

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Enfermería*

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD  
Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO PARA  
PREVENIR RECAÍDAS EN LOS USUARIOS  
QUE ACUDEN A LOS PROGRAMAS DEL  
INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y  
FARMACODEPENDENCIA, SEGÚN  
REINCIDENCIA, GRAN ÁREA  
METROPOLITANA, I CUATRIMESTRE  
2018.**

**ANIELKA ELIZABETH SOLÍS LÓPEZ**

2018

## ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS .....	6
ÍNDICE DE FIGURAS .....	7
RESUMEN .....	10
ABSTRACT .....	12
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	14
1.1.1 Antecedentes del problema.....	14
Antecedentes internacionales.....	14
Antecedentes nacionales .....	18
1.1.2 Delimitación del problema .....	20
1.1.3 Justificación.....	21
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	23
1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	23
1.3.1 Objetivo general .....	23
1.3.2 Objetivos específicos.....	23
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	25
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	26
2.1.1 Prácticas de autocuidado en salud .....	26
2.1.2 Droga .....	28

2.1.3 Drogadicción.....	29
2.1.4 Factores de riesgo y factores de protección .....	30
2.1.4.1 Factores de riesgo .....	31
2.1.4.2 Factores de protección .....	31
2.1.5 Prevención de recaídas.....	31
2.1.6 Modelo de prevención de recaídas de Marlatt .....	32
2.1.6.1 Identificación y prevención de las precipitantes de las recaídas.....	32
2.1.6.2 Descripción de la Terapia de Prevención de Recaídas de Marlatt.....	34
2.1.7 Apoyo social .....	35
2.1.7.1 Dimensiones del apoyo social.....	36
2.1.7.1.1 Apoyo estructural o cuantitativo.....	36
2.1.7.1.2 Apoyo funcional o cualitativo.....	36
2.1.8 Modelos y teorías de enfermería .....	37
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO .....	43
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	44
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	44
3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	44
3.3.1 Población .....	44
3.3.2 Muestra .....	44
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....	46

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	46
3.4.1 Validez del cuestionario .....	47
3.4.2 Confiabilidad del cuestionario.....	47
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	48
3.7 PLAN PILOTO .....	67
CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE DATOS.....	68
CAPÍTULO V DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	86
5.1 Discusión e interpretación de resultados.....	87
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	96
6.1 CONCLUSIONES .....	97
6.2 RECOMENDACIONES.....	98
BIBLIOGRAFIA .....	99
ANEXOS .....	106
ANEXO N° 1 DEDICATORIA .....	106
ANEXO N° 2 AGRADECIMIENTO .....	107
ANEXO N° 3 PLAN PILOTO.....	109
ANEXO N° 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO E INSTRUMENTO .....	121
ANEXO N°5 DECLARACIÓN JURADA .....	129
ANEXO N°6 CARTA DE PERMISO DE ASOCIACIÓN 1 .....	130

ANEXO N° 7 CARTA DE PERMISO DE ASOCIACIÓN 2 .....	131
ANEXO N° 8 CARTA DE TUTOR .....	132
ANEXO N°9 CARTA DEL LECTOR.....	133
ANEXO N°10 CARTA DEL FILÓLOGO .....	134
ANEXO N°11 CARTA DE LA UNIVERSIDAD .....	135

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Criterios de inclusión y exclusión.....	46
Tabla N° 2 Distribución porcentual de la población según uso de enjuague bucal y uso de hilo dental, Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.....	79
Tabla N° 3 Distribución porcentual de la población según motivo que lo hizo reincidir en el consumo de drogas, Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.....	82

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Distribución porcentual de la población según edad, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	69
Figura N° 2. Distribución porcentual de la población según escolaridad, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	70
Figura N° 3. Distribución porcentual de la población según estado civil, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	70
Figura N° 4. Distribución porcentual de la población según ocupación, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	71
Figura N° 5. Distribución porcentual de la población según antecedentes personales, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	71
Figura N° 6. Distribución porcentual de la población según antecedentes familiares programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	72
Figura N° 7. Distribución porcentual de la población según hábitos alimenticios, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	72
Figura N° 8. Distribución porcentual de la población según hábitos alimenticios programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	73
Figura N° 9. Distribución porcentual de la población según tiempos de comida que realiza al día, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	73
Figura N° 10. Distribución porcentual de la población según porciones de fruta que come al día, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	74
Figura N° 11. Distribución porcentual de la población según porciones de verduras que come al día, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	74

Figura N° 12. Distribución porcentual de la población según cantidad de agua que consume al día, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.....	75
Figura N° 13. Distribución porcentual de la población según hábitos alimenticios, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.....	75
Figura N° 14. Distribución porcentual de la población según actividad física, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.....	76
Figura N° 15. Distribución porcentual de la población según actividad física, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.....	76
Figura N° 16. Distribución porcentual de la población según actividad física, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.....	77
Figura N° 17. Distribución porcentual de la población según actividad física, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.....	77
Figura N° 18. Distribución porcentual de la población según hábitos de higiene personal, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.....	78
Figura N° 19. Distribución porcentual de la población según hábitos de higiene personal, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018, GAM.	78
Figura N° 20. Distribución porcentual de la población según cambio del cepillo dental, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.....	79
Figura N° 21. Distribución porcentual de la población según visitas al odontólogo, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.....	80
Figura N° 22. Distribución porcentual de la población según frecuencia con la que visita los lugares donde solía consumir drogas, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	80

Figura N° 23. Distribución porcentual de la población según si ha vuelto a salir con las personas con las que solía consumir drogas. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	81
Figura N° 24. Distribución porcentual de la población según reincidencia en el consumo de drogas, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	81
Figura N° 25. Distribución porcentual de la población según tiempo de abstinencia, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	84
Figura N° 26. Distribución porcentual de la población según tiempo que no consume nuevamente alguna droga, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	84
Figura N° 27. Distribución porcentual de la población según apoyo social percibido, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	85
Figura N° 28. Distribución porcentual de la población según apoyo social percibido global, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018. ....	85

## RESUMEN

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, una familia o un grupo para cuidar de su salud. Prevención de recaídas es un término genérico que se refiere a un amplio rango de estrategias cognitivas y conductuales diseñadas para impedir recaídas en el área de los comportamientos adictivos. **Objetivo general:** determinar las prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según la reincidencia, en la Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre, 2018. **Marco metodológico:** el enfoque de la presente investigación es cuantitativo. Es de tipo descriptivo. Se realiza con una muestra de 100 personas que acuden a programas del IAFA. **Resultados:** el total de la población encuestada es del sexo masculino, reside en San José, el rango de edad de la mayoría es entre 28 y 37 años, la mayor parte de las personas encuestadas son solteras. **Discusión:** es necesario desarrollar habilidades personales, para crear prácticas de autocuidado para la salud y mantener un estilo de vida saludable y, así, un nivel óptimo de bienestar. Las personas encuestadas realizan algunas de las prácticas de autocuidado en salud. Sin embargo, al aplicar los cuestionarios se puede observar el deterioro en algunos aspectos de la salud, como mala salud bucodental, mala condición física, daños emocionales o conflictos personales y familiares, ya sea con los padres, los hermanos o la pareja sentimental. Todo individuo necesita sentir apoyo de las personas que lo rodea y saber que los demás tienen disponibilidad para apoyarlos emocional y materialmente. **Conclusiones:** las personas que sufren algún tipo de adicción son personas con un déficit en el autocuidado de la salud, puesto que, al estar sumergidos en la adicción, descuidan su alimentación, ya que, en algunos casos,

solo realizan un tiempo de comida o a veces ninguno. Así mismo, la higiene personal, la actividad física o la salud bucodental las dejan a un lado.

Palabras clave: prácticas de autocuidado en salud, apoyo social percibido, prevención de recaídas, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

## ABSTRACT

Self-care refers to the daily practices and decisions made by a person, a family or a group to take care of their health. Relapse prevention is a generic term that refers to a wide range of cognitive and behavioral strategies designed to prevent relapses in addictive behaviors.

**Objetivo general:** determinar las prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según la reincidencia, en la Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre, 2018. **Methodological framework:** the focus of the present investigation is

quantitative. It is descriptive. It is done with a sample of 100 people who attend IAFA programs

**Results:** the total of the surveyed population is male, resides in San José, the age range of the

majority is between 28 and 37 years, most of the people surveyed are single. **Discussion:** it is

necessary to develop personal skills, to create self-care practices for health and maintain a

healthy lifestyle and, thus, an optimal level of well-being. The people surveyed perform some

of the self-care practices in health. However, when applying the questionnaires, you can observe

the deterioration in some aspects of health, such as bad oral health, bad physical condition,

emotional damage or personal and family conflicts, either with the parents, the siblings or the

sentimental partner. Every individual needs to feel support from the people around him and

know that others are available to support them emotionally and materially. **Conclusions:** people

who suffer addiction are people with a deficit in self-care of health, since, being submerged in

addiction, they neglect their food, since, in some cases, they only make a meal time or

sometimes none. Likewise, personal hygiene, physical activity or oral health leave them aside.

Key words: self-care practices in health, perceived social support, relapse prevention, Institute on Alcoholism and Drug Dependence.

**CAPÍTULO I**  
**EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

#### **Antecedentes internacionales**

En el presente trabajo de investigación se realiza una recopilación de los principales antecedentes a nivel internacional. Luego de la revisión de diversas investigaciones realizadas a nivel internacional, se examina una serie de trabajos en relación con los factores de riesgo ante la recaída en la drogadicción, así como la importancia del apoyo social en el proceso de recuperación de una persona que sufre adicciones.

Muñoz y Graña<sup>1</sup> llevan a cabo un estudio en España el año 2001, en el cual analizan la influencia y el peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Las variables estudiadas están relacionadas con la estructura y la composición familiar, la existencia de normas de convivencia familiar, la naturaleza de la relación familiar, la vinculación afectiva, la comunicación familiar, el nivel de conflicto familiar y, finalmente, las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

El total de participantes es de 1570 adolescentes de ambos sexos (54,4 % hombres y 45,6 % mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años (edad media de 15,83 años), pertenecientes a diversos cursos de la educación secundaria, o bien, a primero y segundo de formación profesional. Este trabajo aporta mayor conocimiento sobre las variables familiares implicadas en el inicio del consumo de sustancias, con respecto a la prevención dentro del marco familiar, la elaboración de programas ajustados a la realidad de los más jóvenes y la

responsabilidad de los padres para prevenir el consumo de drogas en sus hijos; no cuando ya existe la adicción en el joven.

Martínez y Robles<sup>2</sup> llevan a cabo un estudio en España el año 2001, en el cual el objetivo es conocer el efecto de determinadas variables de protección sobre el consumo de sustancias legales. Se utiliza una metodología cuasiexperimental con un diseño de grupos no aleatorios; la muestra está compuesta por 534 sujetos, el 40,4 % hombres y el 59,6 % mujeres. La edad media es de 16 años y el rango es de entre 14 y 21 años.

Las variables estudiadas son el apego, las normas claras en la familia, el miedo al consumo de drogas, la alta autoestima, la valoración de la salud y el apoyo social, entre otros. Los resultados indican una diferencia en el comportamiento de las variables de protección en función del tipo de sustancia, dado que en el caso del no consumo de alcohol aparecen más variables de protección que en el caso del no consumo de tabaco, por lo que estas variables parecen asociarse más al consumo de alcohol.

Cid-Monckton y Pedrão<sup>3</sup>, en su estudio en Chile el año 2011 sobre factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes, resaltan en sus resultados que el enfermero debe asumir como parte de su rol las intervenciones psicosociales, especialmente en la población escolar ya que, así estarían actuando como agentes de prevención del consumo de drogas. Se trata de una investigación de tipo cuantitativo, transversal con un diseño y análisis descriptivo, aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Valparaíso. El universo del estudio está integrado por adolescentes del género femenino, de 1° a 4° año de enseñanza media, con un total de 400 personas cuyas edades varían entre 14 y 19 años, pertenecientes a un establecimiento de Educación Superior Fiscal de la Quinta Región en Chile.

Los factores de mayor riesgo son el modo de enfrentar los problemas y, dentro de ellos, se identifican la falta de apoyo religioso, las dificultades de comunicación intrafamiliar, y el tipo y las características de la familia. Los factores de menor riesgo son los valores, como el esfuerzo personal. Es importante destacar el espacio profesional para enfermería en el área de la prevención del consumo de drogas, que se confirma con esta investigación, efectuada en el ámbito de la educación, donde se puede trabajar reforzando y estimulando las actitudes y los aspectos de la personalidad conducentes a evitar el consumo de drogas, como son el autoconocimiento, la autoestima, la comunicación y la resiliencia<sup>3</sup>.

Un estudio en Chile, efectuado por Garmendia, Alvarado, Montenegro, y Pino<sup>4</sup> en el año 2008, indaga en el apoyo social como un factor protector de la recaída del consumo de drogas en pacientes que han alcanzado la abstinencia del consumo tras seis meses de tratamiento. Se encuentra que, por cada punto de incremento en la escala de autopercepción de apoyo social, el riesgo de recaída disminuye en tres puntos porcentuales. Se estudia una cohorte cuya característica común es el logro de la abstinencia de consumo previo a su egreso del tratamiento. En este caso, son usuarios egresados de programas de tratamiento ambulatorios y residenciales de centros públicos y privados de las regiones Quinta, Sexta y Metropolitana de Chile, financiados por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE).

Parra, Santos y Serrano realizan un estudio en Colombia el año 2013, en el cual se busca prevenir la recaída de personas alcohólicas, quienes han estado en tratamiento o rehabilitación por determinado tiempo. “Plantea cómo, desde el modelo humanista existencial, se puede llegar a la prevención de recaídas a partir de la resignificación del estilo de vida y proyecto personal, con el fin de proporcionar al sujeto herramientas para su funcionamiento cotidiano, en ausencia de control y supervisión referentes al miedo frente a la recaída”<sup>5</sup>

En el año 2010, Rodríguez-Martínez et al.<sup>6</sup> realizan en España un estudio comparativo para determinar el apoyo social en reclusos drogodependientes. En este trabajo se evidencia la importancia del apoyo social, puesto que estos individuos deben superar dos condiciones. Se logra determinar que cuanto mayor sea el apoyo social, más fácil y completa será la reeducación y reinserción social.

Méndez<sup>7</sup> lleva a cabo un estudio en Portugal en el año 1999 que muestra que, para lograr una prevención de drogadicción a nivel familiar, se debe tener conocimiento de las diferentes realidades familiares, su relación y su correlación con el consumo de sustancias psicoactivas, además de que es importante lograr determinar los factores de riesgos y los factores protectores que pueden existir a nivel familiar. Por lo tanto, es de suma importancia investigar sobre los programas que existen y las acciones que debe realizar la familia.

