas%20alcoholicas15%20de%20junio012.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012). *Consumo de drogas en Costa Rica: Encuesta Nacional 2010: Consumo de medicamentos*. Costa Rica. Recuperado de <http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Fasciculo%205.%20Consumo%20de%20Medicamentos.1%20de%20junio%20FinalD.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012). *Consumo de drogas en Costa Rica: Encuesta Nacional 2010: Consumo de tabaco*. Recuperado de <http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Fasciculo%201.%20Consumo%20de%20Tabaco%20Final.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2012). *Consumo de drogas en Costa Rica: Encuesta Nacional 2010: Consumo de Cannabis*. Costa Rica. Recuperado de <http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Fasciculo%203%20Consumo%20de%20Cannabis.%206%20de%20junio%202012.%20FinalDef.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.(2009). *Consumo de Drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta nacional 2006*. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/ENCUESTA%20NACIONAL%20SOBRE%20EL%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20en%20Costa%20Rica%202006.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2012). Panorama Demográfico. Boletín, 1, año 7. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/A/MT/Poblaci%C3%B3n%20y%20Demograf%C3%ADa/Indicado>

res%20Demogr%C3%A1ficos/Publicaciones/C1/01-
%202012/Bolet%C3%ADn%20Panorama%20Demogr%C3%A1fico.pdf

- La Gaceta No. 122 (2012, 25 de Junio). Decreto Ejecutivo n° 37110-s. *Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica*. Recuperado de http://www.iafa.go.cr/sobre_iafa/normativa/Decreto_PoliticadelSectorSaludparaTratamiento.pdf
- Leiva, V. (2008). Características relacionadas con el consumo de drogas lícitas e ilícitas en la población estudiantil de cuarto año de la carrera de Enfermería. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, ed. 15 (15). Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3606/3514>
- Maldonado, G, Banda, O, Rivera P, Medrano, R, Villanueva, O y García, A. (2010). Consumo de tabaco y alcohol en un colectivo de Personas Adultas Mayores de Cd. Victoria, TAM. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, (07), 1-14. Recuperado de www.eumed.net/rev/cccs/07/ggvmsp.htm.
- Martín, A; Rodríguez, I; Rubio, C; Revert, C; Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista Toxicológica*, 21, 64-71. Recuperado de <http://ojs.easyapps.es/index.php/revtoxicol/article/view/208/183>
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*, 9 (1), 123-146. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v9n1/v9n1a09.pdf>
- Mason, A; Lee, R. (2011). *El envejecimiento de la población y la economía generacional: resultados principales*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/46186/LEE_MASONesp.pdf
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, E., Marín, C. y Alfonso, J. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en Personas Adultas Mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev. Panam Salud Pública* 17 (5/6), 353-361. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>
- Ministerio de Salud. (s.f). *Reglamento para la Inscripción, Importación, Comercialización y Publicidad de Recursos Naturales Industrializados y con Cualidades Medicinales*.

- Decreto 29317-S. Recuperado de http://www.pgr.go.cr/Scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NR TC&nValor1=1&nValor2=45912&nValor3=48418&strTipM=TC
- Ministerio de Salud; Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2008). *Política del sector salud para la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica*. Recuperado de http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/dJuridica/Normativa/Normativa_Salud/Tab/C77D45FF99AFB2BFE0401EAC1F0C20E6
- Molina, C (2008) Evolución histórica del consumo de drogas; concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *Journal of Criminal Science*, 2(2), 1-30. Recuperado de <http://www.ehu.es/ojs/index.php/inecs/article/viewArticle/42>
- Moral, M; Fernández, L. (2009). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación. Capítulo1: Conceptos Fundamentales en drogodependencias*. Madrid: España. Editorial Médica Panamericana. Recuperado de <http://libreria8a.com/1591/pdf/Works.3749.Sample.pdf>
- Moreno, M; Bejarano, J. (2011). Tabaquismo en Costa Rica: implicaciones del fumado activo y pasivo en la población en general. *Revista de Ciencias Sociales*, 133-134, 167-177. Recuperado de <http://revistacienciassociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/133-134/12-MORENO.pdf>
- Murillo, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, (24), pp. 1-13. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/8416/7939>
- Novelo. H. (2003). Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la última década. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, (5). Recuperado de http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm
- Organización de los Estados Americanos. (2013). *El problema de las drogas en las Américas*. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/novedades/pdf/OEAS_Informe.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Envejecimiento saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria*. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-02.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Promoción de la Salud, Glosario*. Recuperado de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Medicina Tradicional, Informe de la secretaría*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5618.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1988). *Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas*. Recuperado de http://www.gafisud.info/documentos/esp/base/Normas%20Internacionales/convencion%20de%20viena_1988_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2006). Maltrato de ancianos [adultos mayores] y alcohol. Nota Descriptiva. Recuperado desde http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_elder_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2011). *Declaración Política de Rio sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Recuperado de http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf
- Ortego, M., López, S. y Álvarez, M. (s.f). *Las Actitudes*. Universidad de Cantabria. Recuperado de http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_04.pdf
- Oscanoa, T. (2005). *Prescripción potencialmente inadecuada de medicamentos en las Personas Adultas Mayores*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional Mayor de San

- Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/2932/1/oscanao_et.pdf
- Pardo, R; Alvarez, Y; Barral, D; Farré, M. (2007). Cafeína: un nutriente, un fármaco, o una droga de abuso. *ADICCIONES*, 19 (3), 225-238. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/ediFarre.pdf>
- Prigerson, H.; Desai, R.; Rosenheck, R. (2001). Psychiatric and substance abuse disorders: prevalence and health service use. *PsychiatricQuarterly*, 72 (1), 1-18. Recuperado de la base de datos EBSCO.
- Puyana, Y., Barreto, J. (s.f). *La historia de vida: recurso en la investigación cualitativa. Reflexiones metodológicas.* Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/185-196>
- Quesada, R. (2003). *Estado y educación en Costa Rica.* Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Recuperado de <http://sinabi.go.cr/Biblioteca%20Digital/LIBROS%20COMPLETOS/Quesada%20Camacho%20Juan%20Rafael/Estado%20y%20educacion%20en%20Costa%20Rica.pdf>
- Ramírez, D. (2010). Café, cafeína vs. Salud: Revisión de los efectos del consumo de café en la salud. *Revista Centro de Estudios en Salud*, 1(12), 156-167. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v12n1/v12n1a17.pdf>
- Reyes, I; Castillo, J. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 354-359. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v30n3/ibi06311.pdf>
- Rodríguez, G; Gil, J; García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa.* Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, V., Martínez, G. y Villegas, H. (1996). *Algunos factores psicosociales que inciden en el uso de medicamentos en el adulto mayor.* (Tesis de Postgrado no publicada), Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Rojas, L (2008) *Elementos conceptuales y metodológicos de la Investigación Cualitativa.* Editorial UCR. San Pedro, Costa Rica.
- Rojas, R. (2006). El reto institucional de la atención al adulto mayor al 2025. *Gestión*, 14 (2), 13-22. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcafss/v14n2/a02v14n2.pdf>

- Sáenz, D. (2009). *Las benzodiazepinas: consideraciones farmacocinéticas y clínicas*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v12n1-2/art7.pdf>
- Salamanca, A. (2006). La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. *Nure Investigación*, n° 24, septiembre-octubre. Recuperado desde http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_24.pdf
- Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación Cualitativa*. Recuperado de http://epistemologia-doctoradounermb.bligoo.es/media/users/16/812365/files/142090/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf
- Segara, M. y Bou, J. (2005). Concepto, tipo y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. *Rev Economía y Empresa*, (52-53), pp.175-195. Recuperado de <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEwQFjAG&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2274043.pdf&ei=4wCJUsu6AsLW2AXxgYHoCg&usq=AFQjCNFK8T-VxtiNaJPKwO6HmAhhm-2kiA&sig2=Z7PZtaJZsiSdODwGeGNpIA&bvm=bv.56643336,d.b2I>
- Solís, R., Vélez, A. y Berume, D. (2000). Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México. *Salud mental*, 23 (3), 38-45. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2000/sam003e.pdf>
- Souza, M.; Cruz, D. (2008). Vejez, fisiopatología y consumo de sustancias. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9 (1), 20-30. Recuperado de la base de datos EBSCO.
- Tapia, R., Cravioto, P., Borges, A y Blanca, R. (1993). Consumo de drogas médicas en la población de 60 a 65 años en México, encuesta nacional de adicciones 1993. *Salud Pública de México*, 38 (006), 458-465. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10638608.pdf>
- Torres, L. (2007). El adicto y la familia en recuperación. *Rev. Anudando*, pp.18-20. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf

- Universidad de Costa Rica. (2000). *Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos*. Aprobado en sesión 4542-05, 10-05-2000. Publicado en el Alcance a la Gaceta Universitaria 6-2000, 22-06-2000. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/formulas/secinv-reglamento-etico.doc>
- Valdivia, C. (2008). La familia: conceptos, cambios y nuevos modelos. *La revue du REDIF*, 1, 15-22. Recuperado de <http://www.upcomillas.es/redif/revista/Deusto.pdf>
- Vargas, E., Barrio, V., Campos, M., Porras, D., Quesda, K y Leiva, V. (2009). La salud internacional y el consumo de drogas por parte de la población adolescente de Costa Rica. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, ed. 17 (17). Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3606/3514>
- Viveros, S. (Ed.) (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association* (3rd ed.). México: Manual Moderno.

6.2 Anexos

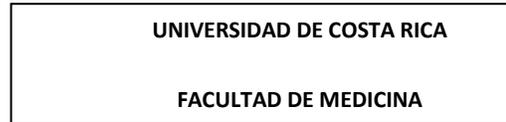
6.2.1. Anexo 1. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367



FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Experiencias de vida sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en las Personas Adultas Mayores del Centro Diurno Pilar Gamboa en San Antonio de Desamparados

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre del Investigador Principal: _____

Nombre del participante: _____

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El presente estudio se es llevado a cabo por estudiantes de IV año de la carrera Licenciatura en Enfermería precedentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica como proyecto de Trabajo Final de Graduación. Se desea llevar a cabo esta investigación para acercarse a la población adulta mayor y conocer sobre sus experiencias en cuanto al consumo de drogas en su vida, se han encontrado poco estudios relacionados al tema por lo tanto se toma la iniciativa para conocer sobre la cuestión. La información que se espera obtener son relatos de las experiencias de las Personas Adultas Mayores en cuanto al consumo de drogas lícitas e lícitas, se espera que el estudio dure aproximadamente nueve meses
- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** La participación de la persona consiste en presentarse en una fecha previamente establecida a conveniencia de la persona y las investigadoras para una entrevista; según sea necesario, en ella se harán preguntas sobre experiencias que hayan tenido en cuanto al consumo de drogas a lo largo de su vida, para ser parte de este estudio

se requiere solamente ser mayor de 65 años y conocer sobre el tema de las drogas. Las entrevistas serán analizadas y los resultados serán presentados como parte del trabajo final de graduación. Al aceptar formar parte del estudio se comprometerá a sacar un espacio de su tiempo para la entrevista, ya sea que se realice en una o dos sesiones según sea necesario, éstas serán realizadas en el Centro Diurno Pilar Gamboa y se buscará un espacio privado y cómodo, las mismas serán grabadas en audio o vídeo según se requiera, para agilizar el tiempo de la entrevista, posteriormente las grabaciones serán transcritas para el análisis que se pretende realizar y éstas estarán al alcance únicamente de las investigadoras que las realizaron.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: podría sentirse incómodo por algunas de las preguntas que se le realizarán o por la profundidad de las mismas y en la publicación del estudio probablemente se muestren comentarios o expresiones indicadas por su persona.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca de lo que han pasado las Personas Adultas Mayores en cuanto al consumo de drogas, sus conocimientos, actitudes y prácticas al respecto, y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro.

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con alguna de las investigadoras sobre este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Carolina Arroyo Torres al teléfono 84118528 en el horario lunes 1:00 p.m a 5 p.m o a Paula Castillo Ureña al teléfono 8979-7434 en el horario lunes 1:00 p.m a 5 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

- ◆ **NOTA:** Si él o la participante es un menor de 12 años, se le debe explicar con particular cuidado en qué consiste lo que se le va a hacer.

Se le recuerda que si va a trabajar con adolescentes de edades entre 12 y 18 años, debe elaborar fórmula de asentimiento informado.