Moral Jiménez et al.<sup>8</sup>, en el año 2004 en España, ejecutan un estudio en el cual buscan promover cambios en las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas del colectivo de adolescentes que han participado en el estudio longitudinal llevado a cabo. Se procede a comprobar la eficacia preventiva de cuatro programas de intervención psicosocial calificados como intervención familiar, experto, informativo y de sensibilización básica. Mediante la implementación de propuestas educativas-preventivas en el ámbito académico, han de atenderse las necesidades reales y percibidas de los adolescentes implicados en la experimentación con sustancias psicoactivas.

Fernández, en el año 2009, realiza un estudio en Cuba en el cual menciona lo siguiente:

El modelo para la dinámica de la prevención de la drogadicción en el proceso de formación del Profesor General Integral de Secundaria Básica aborda la problemática referida a las limitaciones que se observan en la práctica pedagógica, en lo relacionado con las insuficiencias que presentan los Profesores Generales Integrales de la Educación Secundaria Básica para lograr una adecuada prevención de este flagelo, lo cual limita su trabajo formativo<sup>9</sup>.

Los estudios teóricos en torno a la prevención han estado dirigidos desde diferentes contextos de actuación, tales como la familia, la escuela y la comunidad, sin que exista una integración de dichos factores sociales, en unión mancomunada de acciones, para prevenir la drogadicción.

### **Antecedentes nacionales**

Se lleva a cabo una revisión sobre investigaciones vinculadas con el tema en estudio; se encuentran pocos estudios en relación directa a las prácticas de autocuidado en salud y el apoyo social percibido para la prevención de recaídas en personas farmacodependientes. Sin embargo, a nivel nacional hay estudios sobre factores de riesgos para prevenir recaídas en el consumo de drogas o factores de riesgo socioculturales, entre otros.

Jiménez<sup>10</sup>, en el año 2015, realiza un estudio correlacional entre factores de riesgo de recaídas en el consumo de drogas y situaciones precipitantes para estas recaídas, así como habilidades de afrontamiento, autoeficacia, confianza situacional, apoyo social percibido, regulación emocional, depresión, ansiedad y estrés. El estudio tiene como objetivo principal determinar los factores de riesgo asociado a las recaídas en el consumo de drogas en adolescentes que han

recibido tratamiento en el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad, del Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

En el año 2015, Alvarado<sup>11</sup> lleva a cabo un estudio en relación con los factores de riesgo socioculturales para consumir drogas psicoactivas. La investigación es de tipo cuantitativo y descriptivo, con diseño no experimental. En dicha investigación, en cuanto a los factores de riesgo, se concluye que, en el entorno familiar, el 51 % de los jóvenes viven con un solo progenitor, el 24 % de las madres consumen algún tipo de droga y el 30 % de los jóvenes han probado algún tipo de droga; el 78 % de los jóvenes que han consumido droga lo hicieron antes de los 15 años.

Chacón<sup>12</sup>, en el año 2015, ejecuta una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal no experimental. Los datos se obtienen mediante una encuesta a estudiantes. Dicho estudio tiene como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas licitas e ilícitas; al finalizar el estudio, se concluye que la mayoría de los estudiantes que presentan problemas de comportamiento en sus horas de estudio consumen algún tipo de droga. Las drogas más consumidas son el alcohol, la marihuana y el tabaco. Los estudiantes que reciben una mesada de entre 15000 y 25000 colones consumen algún tipo de droga. Asimismo, se concluye que el estado civil de los padres influye en el consumo de droga.

En el año 2016, García<sup>13</sup> realiza un estudio sobre la depresión, la ideación suicida y su relación con el consumo de drogas. La investigación se lleva a cabo mediante un diseño de estudio de tipo cuantitativo, observacional no experimental transversal, ya que se estudia la población en un momento específico. Al concluir el estudio, se destaca que la mayoría de los internos de los diferentes centros del IAFA son solteros con bajos niveles académicos. Al igual que en el estudio de Chacón anteriormente mencionado, se identifican como principales drogas

consumidas el alcohol, el tabaco y la marihuana. Además, se establece una relación entre el uso de drogas y la ideación suicida, puesto que más de la mitad de las pacientes presentan ideas y pensamientos suicidas. También se identifica que los usuarios no reciben un adecuado abordaje, debido a la ausencia de protocolos que indiquen su manejo en los centros.

Mora Barrantes y Torres Vargas<sup>14</sup> llevan a cabo una investigación en el año 2007. Dicho trabajo se enfoca en la construcción de estilos de vida saludables para usuarios drogodependientes; se trabaja con cuatro unidades temáticas sobre estilos de vida saludables mediante una metodología participativa. Se determina que la información brindada a través de los temas abordados, como la autoestima y la sexualidad, pueden considerarse como estrategias para prevenir recaídas.

Arias Salazar<sup>15</sup> realiza un estudio el año 2008 acerca de la incidencia del programa “Aprendo a valerme por mí mismo” en la prevención del consumo de drogas. El estudio es de tipo descriptivo y utiliza la técnica del cuestionario; al finalizar el estudio, se determina que el programa llega a los estudiantes como una herramienta para conocer y prevenir el consumo de drogas.

### **1.1.2 Delimitación del problema**

El presente trabajo de investigación se realiza con usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, ubicados en la Gran Área Metropolitana (GAM), con el objetivo de determinar las prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido, para prevenir recaídas y compararlas según reincidencia. Se realiza con una muestra de 100 personas, durante el I cuatrimestre del 2018.

### **1.1.3 Justificación**

El proceso que atraviesan las personas que sufren adicciones es largo. En este, la persona drogodependiente debe aprender continuamente para así prevenir las recaídas, puesto que el consumo de drogas trae consecuencias que representan un problema social y de salud pública a nivel mundial. El presente estudio sobre las prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido para prevenir recaídas en drogadicción surge a raíz del alto número de personas atendidas en los diferentes programas de Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>16</sup> organiza el Foro mundial sobre alcohol, drogas y comportamientos adictivos, cuyo objetivo principal es mejorar las acciones de salud pública en estos ámbitos mediante el fortalecimiento de las alianzas y la colaboración entre las organizaciones, las redes y las instituciones orientadas hacia la salud pública en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

El foro sirve de plataforma para el debate de diversas formas estructurales en torno a tres ejes temáticos principales, que son mencionados a continuación<sup>16</sup>:

- Control del consumo de alcohol y aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud.
- Dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas con especial atención en las recomendaciones operacionales relacionadas con la salud, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas durante el periodo extraordinario de sesiones sobre el problema mundial de las drogas.

- Repercusiones en la salud pública de los comportamientos adictivos.

La drogadicción es un tema de salud pública, ya que el consumo de drogas afecta la salud a nivel físico y mental. El objetivo de los profesionales de la salud es lograr un nivel máximo en la salud, disminuir los daños o prevenir los daños que puede sufrir la población en general. En este caso en específico, la drogadicción es un problema de salud pública, puesto que la adicción genera daños a nivel del sistema nervioso central y sistema respiratorio, así como otras enfermedades adquiridas a través de la vía de administración de la droga, entre las cuales se pueden mencionar el VIH/SIDA y la hepatitis B, que se transmiten al compartir la aguja con que se administran algunas drogas. Otras de las enfermedades que se pueden señalar es la cirrosis, la cual daña el hígado, así como otras enfermedades a nivel mental, como la depresión, la ansiedad, las tendencias paranoicas, las alucinaciones o la ideación suicida.

La drogadicción se debe abordar de una forma integral; por lo tanto, debe participar un equipo interdisciplinario para lograr una rehabilitación exitosa. Al realizar un abordaje integral de la forma adecuada, cada usuario se beneficia al lograr una recuperación de la mano del personal de salud y se beneficia la familia del usuario, puesto que la drogadicción no daña solamente al consumidor, sino que también afecta a su familia.

Las funciones de los profesionales de enfermería son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Por lo tanto, es de suma importancia realizar un estudio de las prácticas de autocuidado en salud y el apoyo social percibido para evitar recaídas en drogadicción, ya que no solo se debe tratar a las personas que tienen un problema de salud físico; la drogadicción también debe prevenirse desde temprana edad, así como las recaídas en personas que forman parte de un programa de rehabilitación

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según la reincidencia, en la Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre, 2018?

## **1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar las prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según la reincidencia, en la Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre, 2018.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Describir los aspectos sociodemográficos de los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según la reincidencia, en la Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre, 2018.

Identificar las prácticas de autocuidado en salud para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según la reincidencia, en la Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre, 2018.

Identificar el apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según la reincidencia, en la Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre, 2018.

Comparar las prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según la reincidencia, en la Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre, 2018.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

La forma de entender el cuidado, su significado, practicarlo y asumir la responsabilidad es una construcción cultural que se materializa en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado. En la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas genera desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica. Ellos lo llaman “el cultivo de sí”, y valora y enfatiza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo.

La tradición judeocristiana, en las prácticas de cuidado, fomenta la práctica de la castidad, al pasar de una preocupación centrada en el cuerpo hacía unos cuidados centrados en el espíritu. Los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina, también influyen en el concepto y las formas de promover el cuidado.

### **2.1.1 Prácticas de autocuidado en salud**

El cuidado es un acto tanto intelectual y teórico como práctico. Tobón define el concepto de cuidar de la siguiente forma:

Cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional y única, que sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica ‘estar con’ la persona (s) a quien (es) se cuida. Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energizante y de mutuo beneficio<sup>17</sup>.

Para cuidar la vida y la salud, es necesario el desarrollo de habilidades personales para optar por decisiones saludables, puesto que las habilidades personales determinan el estilo de vida de las personas y su manera de cuidarse. El término estilo de vida se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, los hábitos y las prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente en la salud<sup>17</sup>. En el proceso de cuidar la vida y la salud, se dan tres tipos de cuidados: cuidado o asistencia a otros (los cuidamos), cuidado entre todos (nos cuidamos) y cuidado de sí (me cuido).

A continuación, se describe de forma más amplia el concepto de autocuidado, el cual se relaciona estrechamente con el concepto de promoción de la salud. En la Primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud, en Ottawa, Canadá, se señala lo siguiente:

la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.<sup>18</sup>

Tobon<sup>17</sup> señala que

el autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad;

ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres humanos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir.

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran<sup>17</sup>:

- Alimentación adecuada a las necesidades
- Medidas higiénicas
- Manejo del estrés
- Habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales
- Ejercicio y actividad física requeridas
- Habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos
- Seguimiento para prescripciones de salud
- Comportamientos seguros
- Recreación y manejo del tiempo libre
- Diálogo
- Adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.

### **2.1.2 Droga**

El diccionario Ibalpe 2003<sup>19</sup> define el término droga como “nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en medicina, en la industria o en las bellas artes. Sustancia capaz de originar toxicomanía. Medicamento (psicofármaco)”.

Droga, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) del individuo y, además, es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Así mismo, las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo<sup>20</sup>.

La OMS hace referencia a toda sustancia; es decir, sea legal o ilegal, se considera droga. Por ejemplo, el tabaco y el alcohol son sustancias de acceso legal. Las drogas se pueden administrar por diferentes vías, como vía oral, inhalada, la vía endovenosa o fumada. Las drogas tienen efectos estimulantes, depresores y alucinógenos en el SNC. Por lo tanto, las personas que consumen drogas son susceptibles a desarrollar dependencia psicológica, física o ambas.

### **2.1.3 Drogadicción**

Los científicos estudian los efectos que las drogas tienen en el cerebro y el comportamiento humano, y usan esta información para desarrollar programas para prevenir el abuso de drogas y ayudar a las personas a recuperarse de la adicción. En su libro, Volkow<sup>21</sup> define la adicción como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y su funcionamiento. Estos cambios pueden durar mucho tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas.

La adicción es parecida a otras enfermedades, como las enfermedades del corazón. Ambas interrumpen el funcionamiento normal y saludable del órgano subyacente, tienen serias consecuencias dañinas, son prevenibles, tratables y, si no se tratan, pueden durar toda la vida. Al inicio del consumo de las diversas drogas, algunas personas perciben efectos positivos, y creen que pueden controlar su uso; sin embargo, las drogas pueden apoderarse rápidamente de sus vidas. La vulnerabilidad a la adicción varía de una persona a otra; cuantos más factores de riesgo se tengan, mayor es la probabilidad de que el consumo de drogas se convierta en abuso y adicción. En cambio, los factores de protección reducen el riesgo de desarrollar una adicción<sup>21</sup>.

#### **2.1.4 Factores de riesgo y factores de protección**

El aumento del consumo de drogas en los últimos años es el motivo por el cual diferentes entidades buscan soluciones, con especial énfasis en la prevención; por lo tanto, los conceptos de factor de riesgo, factor de protección y prevención están relacionados.

Clayton 1992, citado por Pedrosa<sup>22</sup>, define “un factor de riesgo como una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno”. Estas características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento. “Los factores de protección son aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado”. En relación con el consumo de drogas, los factores de protección reducen, inhiben o atenúan la probabilidad del uso de sustancias.

Al conocer los factores de riesgo y de protección, se puede determinar una estrategia específica para la prevención del consumo de drogas. A continuación, se mencionan los factores de riesgo y protección según Volkow<sup>21</sup>.

#### **2.1.4.1 Factores de riesgo**

- Comportamiento agresivo temprano
- Habilidades sociales deficientes
- Falta de supervisión de los padres
- Abuso de sustancias
- Disponibilidad de drogas
- Pobreza

#### **2.1.4.2 Factores de protección**

- Autocontrol
- Relaciones positivas
- Vigilancia y apoyo de los padres
- Suficiencia académica
- Políticas contra el uso de drogas
- Apego fuerte al vecindario

#### **2.1.5 Prevención de recaídas**

La recaída es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas. Por lo tanto, comprender la naturaleza de las recaídas y cuáles son los factores de riesgo o de protección de estas es fundamental para desarrollar intervenciones y valorar su eficacia.

Denovan 1996, citado por Luengo, Romeroy Gómez<sup>23</sup>, considera las recaídas como un proceso que gradualmente e insidiosamente lleva la iniciación del consumo de sustancia, un evento discreto que se define por la caída o la vuelta al consumo de la sustancia, la vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento, el consumo diario de la sustancia durante un determinado periodo temporal y una consecuencia que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento.

Donovan 2005, citado por Chávez, define prevención de recaídas del siguiente modo:

es un término genérico que se refiere a un amplio rango de estrategias cognitivas y conductuales diseñadas para impedir recaídas en el área de los comportamientos adictivos, para ayudar a las personas que están modificando su comportamiento para mantener los logros que han obtenido durante el curso de un tratamiento de auto-cambio.<sup>24</sup>

### **2.1.6 Modelo de prevención de recaídas de Marlatt**

Una persona con conductas adictivas posee una inclinación a recaer luego de conseguir mantenerse en periodos de abstinencia, como lo indica Marlatt. Los aspectos característicos de ese patrón conductual incluyen un excesivo involucramiento por parte de la persona, una compulsión a continuar, escasa habilidad para controlarlo y una persistencia a pesar de las consecuencias negativas que presenta para el individuo o quienes lo rodean<sup>23</sup>.

#### **2.1.6.1 Identificación y prevención de las precipitantes de las recaídas**

La taxonomía preliminar establecida a partir de primeros estudios con alcohólicos es revisada y ampliada a un sistema de ocho categorías. Luego, se realiza una revisión y se clasifica a su vez en dos grandes grupos intrapersonales e interpersonales.

En las determinantes ambientales-intrapersonales o dentro del individuo, se clasifican episodios de recaída que surgen como respuesta a fuerzas fundamentalmente intrapersonales, ya sea de naturaleza psicológica o física; de ellos, se pueden mencionar el enfrentamiento con estados emocionales negativos, la imposibilidad de resistir la tentación, o bien, las reacciones a situaciones ambientales que han sucedido en un pasado relativamente distante y en los que el factor precipitante no son otras personas, como accidentes o pérdida financiera<sup>23</sup>.

Enfrentamiento con estados emocionales negativos: en esta categoría se integran los episodios de recaída que ocurren cuando el individuo se encuentra en estado emocional desagradable o tiene sentimientos negativos.

Estados físicos o fisiológicos negativos: aquí se incluyen casos en los que la recaída está determinada por reacciones físicas o fisiológicas desagradables o dolorosas. Está relacionada con el consumo anterior de la sustancia e incluye reacciones como el síndrome de abstinencia o dolores, heridas y fatiga, entre otros.

Potenciar estados emocionales positivos: esta categoría hace referencia a los casos en los que se vuelve a consumir la sustancia para aumentar sentimientos de placer, alegría, o libertad.

Poner a prueba el control personal: en este caso, el individuo prueba la sustancia para comprobar que puede hacer un uso moderado o controlado de la sustancia después del tratamiento.

Ceder a la tentación o el impulso de consumir la sustancia: recaídas en la que el principal precipitante es un deseo de realizar la conducta adictiva en ausencia de factores interpersonales relacionados con la presión social y tampoco responde a reacciones físicas asociadas al síndrome de abstinencia.

Las determinantes ambientales: se integran los episodios de recaída cuyos determinantes son de naturaleza interpersonal y la presencia o la influencia de otros individuos (tales como el matrimonio, los amigos, la familia y la presión social), ya sea directa o indirecta, forma parte del evento precipitante de la recaída, que induce al consumo de drogas<sup>23</sup>.

Enfrentarse a conflictos interpersonales: se refiere a un conflicto relativamente reciente asociado con una relación interpersonal, tal como el matrimonio, una amistad, la familia o las relaciones en el contexto laboral. Se divide en dos subcategorías según provoque sentimientos de miedo, tensión, preocupación o ansiedad, y otros sentimientos como la frustración o el enfado.

La presión social al consumo de la sustancia puede ejercerse de forma directa como indirecta. En la presión social directa, una persona o grupo, a través del contacto directo y generalmente verbal, presiona al individuo a consumir o le ofrece la sustancia. En la presión indirecta, el individuo inicia el consumo en respuesta a la observación de una persona o un grupo que usa la sustancia y se la facilita para el consumo.

El incremento de estados emocionales positivos se realiza en situaciones interpersonales de celebración en las que se pretende aumentar los sentimientos de alegría, activación sexual o libertad.

#### **2.1.6.2 Descripción de la Terapia de Prevención de Recaídas de Marlatt**

El modelo cognitivo conductual y la taxonomía de las situaciones de riesgo precipitantes de recaídas sirve como fundamento para el diseño de la terapia de prevención de recaídas, en la que se distinguen dos fases<sup>25</sup>:

Primera fase: Evaluación de las situaciones de alto riesgo de recaídas.

Segunda fase: Una vez que las situaciones de alto riesgo han sido identificadas, el terapeuta trabaja con el individuo para monitorear las habilidades de afrontamiento, la autoeficacia y los factores del estilo de vida que pueden aumentar la probabilidad de que el individuo se encuentre en situaciones de alto riesgo. Se combinan estrategias conductuales con intervenciones cognitivas para prevenir o limitar la ocurrencia de episodios de recaída.

### **2.1.7 Apoyo social**

Los conceptos sobre apoyo social y redes de apoyo social aparecen en la literatura en la década de los cincuenta con John Barnes en 1954 tras la necesidad de explicar aspectos como el acceso a puestos de trabajo, la actividad política y los roles maritales. En la década de los sesenta, con el psiquiatra británico John Bowlby (1969), a través de su teoría del desapego, la cual surge con la necesidad de explicar el cariño de una madre hacia los hijos, en específico, el efecto protector, desde la infancia y durante la vida.

Es de gran relevancia esta conceptualización. Por tanto, a continuación, se cita la definición de apoyo social de Aranday Panda<sup>26</sup> 2013:

- "El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas".
- "La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y los quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas".
- "Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia".

- "La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas".
- "El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros". Esto se da a partir de la confianza que exista en la relación.

### **2.1.7.1 Dimensiones del apoyo social**

Tradicionalmente, se han definido dos dimensiones del apoyo social: apoyo social estructural o cuantitativo, y el apoyo social funcional o cualitativo.

#### **2.1.7.1.1 Apoyo estructural o cuantitativo**

El apoyo estructural o cuantitativo también es conocido como red social. Se refiere a la cantidad de relaciones sociales o el número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarse a resolver los problemas planteados; por ejemplo, familiares, amigos, cónyuges o pares, además de la interconexión entre estas redes<sup>27</sup>. Esta red social tendrá determinadas características en cuanto al tamaño, la frecuencia de contactos, la composición, la densidad, el parentesco, la homogeneidad y la fuerza.

#### **2.1.7.1.2 Apoyo funcional o cualitativo**

Este apoyo tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte.

Cobb, citado por Pacheco, Rodríguez y Castro<sup>27</sup>, concibe el apoyo funcional o cualitativo como la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, y que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

Sus componentes más importantes son el apoyo emocional, informativo, instrumental y afectivo y la interacción social positiva<sup>27</sup>:

- Apoyo emocional: relacionado con el cariño y la empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.
- Apoyo informativo: se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.
- Apoyo instrumental: es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.
- Apoyo afectivo: se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.
- Interacción social positiva: la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas personas para distraerse, divertirse, etc.

### **2.1.8 Modelos y teorías de enfermería**

La teoría de enfermería se debe implementar en el quehacer de la enfermería para tener bases teóricas y una aplicación científica para dar un abordaje integral y personalizado de acuerdo con las necesidades del usuario. En el presente trabajo de investigación se aplica la teoría general de enfermería de la teorizante Dorothea Elizabeth Orem.

#### **2.1.8.1 Teoría del déficit del autocuidado.**

Dorothea Elizabeth Orem nace en Baltimore, Maryland, en 1914. Es una de las enfermeras americanas más destacadas. Inicia su carrera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, D.C., donde recibe un diploma de enfermera al principio de la década de 1930.

Las primeras experiencias enfermeras de Orem incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicios privados a nivel domiciliario y hospitalario en unidades pediátricas y de adultos. Orem tiene como meta mejorar la calidad de enfermería en los hospitales generales. En 1957 se traslada a Washington, D.C., donde trabaja en el Office of Education, en el U.S. Department of Health, Education and Welfare como asesora de programas de estudio.

Orem 2001, citado por Alligood y Tomey<sup>28</sup>, afirma que “la enfermería es una misión práctica, pero una misión práctica a la que se dedican personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica enfermera”. Lo anterior hace referencia a la profesión de enfermería como una profesión que combina estrechamente la parte práctica con la parte teórica. De esta manera, se puede dar la atención adecuada a cada paciente en el momento ideal.

Orem identifica en su teoría los principales conceptos. Algunos de estos se detallan a continuación.

#### **2.1.8.2 Autocuidado**

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades de las personas maduras, o que están madurando, inician o llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y de desarrollo.<sup>32</sup>

Cada persona tiene la responsabilidad de cumplir con ciertas actividades para mantener su estado de salud en condiciones óptimas. La población en estudio no realiza las prácticas de autocuidado para mantener un funcionamiento adecuado, puesto que el consumo de los

diferentes tipos de sustancias adictivas, ya sea alcohol, tabaco, marihuana u otras, puede causar afecciones físicas y mentales.

### **2.1.8.3 Cuidado dependiente**

Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.<sup>28</sup>

En muchos casos, las personas con adicciones son dependientes de otras para poder satisfacer sus necesidades; sea porque presentan alguna afección secundaria al consumo prolongado de diversas sustancias, o porque en el momento no tienen la capacidad de cuidarse, debido a los efectos mentales de la droga que consumen.

### **2.1.8.4 Requisitos de autocuidado universal**

Los objetivos requeridos universalmente que debe alcanzar mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y humana en las diversas etapas del ciclo vital.<sup>28</sup>

Orem propone ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

- El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- La provisión de cuidados asociado con los procesos eliminación
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso

- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

“La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.”<sup>28</sup> Orem propone ocho requisitos para el mantenimiento de la salud; sin embargo, la población en estudio no los cumple, puesto que, en el momento de que las personas son víctimas de las adicciones, su principal objetivo es conseguir drogas para consumir. Los demás, tales como la higiene personal, el consumo de agua, la alimentación, el descanso, la realización de actividades físicas o las relaciones interpersonales satisfactorias, pasan a segundo plano. Tampoco se preocupan por evitar los peligros a los que se exponen.

#### **2.1.8.5 Déficit de autocuidado**

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.<sup>28</sup>

En esta población, se puede identificar un déficit de autocuidado, ya que los integrantes no cumplen los requisitos de autocuidado universal, como el de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano; esto porque, al consumir sustancias adictivas, pueden

perder el conocimiento o la consciencia de los actos que realizan, lo cual los puede llevar a situaciones de peligro, o situaciones que no pueden controlar. No obstante, ellos no solo incumplen un requisito de autocuidado universal, sino también otros requisitos, puesto que, en ocasiones, no son capaces de realizar las actividades de la vida diaria, tales como la higiene personal, la alimentación adecuada, el consumo de agua adecuado o la realización de actividad física, entre otras.

#### **2.1.8.6 Actividad enfermera**

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.<sup>28</sup>

La visión que tenga cada profesional de enfermería influye en las decisiones que toma para satisfacer las necesidades de cada persona. Sin embargo, la enfermería es una profesión con fundamentos científicos, fundamentos que, sin importar la visión de cada profesional, deben ser puestos en práctica. Se sabe que la enfermería es una profesión de gran importancia en la salud del país; esto porque se desenvuelve en todas las etapas de la vida del ser humano, ya sean niños, adultos o adultos mayores, así como personas con capacidades especiales.

El profesional de enfermería tiene la capacidad de abordar a personas con diferentes problemas de adicción, puesto que la enfermería promueve la salud, previene las enfermedades y está presente en los procesos de rehabilitación. Es así como la enfermería puede brindarle las

herramientas adecuadas a la población en estudio, a sus familias y la comunidad. Orem etiqueta su teoría del déficit del autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías:<sup>28</sup>

- Teoría de autocuidado, que describe por qué y cómo las personas se cuidan de sí mismas.
- Teoría del déficit del autocuidado, que describe y explica cómo la enfermera puede ayudar a la gente.
- La teoría general de enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

El enfoque de esta tesis es cuantitativo, puesto que se miden las variables de investigación con datos y valores numéricos, y se realiza un análisis de la información.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es de tipo descriptivo, porque explora cómo son o cómo se manifiestan las variables, y realiza un registro de los datos obtenidos.

### **3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

#### **3.3.1 Población**

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia<sup>29</sup>, en el 2015, brinda valoración psicosocial emergente y orientación a 2 600 personas; en desintoxicación, 14 000 atenciones; y en seguimiento se brindan 16 200 atenciones. Es decir, por año, se atiende, en promedio, a 14 800 personas consumidoras.

#### **3.3.2 Muestra**

El cálculo de la muestra se realiza por medio de una formula estadística que utiliza la población total. En dicha formula, N es la población, n es la muestra un subconjunto de N, Z es factor de confiabilidad, P es 0,5, Q es 1 – P es decir 0,5, d es el margen de error permisible. En el presente trabajo de investigación se utiliza la formula en la cual si se conoce el tamaño de la población.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2}$$

$$d^2(N-1) + Z^2PQ$$

n = ?

N = 32800

Z = 95 % (1,96)

P = 0.5

Q = 0,5

d = 0,1

$n = \frac{32800 (1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,1)^2 (32800-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$

n = 103,32

El valor de la muestra es de 103,32, según la fórmula aplicada anteriormente, con una población de 32 800, factor de confiabilidad 95 % y un margen de error del 0,1.

### 3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión se establecen con el objetivo de obtener una fuente de información adecuada para la presente investigación.

**Tabla N° 1 Criterios de inclusión y exclusión**

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Personas con algún tipo de adicción.	No estar en ningún programa de rehabilitación para personas con alguna adicción.
Estar o haber estado en los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.	Personas menores de edad.
Residir en la Gran Área Metropolitana.	

Fuente: elaboración propia, 2018.

## 3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de datos se realiza por medio de un instrumento en el cual una parte se elabora para recolectar los datos sociodemográficos y los datos de las prácticas de autocuidado para prevenir recaídas; en la segunda parte hay un cuestionario existente llamado el cuestionario Medical Outcomes Study (“Cuestionario MOS”), el cual permite medir el apoyo social percibido. En dicho cuestionario, se evalúan cuatro dimensiones: apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental o material (ítems 2, 5, 12 y 15), apoyo de interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20).

Las dimensiones mencionadas anteriormente se miden con la escala de Likert, la cual se describe a continuación:

Nunca (1)

Pocas veces (2)

Algunas veces (3)

La mayoría de veces (4)

Siempre (5)

### **3.4.1 Validez del cuestionario**

En el cuestionario MOS se valida la estructura factorial tanto para cuatro como para tres componentes<sup>30</sup>

### **3.4.2 Confiabilidad del cuestionario**

La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa = 0,97) y para las subescalas oscila entre 0,91 y 0,96.<sup>30</sup>

## **3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño de la presente investigación es no experimental transversal, dado que la recolección de datos se da en un momento específico de tiempo.