6.2.2. Anexo 2. Carta dirigida al Centro Diurno Pilar Gamboa para la Solicitar el Permiso a la Investigación



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Escuela de
Enfermería

23 de octubre del 2012
EE-D-2102-12

Señores(as)
Centro Diurno Pilar Gamboa

Estimadas(os) señoras(es):

Me permito saludarles, a la vez informarles que las estudiantes Carolina Arroyo carné A80681 y Paula Castillo carné A81484, actualmente están cursando el cuarto año de la carrera de Licenciatura en Enfermería, por lo que le solicito su consentimiento para realizar el Trabajo Final de Graduación a efectuarse en el año 2013 en dicho centro, con el tema: *"Experiencias de vida sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en las y los adultos mayores"*, es una investigación con modalidad de tesis, el objetivo de la investigación es analizar las experiencias de vida en cuanto al consumo de drogas lícitas e ilícitas en los adultos mayores mediante la realización de una entrevista a profundidad, con el previo acercamiento a la población.

Asimismo, le comunico que las docentes M.Sc Rebeca Gómez Sánchez y M.Sc Rocío Monge Quirós son las lectoras de tesis, quienes poseen experiencia en esta población, nuestro propósito es aproximarnos a esta población y rescatar sus experiencias de vida en torno al tema con su previo consentimiento.

Seguidamente adjunto los números telefónicos y correos electrónicos de las estudiantes mencionadas:

- Paula Castillo Ureña, tel. 8979-7434, correo: paufut1501@hotmail.com.
- Carolina Arroyo Torres, tel. 8411-8528, correo: caro.a.t@hotmail.es.

Agradecemos de antemano su colaboración.


MSc. Ligia Murillo Castro
Directora de Trabajo Final de Graduación
Directora
Escuela de Enfermería



Cc: Archivo



Recepción: 2511-3519 Fax 2253-5660, Servicios Administrativos: 2511-4436 Asuntos Estudiantiles: 2511-3155,
Secretaría Módulos: 2511-5210, Secretaría Dirección: 2511-3153, Sitio Web: www.enfermeria.ucr.ac.cr
E-mail: enfermeria@ucr.ac.cr

6.2.3. Anexo 3. Carta del centro Diurno Pilar Gamboa en Respuesta a la Solicitud para la Realización de la Investigación



*Asociación Centro
Diurno Pilar Gamboa*

Noviembre del 2012

**M S C
Felicia Arguedas
Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Escuela de Enfermería
Universidad de Costa Rica**

Reciba un saludo de mi parte y a la vez informarle que se acordó que las estudiantes Carolina Arroyo Torres con la cédula número 3-0434-0089 y carnet de estudiante número A 80681 y Paula Castillo Ureña con cédula 1-141-8-0149 y carnet de estudiante A81484 realicen en esta Institución su proyecto de graduación cuyo tema es “EXPERIENCIAS DE VIDA SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS LICITAS E ILICITAS EN LOS Y LAS ADULTOS MAYORES”

Atentamente

M. Elena González S.
**María Elena González S
Coordinadora**

Asociación Cívica Pilar Gamboa Mesén
CENTRO DIURNO DE ANCIANOS
SAN ANTONIO - DESAMPARADOS

Apartado: 109-2450 San Antonio de Desamparados / Telefax: 2276-8192 / e-mail: pilargamboa1@hotmail.com

6.2.4. Anexo 4. Instrumento de Recolección de Datos separado por categorías de análisis

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Instrumento de Recolección de Datos

Objetivo: La presente guía tiene como fin recolectar información acerca de las experiencias de vida en cuanto al consumo de drogas lícitas e ilícitas en las Personas Adultas Mayores del Centro Diurno Pilar Gamboa en San Antonio de Desamparados.

Descripción: Este instrumento forma parte del Trabajo Final de Graduación realizado por las estudiantes Paula Castillo y Carolina Arroyo de cuarto año de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica, Esta entrevista será tratada confidencialmente y los datos se utilizarán únicamente con fines educativos. Ésta será grabada, el acceso a este material será únicamente permitido para las investigadoras. Agradecemos de antemano su colaboración. Tiene una duración aproximada de 1 hora minutos. Cualquier duda o consulta puede llamarnos a los teléfonos 8411-8528 o 8979-7434.