### 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento	
Describir los aspectos socio-demográficamente de los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según la reincidencia, en la Gran Área Metropolitana, I	Características socio-demográficas	Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio.	Entrevista sobre preguntas de:  Sexo  Edad  Residencia  Estado civil  Antecedentes personales  Antecedentes familiares	Sexo	Femenino o masculino	¿Cuál es su sexo?	
				Edad	18–27 años		¿Cuál es su edad?
				Residencia	28–37 años		
				Estado civil	38–47 años		
				Antecedentes personales	48–57 años		
				Antecedentes familiares	58–67 años	¿Dónde vive?	
				Residencia	San José		
					Heredia		
					Alajuela		
					Cartago		

<p>cuatrimestre, 2018.</p>				<p>Escolaridad</p>	<p>Primaria completa</p> <p>Primaria incompleta</p> <p>Secundaria completa</p> <p>Secundaria incompleta</p> <p>Universidad completa</p> <p>Universidad incompleta</p> <p>Técnico</p>	<p>¿Cuál es su escolaridad?</p>
				<p>Estado civil</p>	<p>Otro _____</p>	

				Ocupación	Casado (a) Soltero (a) Unión libre Divorciado (a) Viudo (a)	¿Cuál es su estado civil?
				Antecedentes personales	Estudia Trabaja Estudia y trabaja Pensionado (a) Ninguno Diabetes Mellitus Hipertensión arterial	¿Cuál es su ocupación?       ¿Usted padece alguna de las



					<p>Enfermedad Coronaria</p> <p>Enfermedad Cerebro-vascular</p> <p>EPOC</p> <p>Asma</p> <p>Neumonía</p> <p>Hep.B</p> <p>Hep. C</p> <p>VIH/SIDA</p>	<p>alguna de las siguientes enfermedades?</p>
--	--	--	--	--	---	---

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar las prácticas de autocuidado en salud para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según la reincidencia, en la Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre, 2018.	Prácticas de autocuidado en salud	Acción de cuidar. Ocuparse de una persona, animal o cosa que requiere de algún tipo de atención o asistencia, estando pendiente de sus necesidades y proporcionándole lo necesario para que esté bien o esté en buen estado.	Entrevista sobre hábitos de vida saludable	Alimentación	Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca  Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces Nunca	¿Usted come despacio?          ¿Usted come sentado?

					1	¿Cuántos
					2	tiempos de
					3	comida
					4	realiza?
					5 o más	
					1	¿Cuántas
					2	porciones de
					3	frutas come al
					4	día?
					5 o más	
						¿Cuántas
					1	porciones de
					2	verduras come
					3	al día?
					4	

					5 o más	¿Cuántos vasos de agua bebe al día?
					1-2	
					3-4	
					5-6	
					7-8	
					9 o más	¿Cuántas veces a la semana come “comida rápida”?
					1-2	
					3-4	
					5 o más	¿Realiza actividad física?
					Sí	

				Actividad física	No	¿Cuántos días a la semana realiza actividad física?
					1-2 días a la semana	
					3-4 días a la semana	
					5-6 días a la semana	¿Cuántas horas al día realiza actividad física?
					7 días a la semana	
					1-2 horas	
					3-4 horas	De las siguientes actividades
					5 o más	

					<p>físicas, ¿cuáles realiza?</p> <p>Caminar</p> <p>Correr</p> <p>Nadar</p> <p>Ciclismo</p> <p>Baile</p> <p>Fútbol</p> <p>Baloncesto</p> <p>Otro ____</p> <p>Sí</p> <p>No</p>	<p>¿Se ducha todos los días de la semana?</p> <p>¿Considera importante el aseo bucal?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del</p>
				Higiene personal		

					<p>Sí</p> <p>No</p> <p>Una vez</p> <p>Dos veces</p> <p>Tres veces</p> <p>Otro _____</p> <p>Cada mes</p> <p>Cada dos meses</p>	<p>cepillado dental al día?</p> <p>¿Cada cuánto cambia su cepillo dental?</p> <p>¿Hace uso de hilo dental?</p> <p>¿Hace uso de</p>
--	--	--	--	--	---	--

					<p>Cada tres meses</p> <p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Muy pocas veces</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Algunas veces</p>	<p>enjuague bucal?</p> <p>¿El último año, cuántas veces visitó al odontólogo?</p> <p>¿Con qué frecuencia visita los lugares donde</p>
--	--	--	--	--	--	---

					Muy pocas veces Nunca	solía consumir drogas?
					Una vez Dos veces Tres veces Ninguno	¿Ha vuelto a salir con las personas con las que solía consumir drogas?
				Hábitos de consumo	Siempre Casi siempre Algunas veces Muy pocas veces	¿Cuántas veces ha reincidido en el consumo de drogas?

					<p>Nunca</p> <p>Sí</p> <p>No</p> <p>Una vez</p> <p>Dos veces</p> <p>Tres veces</p> <p>Otro ____</p>	<p>¿Cuál fue el motivo que lo hizo reincidir en el consumo de drogas?</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que consumió algún tipo de droga?</p>
--	--	--	--	--	---	--

					<p>Especifique</p> <p>Hace 1 mes</p> <p>Hace 2 meses</p> <p>Hace 4 meses</p> <p>Hace 8 meses</p> <p>Otro _____</p> <p>Hace 1 mes</p> <p>Hace 2 meses</p>	<p>¿Hace cuánto tiempo que no consume nuevamente alguna droga?</p>
--	--	--	--	--	--	--

					Hace 4 meses	
					Hace 8 meses	
					Otro ____	



			<p>y apoyo afectivo para prevenir recaídas.</p>	<p>Apoyo instrumental o material</p>	<p>quienes lo ayudan a entender las diversas situaciones.</p> <p>Personas que le preparan la comida, lo asisten cuando está en la cama enfermo o cuando requiere ir al medico</p>	<p>Ítems número 2, 5, 12 y 15</p>
--	--	--	---	--------------------------------------	---	-----------------------------------

				<p>Apoyo de interacción social positiva</p>	<p>Personas con quien pasar un buen rato, distraerse y relajarse.</p> <p>Personas que le muestren amor y afecto.</p>	<p>Ítems número 7, 11, 14, 18, 6, 10 y 20</p>
--	--	--	--	---	--	---

### **3.7 PLAN PILOTO**

El plan piloto se aplica al 10 % de la muestra de la población en estudio, lo cual equivale a 10 personas. El cuestionario aplicado tiene un total de 53 preguntas. De estas, 32 preguntas son de elaboración propia sobre aspectos sociodemográficos y prácticas de autocuidado, mientras que 21 son del cuestionario de MOS. El plan piloto se aplica para determinar si el instrumento es de fácil comprensión y, así, identificar posibles errores para luego corregirlos.

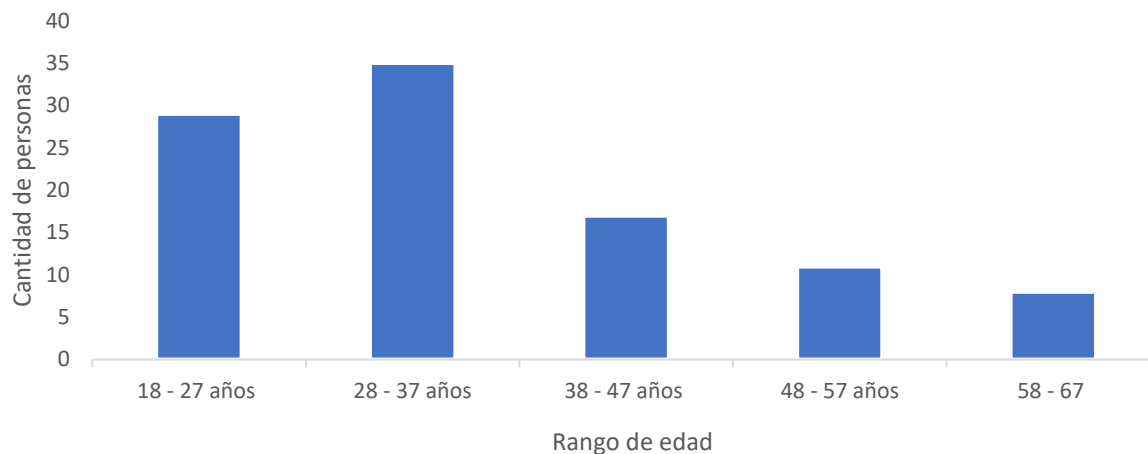
A estas 10 personas se les aplica el cuestionario. Al aplicarlo se encuentran ciertos errores en algunas preguntas. Por ejemplo, los rangos de edad son incorrectos al relacionarlos con la pregunta de ocupación, y en otras preguntas hace falta agregar más opciones de respuestas.

Las soluciones que se dan a los errores encontrados al aplicar el plan piloto son, en primer lugar, ampliar los rangos de edad, puesto que, al relacionarlos con otras preguntas, no coincidían. Además, se añaden otras opciones de respuestas. También se realiza la validación y confiabilidad del cuestionario que se aplica de elaboración propia, mediante el alfa de Crombach; al final del proceso de validación, el resultado es del 95 de confiabilidad.

**CAPÍTULO IV**  
**PRESENTACIÓN DE DATOS**

#### 4.1. Datos sociodemográficos

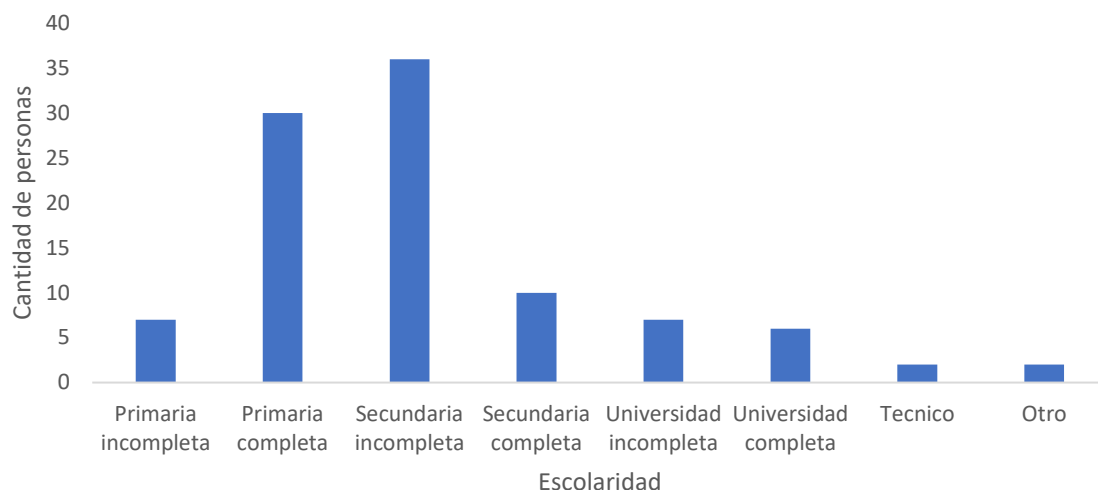
En la distribución porcentual de la población encuestada según sexo, el 100 % de la población es del sexo masculino.



*Figura N° 1. Distribución porcentual de la población según edad, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

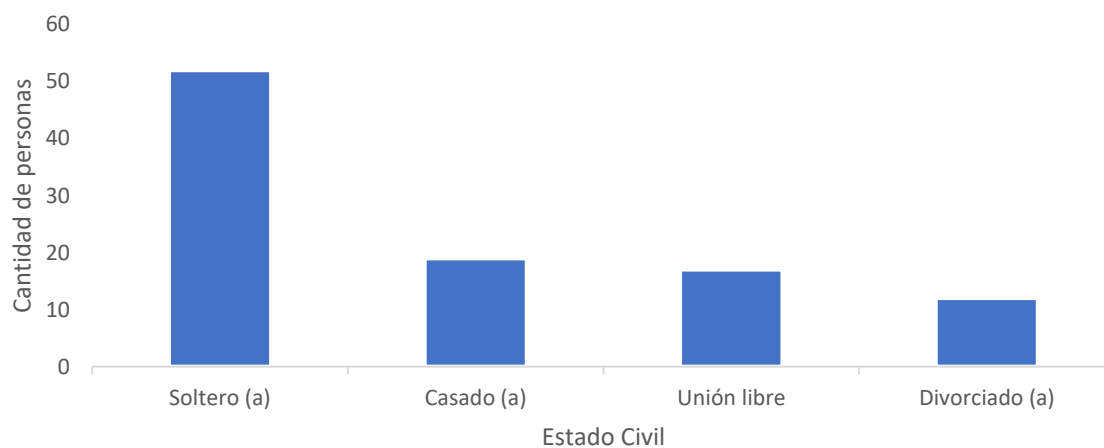
El rango de edad de la población en la que más consumen algún tipo de droga es de 28–37 años.

En la distribución porcentual de la población encuestada según residencia, el 100 % de la población reside en San José.



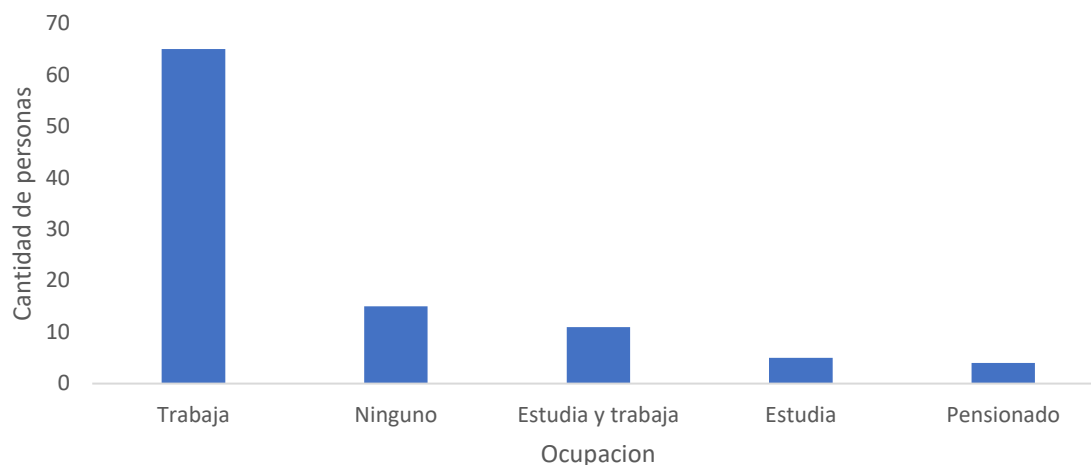
*Figura N° 2. Distribución porcentual de la población según escolaridad, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 30 % de la población tiene primaria completa y el 36 %, secundaria incompleta.



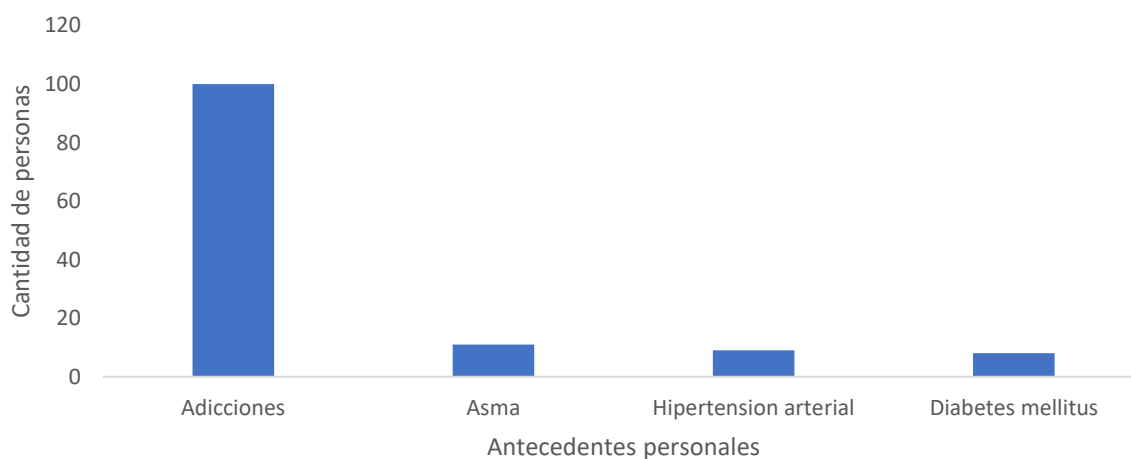
*Figura N° 3. Distribución porcentual de la población según estado civil, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 52 % de la población responde ser solteros.



*Figura N° 4. Distribución porcentual de la población según ocupación, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 65 % de la población trabaja.



*Figura N° 5. Distribución porcentual de la población según antecedentes personales, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

En relación con los antecedentes personales, las adicciones son la enfermedad que más afecta la salud.

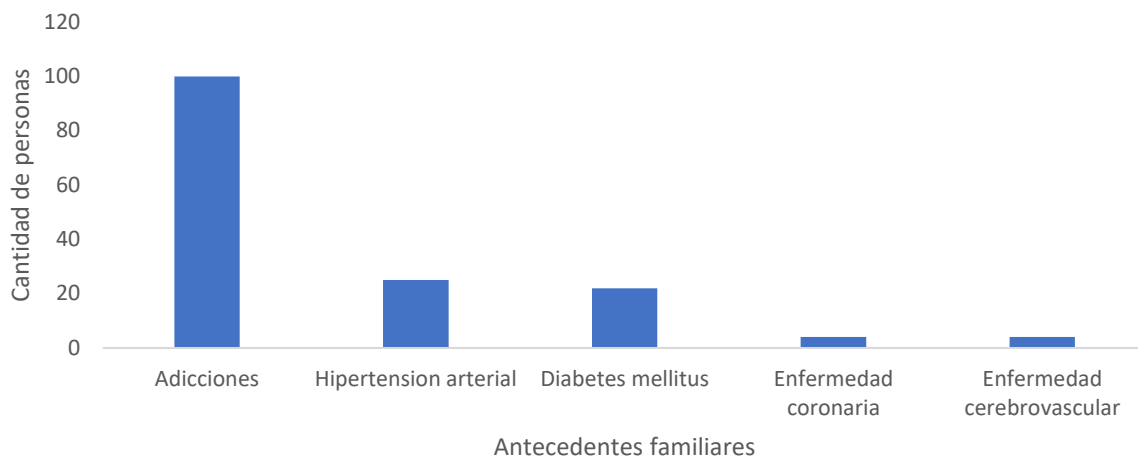


Figura N° 6. Distribución porcentual de la población según antecedentes familiares programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.

El principal antecedente patológico familiar son las adicciones.

#### 4.2. Prácticas de autocuidado en salud

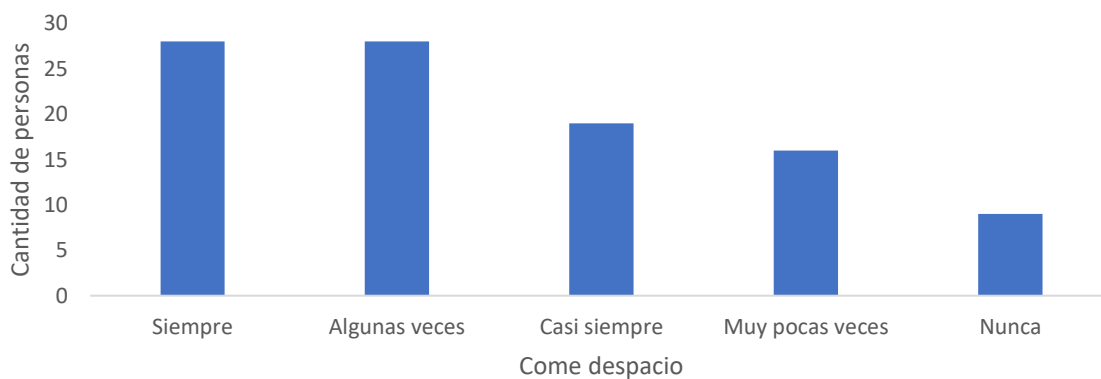
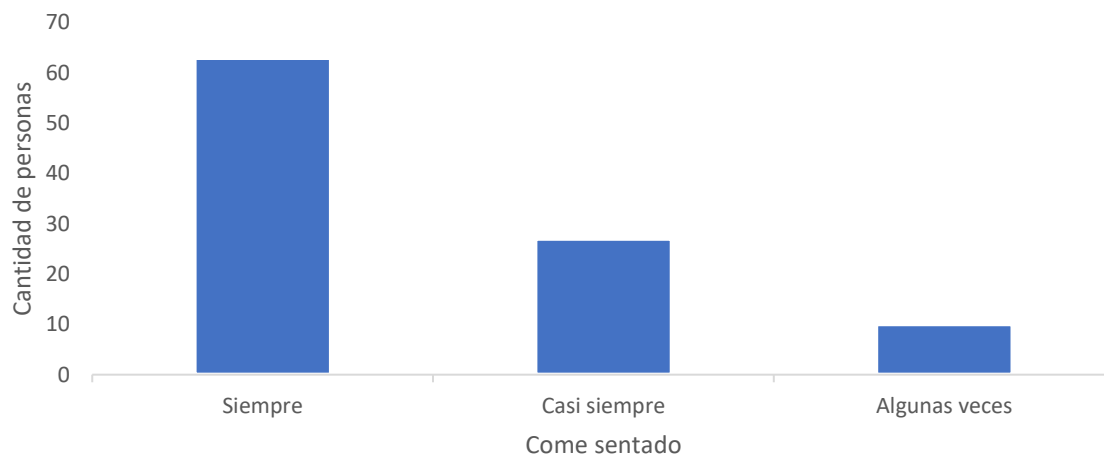


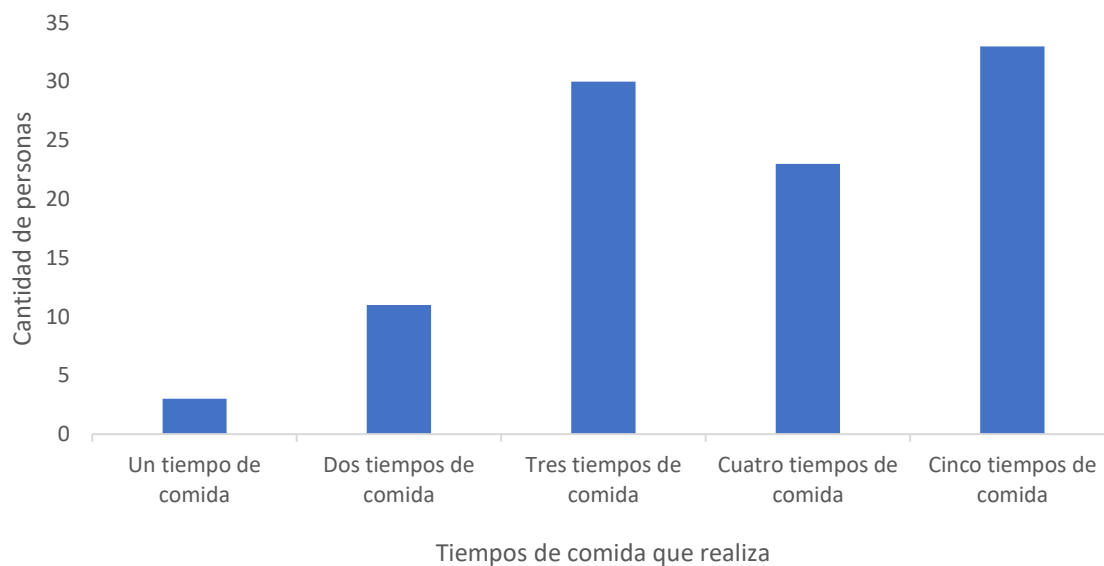
Figura N° 7. Distribución porcentual de la población según hábitos alimenticios, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.

En cuanto a la frecuencia con la que las personas entrevistadas comen despacio, un 28 % responde que siempre.



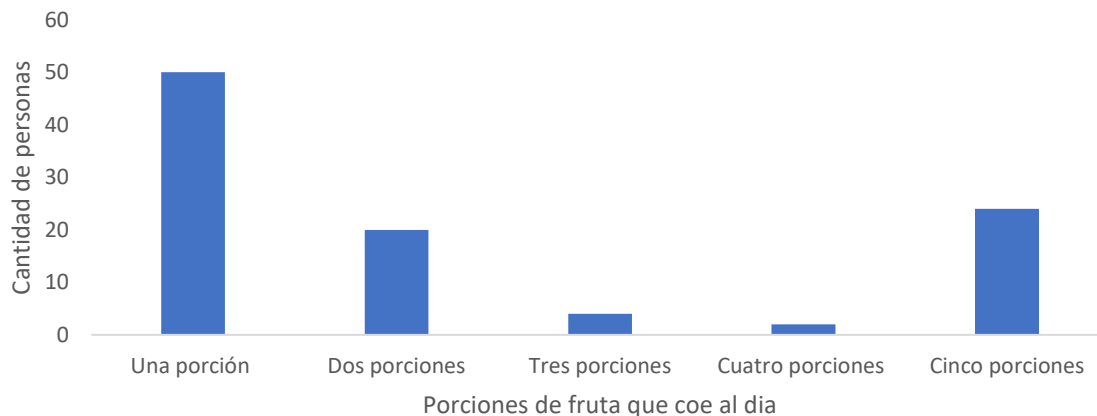
*Figura N° 8. Distribución porcentual de la población según hábitos alimenticios programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El mayor porcentaje de las personas afirman que siempre comen sentados.



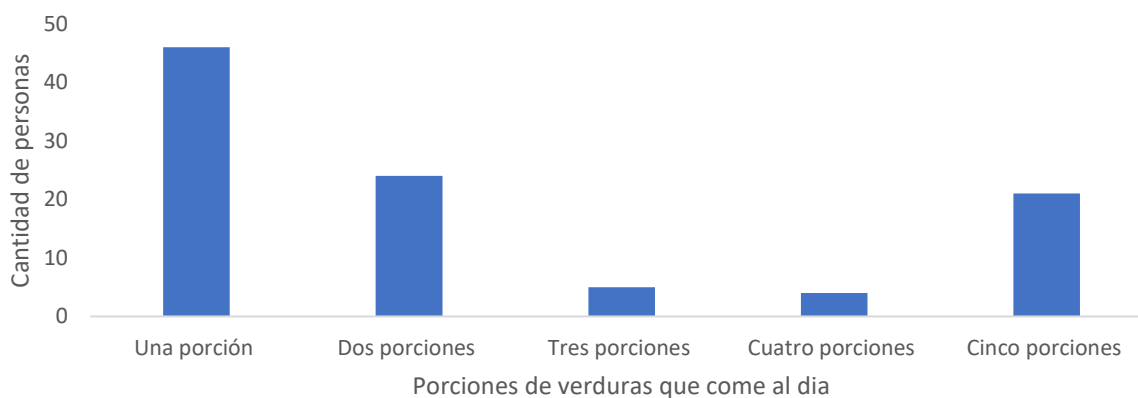
*Figura N° 9. Distribución porcentual de la población según tiempos de comida que realiza al día, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 33 % de la población realiza cinco tiempos de comida al día.



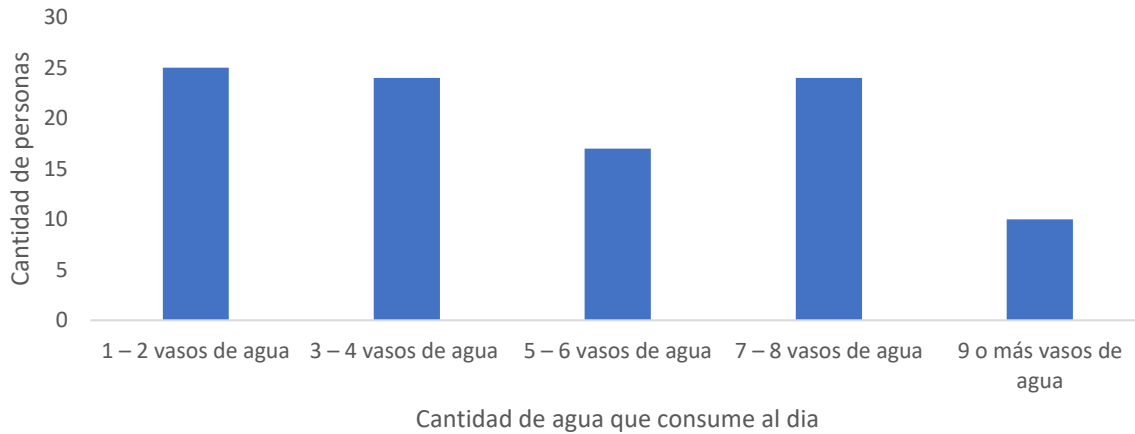
*Figura N° 10. Distribución porcentual de la población según porciones de fruta que come al día, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 50 % consume una porción de frutas al día.