Fecha: ____/____/2012

Investigadora a cargo: _____

Preguntas Generadoras

Objetivo: Determinar los conocimientos sobre drogas y factores asociados que poseen las Personas Adultas Mayores.

Categoría 1

Datos personales

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿En qué fecha nació y dónde?
3. ¿Cuál es su edad?
4. ¿Cuál es su actual lugar de residencia?
5. Su Estado Civil es: () Soltero () Unión Libre () Casado () Divorciado () Viudo
6. ¿Cuál es su Escolaridad
7. ¿Tiene o tuvo alguna profesión u oficio?
8. ¿Con quién vive?
9. ¿Cuántos miembros son en su familia?
12. ¿Recibe algún tipo de pensión?

Aspectos en torno a la salud

16. ¿Qué padecimientos tiene?
17. ¿Le dan tratamiento? ¿Cuáles?
18. ¿Desde cuándo?
19. ¿Le explicaron para qué son?
20. ¿Sabe que efectos causan en su cuerpo?
21. ¿Qué hace cuando tiene estos efectos?
22. ¿Consume algún remedio casero o productos de las macrobióticas? ¿Cuáles? ¿Para qué?
¿Quién se los recomendó? ¿Ha notado algún resultado cuál?

Aspectos en torno a las drogas

38. ¿Conoce cómo se utilizan? (Alcohol Tabaco Marihuana Fármacos)

- 39. ¿Qué causa?
- 40. ¿Qué complicaciones pueden dar?
- 43. ¿Sabe si existe tratamiento?
- 49. ¿Qué sabía sobre esa droga?
- 58. ¿Algún familiar ha consumido drogas?
- 59. ¿Qué sabe al respecto?
- 60. ¿En su barrio hay algún problema de drogas?

Objetivo: Identificar las actitudes y circunstancias relacionadas de las Personas Adultas Mayores frente al consumo de drogas.

Categoría 2

Datos personales

- 10. ¿Cómo es su relación con cada uno de ellos?

Aspectos económicos

- 11. ¿Cómo considera su situación económica?
- 14. ¿Cómo es su casa?
- 15. ¿Considera que en su casa se encuentra ubicada en una zona segura? ¿Por qué?

Actividades sociales

- 30. ¿Cómo se siente desde que asiste a este lugar?

Etapas de la vida

- 33. Relátenos ¿cómo fue su niñez?

34. Relátenos ¿cómo fue su adolescencia?
35. Relátenos ¿cómo fue su vida adulta?
36. ¿Cómo ve su etapa como Persona Adulta Mayor?

Aspectos en torno a las drogas

41. ¿Qué piensa de las personas que consumen estas drogas?
42. ¿Por qué cree que lo hacen?
52. ¿Qué sensaciones le daba esa droga?
53. ¿Que sentía cuando no la consumía?
57. ¿Cree que necesita ayuda? ¿Cuál?
61. ¿Qué opina sobre eso?

Objetivo: Describir las prácticas y elementos ligados que desarrollan las Personas Adultas Mayores ante el consumo de drogas.

Categoría 3

Aspectos económicos

13. ¿Quién y en que la utiliza?

Aspectos en torno a la salud

23. ¿Cuándo le duele alguna parte del cuerpo cómo lo resuelve?
24. ¿Ha tomado medicamentos de familiares u otros?
25. ¿Por qué lo ha hecho?
26. ¿Cada cuánto visita el centro de salud?

27. ¿En qué circunstancias lo hace?

Actividades sociales

28. ¿Desde cuándo se integró a este centro?

29. ¿Quién lo invitó?

31. ¿Qué tipo de ayuda le han brindado?

32. ¿Qué tipo de actividades realiza en su hogar?

Aspectos en torno a las drogas

44. ¿Alguna vez consumió algún tipo de droga?

45. ¿Cuándo lo hizo?

46. ¿Cómo?

47. ¿Por qué?

48. ¿Dónde lo hacía?

48. ¿Dónde lo hacía?

50. ¿Quién lo incitó a consumirla?

51. ¿Recibió algún tratamiento al respecto o se internó en algún centro?

54. ¿Ha dejado de consumirla?

55. ¿Por qué lo sigue haciendo?

56. ¿Cree que le ha beneficiado a su cuerpo?