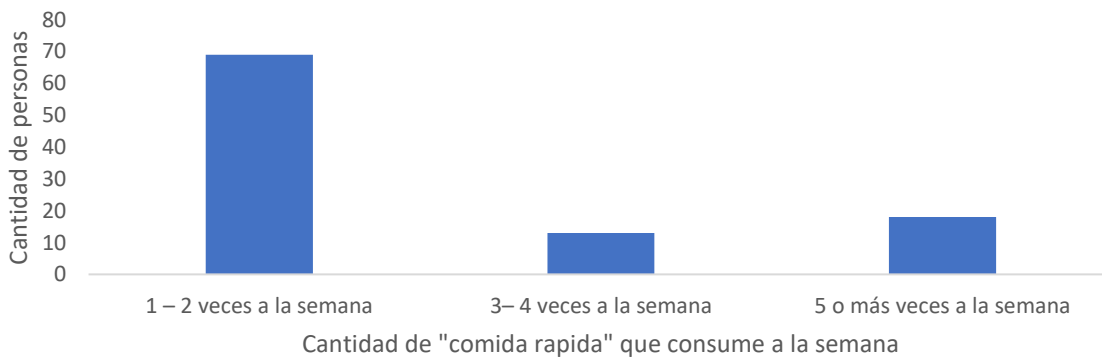
*Figura N° 11. Distribución porcentual de la población según porciones de verduras que come al día, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Las respuestas indican que el 46 % consume solo una porción de verduras al día.



*Figura N° 12. Distribución porcentual de la población según cantidad de agua que consume al día, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El presente gráfico muestra que el 25 % consume 1–2 vasos de agua al día.



*Figura N° 13. Distribución porcentual de la población según hábitos alimenticios, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 69 % de la población consume “comida rápida” 1–2 veces a la semana.

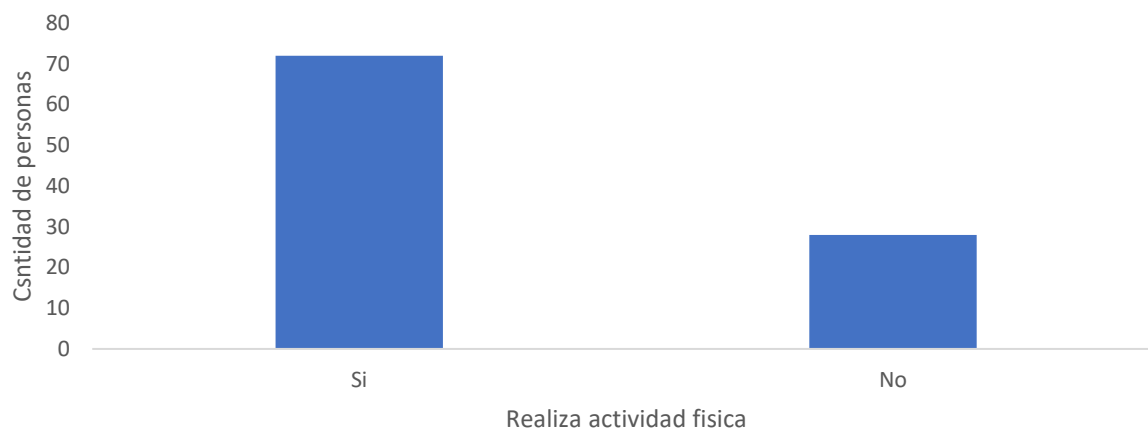


Figura N° 14. Distribución porcentual de la población según actividad física, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.

Un 72 % de la población realiza actividad física.

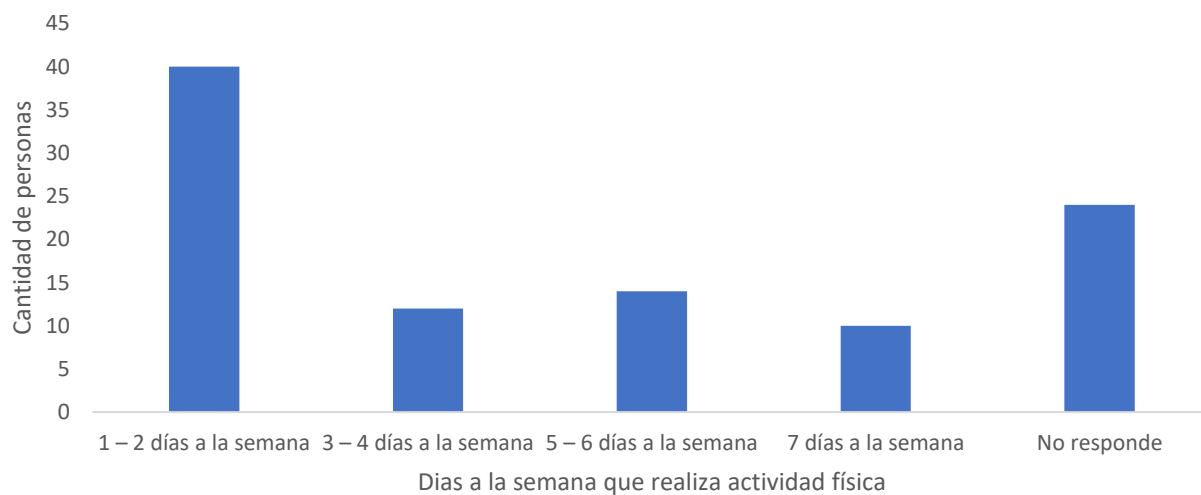
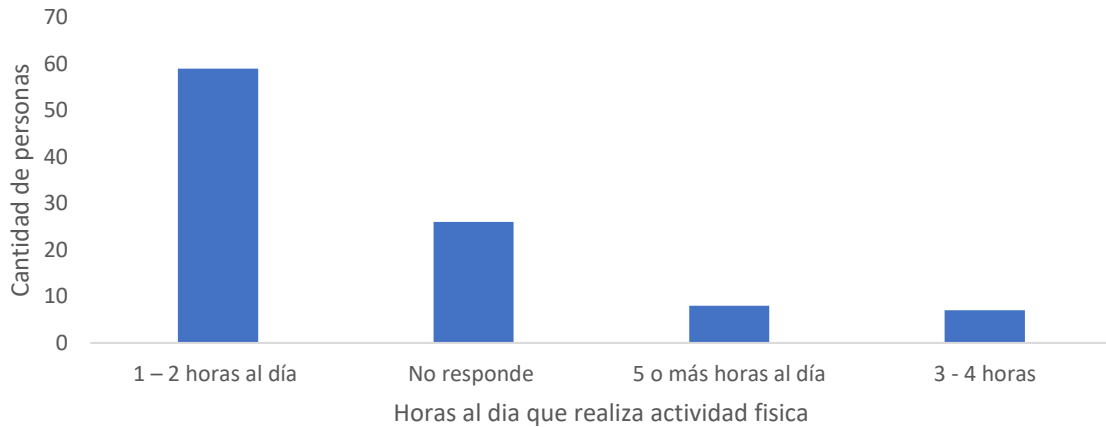


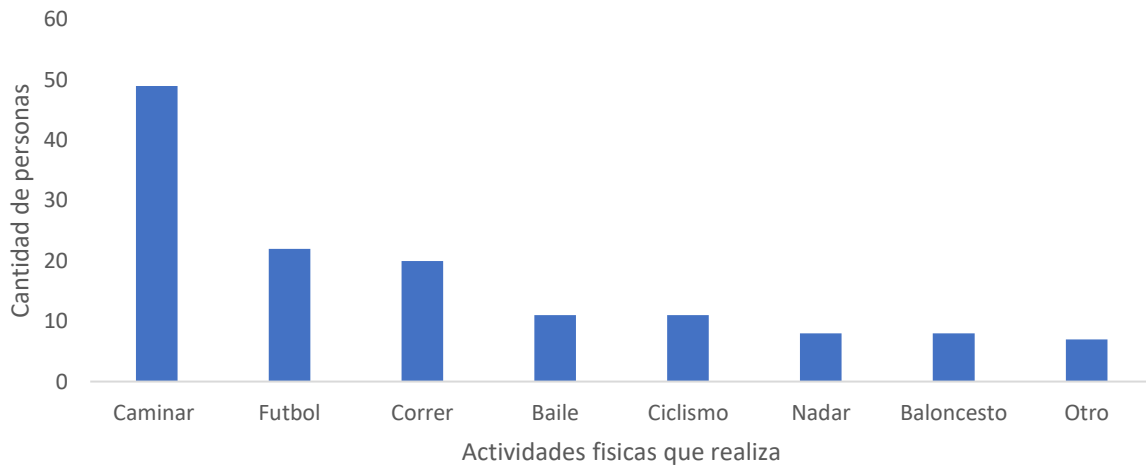
Figura N° 15. Distribución porcentual de la población según actividad física, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 40% de la población realiza actividad física 1–2 días a la semana.



*Figura N° 16. Distribución porcentual de la población según actividad física, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 59 % de la población encuestada realiza actividad física durante 1–2 horas al día.



*Figura N° 17. Distribución porcentual de la población según actividad física, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

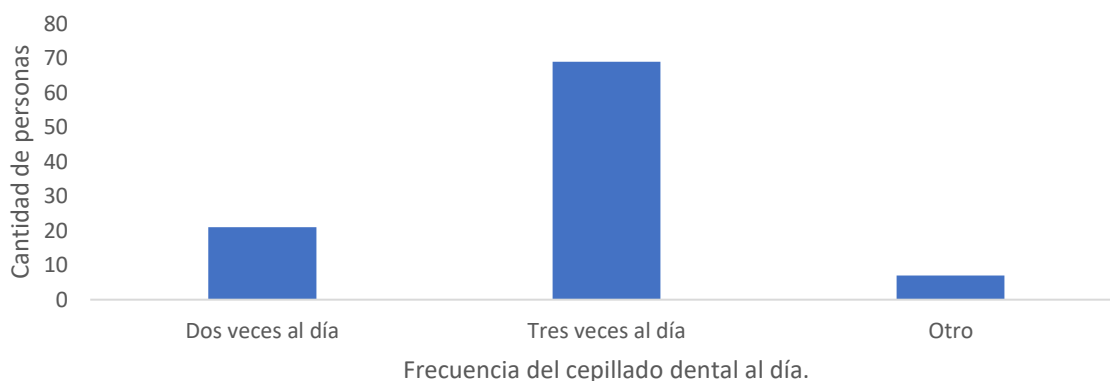
La actividad física que más realizan las personas entrevistadas es caminar.



*Figura N° 18. Distribución porcentual de la población según hábitos de higiene personal, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

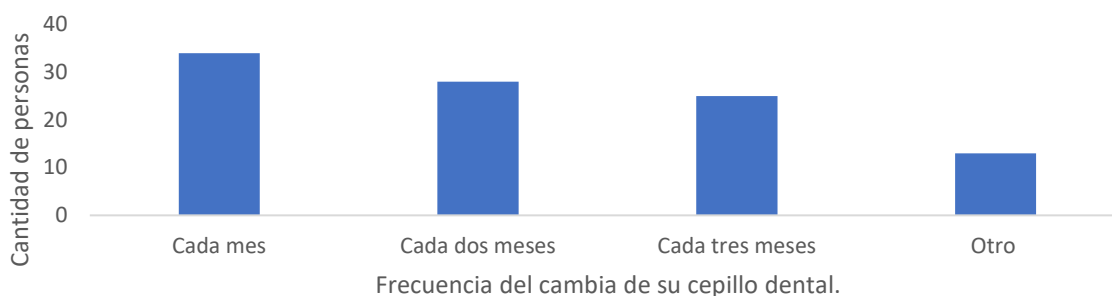
El 93 % de la población se ducha todos los días.

En la distribución porcentual de la población según hábitos de higiene personal, el 100 % indica que considera importante el aseo bucal.



*Figura N° 19. Distribución porcentual de la población según hábitos de higiene personal, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018, GAM.*

El 69 % de la población en estudio se cepilla los dientes tres veces al día.



*Figura N° 20. Distribución porcentual de la población según cambio del cepillo dental, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

En cuanto al cambio del cepillo dental, la mayoría lo cambia cada mes.

**Tabla N° 2. Distribución porcentual de la población según uso de enjuague bucal y uso de hilo dental, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM.**

	Uso de enjuague bucal	Uso de hilo dental
Siempre	8	9
Casi siempre	15	8
Algunas veces	34	27
Muy pocas veces	20	25
Nunca	23	31
Total	100	100

Fuente: elaboración propia, 2018.

Al ser consultados sobre la frecuencia del uso de hilo dental, el 31 % responde que nunca lo utiliza.

En las respuestas acerca de la frecuencia del uso de enjuague bucal, se puede observar que el 34 % usa enjuague bucal algunas veces.



*Figura N° 21. Distribución porcentual de la población según visitas al odontólogo, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

En relación con cuántas veces visitan el odontólogo en un año, la respuesta del 36 % fue que ninguna vez.



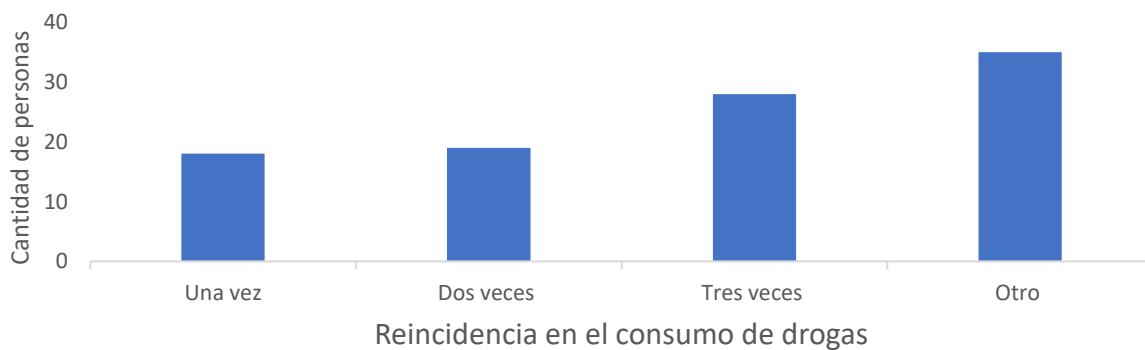
*Figura N° 22. Distribución porcentual de la población según frecuencia con la que visita los lugares donde solía consumir drogas, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

La pregunta acerca de la frecuencia de visita a los lugares donde solía consumir drogas muestra que un 13 % los visita siempre.



*Figura N° 23. Distribución porcentual de la población según si ha vuelto a salir con las personas con las que solía consumir drogas. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 79 % de la población responde que no ha vuelto a salir con las personas con las que solía consumir drogas.



*Figura N° 24. Distribución porcentual de la población según reincidencia en el consumo de drogas, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 35 % de la población escoge la opción “otro” al ser preguntado acerca de cuántas veces ha reincidido.

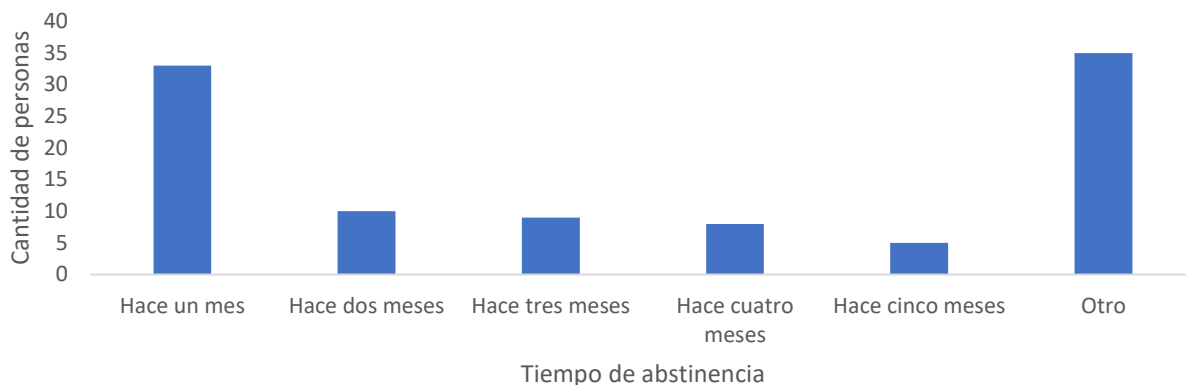
**Tabla N° 3. Distribución porcentual de la población según motivo que lo hizo reincidir en el consumo de drogas, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM.**

	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
Desequilibrio emocional	1	1 %
Problemas	4	4 %
Autosuficiencia	1	1 %
Malas decisiones	5	1 %
Discutir con mi esposa	1	1 %
Situaciones circunstanciales	1	1 %
La desintegración de mi familia	3	3 %
Estrés	8	8 %
Falta de carácter	1	1 %
Soledad	6	6 %
Malas amistades	7	7 %
Dependencia	3	3 %
Probar cosas nuevas	2	2 %
Facilidad para conseguir drogas	1	1 %
Nada en especial	15	15 %
Depresión	4	4 %
Disfrutar el momento	2	2 %
Decisión propia	2	2 %
Sexualidad	1	1 %
Abandonar los programas	5	5 %

Sentirme miserable	1	1 %
El no cumplir mis metas	3	3 %
Fiestas	8	8 %
No buscar ayuda	4	4 %
Discusiones familiares	2	2 %
Venganza	1	1 %
Experimentar el efecto	4	4 %
La juventud	2	2 %
<hr/>		
Total	100	100 %

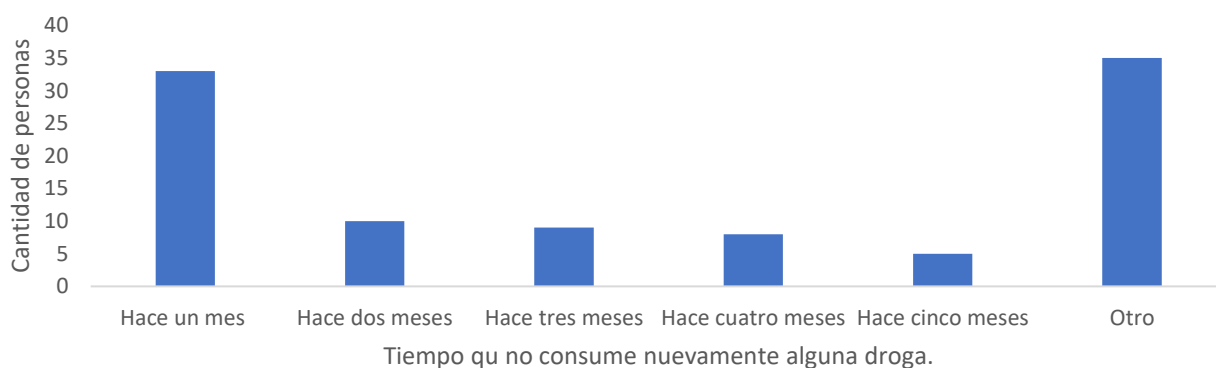
Fuente: elaboración propia, 2018.

El 15 % de la población no sabe definir el motivo principal por el cual reincide en el consumo de drogas.



*Figura N° 25. Distribución porcentual de la población según tiempo de abstinencia, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Los datos del gráfico anterior indican que el 33 % de la población consumió algún tipo de droga hace un mes.



*Figura N° 26. Distribución porcentual de la población según tiempo que no consume nuevamente alguna droga, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Los datos del gráfico anterior muestran que el 33 % de la población encuestada ha aguantado un mes sin consumir nuevamente una droga.

### III parte: Apoyo social percibido

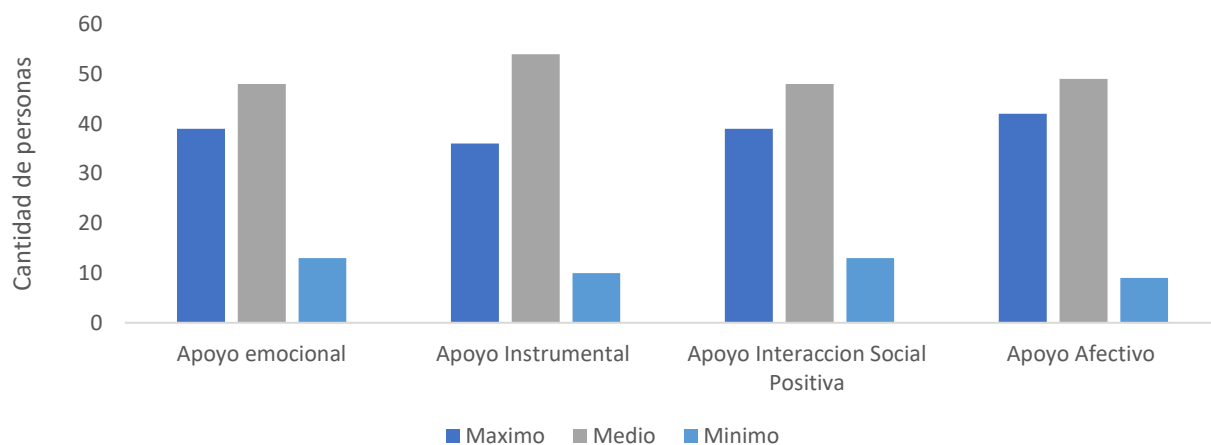


Figura N° 27. Distribución porcentual de la población según apoyo social percibido, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.

El apoyo social percibido en cada subescala es medio.

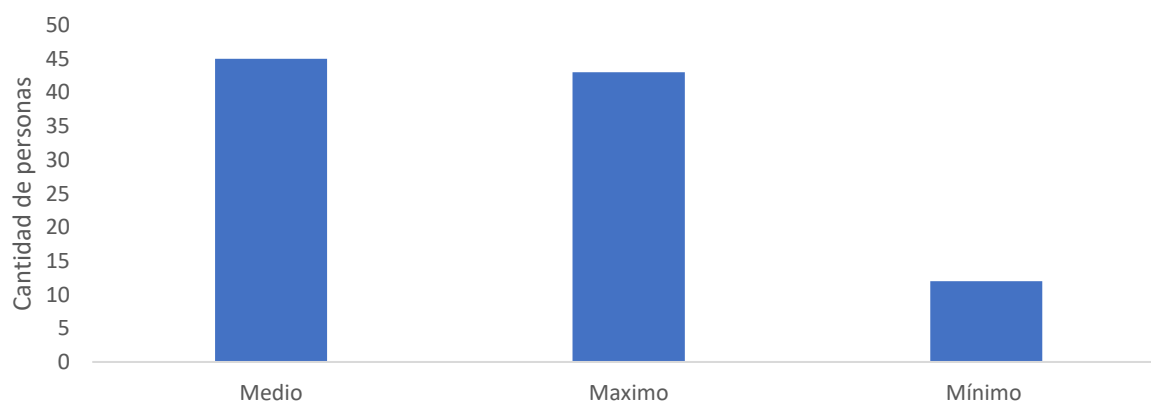


Figura N° 28. Distribución porcentual de la población según apoyo social percibido global, programas del IAFA, I cuatrimestre, 2018, GAM. Fuente: elaboración propia, 2018.

En el índice global del apoyo social percibido, se logra determinar que el 45 % (n:45) de la población tiene apoyo medio.

## **CAPÍTULO V**

# **DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## 5.1 Discusión e interpretación de resultados

Se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5 % de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. Aún más inquietante es el hecho de que unos 29,5 millones de esos consumidores, es decir, el 0,6 % de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas<sup>31</sup>. Eso significa que su adicción a las drogas es perjudicial hasta el punto de que pueden sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento.

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia<sup>32</sup> señala que el contacto con drogas como la cocaína y el crack se presentó para el año 2008 en un 37 % y un 34 %, respectivamente. Estos porcentajes se refieren a los que indican haber consumido “alguna vez” en la vida. Por el contrario, en adolescentes que se encontraban en el sistema educativo en el año 2009, el porcentaje de contacto con las sustancias fue de 0,025 % para la cocaína y 0,0125 % para el crack. En ese sentido, vale la pena mencionar que el tratamiento y la demanda especializada para personas menores de edad con problemas por uso de sustancias presentó un ligero aumento al pasar de 354 personas registradas en el 2011 a 450 para el 2012.

La población en estudio fue analizada de manera sociodemográfica mediante el cuestionario aplicado. El total de la población encuestada es del sexo masculino, con un rango de edad de 18 a 67 años. Los datos anteriores reflejan que no hay una edad específica en la que se pueda decir que consumen drogas, puesto que la adicción a sustancias psicoactivas es una enfermedad que afecta en cualquier etapa de la vida. Sin embargo, se vislumbra que la población joven y adulta es mayor que la población adulta mayor, ya que, en la edad entre los 58 y 67 años, la mayoría opta por el consumo de alcohol sin ninguna otra sustancia secundaria, por lo que los policonsumidores permanecen en rangos de corta edad.

En el caso de la marihuana, el consumo aumentó en todas las provincias. En San José, en el año 2012, la prevalencia era de 16,4 %, mientras que en el 2015 se estableció en 18,1 %. En Heredia, los indicadores estimados fueron 17,5 % y 19,1 % en los años 2012 y 2015. Las provincias costeras pasaron de 12,4 % y 9,9 % en el 2012 en Limón y Puntarenas, respectivamente, a 13 % y 11,6 % en el 2015. En Guanacaste, se registró un aumento importante en el consumo de marihuana que pasó de 9,4 % en el 2012 a 16 % en el 2015. Por último, la provincia de Cartago reportó tener una prevalencia de 15,8 % en el 2012, la cual bajó a 12,4 % en el 2015<sup>29</sup>.

El lugar de residencia del total de la población encuestada es San José. Esto se debe a que las asociaciones están ubicadas en San José, no a que se considere un factor de riesgo residir en San José. En cuanto a escolaridad, la mayoría tiene secundaria incompleta o primaria completa. sin embargo, los datos obtenidos muestran que un número bajo de las personas en estudio tienen universidad incompleta o completa. Por lo tanto, la escolaridad no es un indicador definitorio del consumo de droga, pero se muestra que el mayor consumo se da en las personas con baja escolaridad. Pese a esto, es necesario destacar que la baja escolaridad se puede ver asociada con el abandono de los estudios debido al consumo de sustancias, que, como se mencionó anteriormente, puede afectar cualquier etapa de la vida.

El estado civil de la mayoría es soltero. García<sup>13</sup> realiza un estudio sobre la depresión, la ideación suicida y su relación con el consumo de drogas, en el cual concluye que la mayoría de los internos de los diferentes centros del IAFA son solteros con bajos niveles académicos. Así mismo, Chacón<sup>12</sup>, en su estudio sobre los factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas licitas e ilícitas, concluye que el estado civil de los padres influye en el consumo de drogas. Sin embargo, no hace referencia al estado civil de la persona consumidora. Por otro lado, el estado civil y la red de apoyo pueden verse afectados por la cantidad de años de

consumo, ya que las relaciones familiares se ven deterioradas por los daños colaterales que ocasionan la enfermedad, y es por ello que este indicador revela dicha característica.

En cuanto a ocupación, gran parte de la muestra solamente trabaja. No obstante, también hay quienes trabajan y estudian al mismo tiempo, quienes solo estudian, quienes son pensionados y quienes no realizan ninguna de las ocupaciones antes mencionadas. Respecto a lo anterior se puede afirmar que la callejización de algunos residentes encuestados puede afectar el empleo formal y fomentar el empleo informal para subsistir, como el cuidado de automóviles en vía pública y la venta informal. Así mismo, se puede determinar que, al disponer de más tiempo libre, son más propensos a reincidir en el consumo de sustancias.

Muñoz y Graña<sup>1</sup> llevan a cabo un estudio en España en el año 2001, en el cual estudian la influencia y el peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Las variables estudiadas están relacionadas con la estructura y la composición familiar, la existencia de normas de convivencia familiar, la naturaleza de la relación familiar, la vinculación afectiva, la comunicación familiar, el nivel de conflicto familiar y las actitudes y las conductas familiares hacia el consumo de drogas.

Dicho estudio aporta mayor conocimiento sobre las variables familiares implicadas en el inicio del consumo de sustancias, con respecto a la prevención dentro del marco familiar, la elaboración de programas ajustados a la realidad de los más jóvenes y la responsabilidad de los padres para prevenir el consumo de drogas en sus hijos antes de que presenten una adicción.

Los datos relacionados con antecedentes personales y familiares indican que todos, en algún momento, consumieron drogas. Sin embargo, esto no significa que los problemas de adicción de todas las personas son consecuencia del consumo de sus padres o demás familiares, puesto

que algunas personas consumen sin tener antecedentes familiares de adicciones. Por otro lado, el consumo puede presentarse como un daño colateral de familias disfuncionales o de relaciones conflictivas en alguna etapa de la vida del usuario, además de la herencia genética que predispone la enfermedad de la adicción.

En las prácticas de autocuidado en salud sobre hábitos alimenticios, hay quienes comen despacio y sentados siempre o algunas veces. La mayoría de las personas encuestadas realiza entre cinco y tres tiempo de comida. Así mismo, los datos revelan que también hay personas que solo realizan un tiempo de comida al día. En cuanto a las porciones de frutas y verduras que comen al día, la mayoría consume solamente una porción. En lo que concierne al consumo de agua, los datos son similares, puesto que toman entre uno y nueve vasos de agua al día.

Tobon<sup>17</sup> señala que

el autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Entre las prácticas para el autocuidado que menciona el autor, se encuentra la alimentación adecuada a las necesidades. En relación con la alimentación adecuada, no solo hace referencia a la cantidad adecuada según sus necesidades, sino también al tiempo que le dedica a consumir, la forma en que la prepara y cuántos tiempos de comida realiza. Esto porque se debe mantener un equilibrio entre los aspectos mencionados para tener un mayor control sobre la salud.

La actividad física es otra práctica de autocuidado para mantener una buena salud, por lo que el cuestionario incluye una pregunta acerca de esto. A este respecto, una gran parte de los encuestados realiza actividad física de 1 a 2 días a la semana, de 1 a 2 horas al día; entre las actividades que más realizan, se encuentran las de caminar, correr, bailar y jugar fútbol. Los datos obtenidos son positivos, puesto que muchos realizan actividad física, pero un porcentaje menor no realiza ningún tipo de actividad física. Estas actividades se pueden considerar indispensables, ya que ayudan en la prevención de la recaída al fomentar tiempos de ocio saludables, además de fomentar un nivel óptimo de salud a nivel físico y mental que propicia el desarrollo integral.

La higiene personal es otra práctica de autocuidado que muchas veces se ve descuidada en la población con problemas de adicción. Los datos obtenidos indican que la mayoría no descuida el cuidado personal como ducharse diariamente, cepillado dental, uso de enjuague bucal o hilo dental, cambio del cepillo dental y visitas al odontólogo. Ante esto, se recalca que en el momento que las personas con problemas de adicción se encuentran en la condición de callejización se privan de las necesidades básicas, anteponiendo el consumo como “necesidad” frente a lo que verdaderamente es el desarrollo óptimo integral físico de un ser humano.

El estilo de vida se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que puede influir positiva o negativamente sobre la salud. La mayoría de las personas encuestadas no ha vuelto a salir con las personas con las que solía consumir drogas. Sin embargo, el total de la población en estudio ha reincidido en el consumo de drogas; esta información determina que las relaciones con las personas con quienes antes

consumían drogas tienen una influencia negativa, pero no es un indicador definitorio en la reincidencia.

Los grupos de pares se manifiestan como un fuerte detonante en cuanto a la recaída o al inicio del consumo de sustancias psicoactivas. Pese a que no es un indicador definitorio, se debe tomar en cuenta como factor de riesgo de cuidado. En el tratamiento de las adicciones, las recaídas son un riesgo latente en cada momento; por lo tanto, los hábitos de consumo influyen en una recaída en el consumo de drogas. A este respecto, Volkow<sup>21</sup> menciona algunos factores de riesgo y protectores; en los factores protectores, se incluyen el autocontrol y las relaciones positivas.

Cabe destacar que los factores de riesgo pueden estar presentes por un periodo de tiempo prolongado o por el resto de la vida, de ahí que las herramientas que se brinden a los usuarios y el fortalecimiento de los factores protectores sean indispensables para la prevención de la recaída. En el modelo de prevención de recaídas de Marlatt, se hace una distinción entre determinantes interpersonales ambientales e intrapersonales; Los motivos de recaídas ocurren como respuesta a fuerzas intrapersonales, ya sean psicológicos o físicos, entre las cuales se pueden mencionar las emociones negativas, la imposibilidad de resistir la tentación, los estados físicos o fisiológicos desagradables o dolorosos, las heridas, la fatiga o el síndrome de abstinencia<sup>21</sup>.

Las determinantes interpersonales y la presencia o la influencia de otros individuos forman parte del evento precipitante de la recaída; por ejemplo, el matrimonio, los amigos, la familia o la presión social (directa o indirecta). Al preguntar sobre los motivos que los hizo reincidir, las respuestas son variadas. Aluden, por ejemplo, a desequilibrio emocional, problemas, sentimientos de autosuficiencia, malas decisiones, estrés, falta de carácter, depresión,

sexualidad, dependencia y discusiones familiares. Se logra determinar que, pese a que cada persona tenga una forma diferente de enfrentar las diversas situaciones, se deben fortalecer las determinantes positivas y trabajar en las determinantes negativas para disminuirlas o eliminarlas.

Se deduce que la introspección es determinante para fomentar la autogestión en los individuos. Es decir, es una base determinante para la ejecución de herramientas positivas para el fortalecimiento de factores protectores y la disminución de factores de riesgo. Por ello, es de suma importancia la presencia de profesionales de enfermería en cada nivel de atención y en diferentes áreas, como los centros educativos, para realizar una prevención primaria y no llegar a necesitar la prevención de recaídas. A este respecto, Cid-Monckton y Pedrão<sup>3</sup>, en su estudio llevado a cabo en Chile en el 2011, resaltan que el enfermero debe asumir las intervenciones psicosociales como parte de su rol, especialmente en la población escolar, ya que así estaría actuando como agente de prevención del consumo de drogas.

También cabe mencionar el trabajo de Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino<sup>4</sup> sobre el apoyo social como un factor protector de la recaída del consumo de drogas en pacientes que han alcanzado la abstinencia tras seis meses de tratamiento. De acuerdo con estos investigadores, el apoyo social permite a las personas creer a) que se preocupan de ellos y los quieren, b) que son estimados y valorados y c) que pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas. El cuestionario sobre apoyo social percibido se subdivide en apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo de interacción social positiva y apoyo afectivo; cada uno con una evaluación de máximo, medio o mínimo, y una evaluación global subdividida en máximo, medio y mínimo.

Todo individuo necesita sentir apoyo de las personas que lo rodea y saber que los demás tienen disponibilidad para apoyarlo emocional y materialmente. En la población en estudio, se puede observar que en cada subescala se mantiene un patrón en cuanto al apoyo recibido; por ejemplo, en cada tipo de apoyo, la puntuación promedio obtuvo la mayor de respuestas. Sin embargo, esto no indica que todas las personas tengan apoyo medio en todos los tipos de apoyo; una persona puede tener apoyo máximo en lo emocional y apoyo mínimo en lo instrumental.

Esto se da porque, muchas veces, la red de apoyo con la que cuentan piensa que, si los apoyan incondicionalmente en la parte económica, continuarían consumiendo. Por ende, no les dan dinero, pero sí los apoyan emocionalmente y no los excluyen de sus vidas. Al contrario, tratan de incluirlos para que eviten consumir más drogas. No obstante, cabe recalcar que las personas con adicciones, en muchos casos, prefieren el apoyo económico para conseguir droga en lugar del apoyo emocional. Cuando sucede esto, se deteriora aún más la relación, porque el consumidor solo tiene como objetivo conseguir droga, sin importar lo que demás que tenga que hacer.

El apoyo social como factor protector, además de fomentar la motivación por el cambio, propicia la introspección, ya que influye en el autocuidado a nivel integral. Es decir, una persona que cuenta con apoyo social aumenta la autonomía en sus procesos durante y después del internamiento; lo importante de esto es que una vez que el usuario cuente con las herramientas necesarias, tenga la capacidad para aplicarlas y así sostenerse. Cabe destacar que el simple hecho de que los usuarios perciban un apoyo en el internamiento genera una apertura para nuevos mecanismos de interacción y, como se señaló anteriormente, autonomía en factores ambientales positivos y con grupos de pares que beneficien su recuperación.

Al comparar las prácticas de autocuidado y apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que tienen alguna adicción, es importante que todos tengan conocimiento de cuáles son, ya que se sabe que el consumo de drogas perjudica la salud directa e indirectamente de la persona consumidora. Además, como muchos expresan que vuelven a consumir debido a diversas situaciones emocionales y físicas, se puede tener mayor control al aumentar el conocimiento sobre el tema.

**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

Las personas que sufren algún tipo de adicción presentan un déficit en el autocuidado de la salud. Esto se debe a que, al estar sumergidos en la adicción, el cuidado de aspectos de la salud no es su principal objetivo. Por ende, descuidan su alimentación hasta el punto de que, en algunos casos, solo realizan un tiempo de comida, o a veces ninguno. Así mismo, la higiene personal, la actividad física y la salud bucodental la dejan a un lado.

Al entrar en un programa de rehabilitación, recuperan el interés por cuidar de su salud y reinician el proceso de autocuidado. Gracias a la realización de actividades cotidianas, las prácticas de autocuidado y el deseo de tener mayor control de su salud se despiertan poco a poco. Por lo tanto, el profesional de enfermería tiene una gran responsabilidad con la población, puesto que dos de las grandes funciones de la enfermería es la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

El apoyo social percibido por las personas que sufren alguna adicción es de gran importancia, ya que la percepción de apoyo influye en la decisión de continuar el tratamiento de rehabilitación y así prevenir las recaídas. La prevención es de gran relevancia, y la enfermería es una profesión con una gran responsabilidad con esta población debido a que la prevención se da en los diferentes niveles, como lo es la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Respecto a la comparación de las prácticas de autocuidado en salud y el apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a programas del IAFA, se determina que las prácticas de autocuidado se ven deterioradas en el momento en que las personas ya no están en un programa de rehabilitación, y muchas veces pierden el apoyo de sus amigos y familiares. Sin embargo, al integrarse a los diferentes programas de rehabilitación, esto cambia, porque les vuelve a surgir el interés de cuidar su salud y de no volver a consumir drogas.

## 6.2 RECOMENDACIONES

Se les recomienda:

- Aplicar las prácticas de autocuidado en salud, mediante la educación que le puede dar el profesional en enfermería.
- Tener mayor control sobre su salud y disminuir el riesgo de drogadicción, al realizar más actividades que promuevan una salud mental óptima en cada integrante de la familia.
- Realizar actividad física y, así, disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- Realizar una intervención de una forma holística.
- Que el profesional de enfermería asuma el reto de promocionar la salud en cada nivel de atención.
- Que el profesional de salud, específicamente el profesional de enfermería trabaje en la prevención de las enfermedades en los diferentes niveles de atención.
- Promover la presencia de profesionales de enfermería en centros educativos para prevenir las adicciones desde temprana edad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Muñoz Rivas, MJ, Graña López, JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. Madrid: España. 2001; [citado el 5 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713113>
2. Martínez González, JM, Robles Lozano, L. Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. Universidad de Oviedo, España. 2001; [citado el 5 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72721307>
3. Cid-Monckton, P, Pedrão, LJ. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. Revista Latinoamericana de Enfermería. Universidad de Valparaiso, Chile. 2011. [citado el 5 de febrero de 2018] Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968010>
4. Garmendia ML, Alvarado ME, Montenegro M, Pino P. Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. Rev. méd. Chile. 2008. [citado el 5 de febrero de 2018] Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872008000200005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872008000200005&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200005>.
5. Parra A, Santos J, Serrano C, Resignificación del estilo y proyecto de vida en la prevención de recaídas posterior al proceso de rehabilitación por consumo de alcohol. Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana, Colombia. 2013. [Citado 9 de febrero de 2018] Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/9439/%C3%81ngela%20Parra%20Quintero%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

6. Rodríguez-Martínez A., Ruiz-Rodríguez F., Antón-Basanta J.J., Herrera-Jáimez J., Máiquez-Pérez A., Ottaviano-Castillo A. ¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes? Estudio en una prisión andaluza. España. 2010. [Citado 9 de febrero de 2018] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S157506202010000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157506202010000100002&lng=es).
7. Méndez, FJ. Drogadicción y Prevención familiar: una política para Europa. Adicciones. Portugal. 1999. [Citado 9 de febrero de 2018] Disponible en: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/602/591>
8. Moral Jiménez MV, Sirvent Ruiz c, Ovejero Bernal A, y Rodríguez Díaz FJ. Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas. ÁREA DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y SERVICIOS ASISTENCIALES. Universidad de Oviedo. Oviedo, España. 2004. [Citado 9 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/257662300>
9. Fernández DG, Modelo para la dinámica de la prevención de la drogadicción en la formación del Profesor General Integral. Instituto Superior Pedagógico. Holguín, Cuba. 2007. [Citado 9 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uho.edu.cu/jspui/handle/uho/2681>

10. Jimenez Morales S, Factores de riesgo presentes en recaídas con el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y farmacodependencia. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 2015. Fecha de acceso 15 feb. 2018. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2383/1/38217.pdf>
11. Alvarado Araya MA, Factores socioculturales relacionados con el riesgo de consumir drogas psicoactivas en estudiantes de educación especial en el liceo de Coronado. Universidad Hispanoamericana, San Jose, Costa Rica. 2015.
12. Chacón Rojas A, Factores de riesgos relacionados con el consumo tanto de drogas licitas como ilícitas en estudiantes que cursan el cuarto y quinto nivel en un colegio en zona rural y otro en zona urbana, en el periodo de abril del 2015, Universidad Hispanoamericana, San José, Costa Rica, 2015.
13. García Rivas R, Depresión, ideación suicida y su relación con el consumo de drogas en varones de 18 a 67 años atendidos en centros avalados por el IAFA del área metropolitana, febrero, 2016. Universidad Hispanoamericana, San José, Costa Rica, 2016.
14. Mora Barrantes, L. & Torres Vargas, L. Programa educativo en enfermería para la construcción de estilos de vida saludable dirigido a adolescentes en tratamiento de drogodependencias internadas en el centro RENACER, ubicado en Patarra, Desamparados, durante los meses de agosto a setiembre del 2007. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 2007.

15. Arias Salazar, A. Incidencia del programa aprendo a valerme por mí mismo en la prevención del consumo de drogas en estudiantes de II ciclo de Educación General Básica, en el Centro Educativo Juan Valverde Mora, Rivas, Pérez Zeledón, Circuito 05, durante el primer período del 2008. UNED, San José, Costa Rica. 2008.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS) Foro de la OMS sobre alcohol, drogas y comportamientos adictivos. Ginebra (Suiza). 2017. Fecha de acceso 24 de marzo de 2018. Disponible en: [www.who.int/mediacentre/events/2017/alcohol-drugs-addictive/es/](http://www.who.int/mediacentre/events/2017/alcohol-drugs-addictive/es/)
17. Tobón, O. El autocuidado una habilidad para vivir. Promoción de la salud, Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas. 2003. Fecha de acceso 4 de abril de 2018. Disponible en: [http://www.hospitalcurico.cl/web/assets/archivos/curso\\_ed\\_serv/AUTOCUIDADO.pdf](http://www.hospitalcurico.cl/web/assets/archivos/curso_ed_serv/AUTOCUIDADO.pdf)
18. Carta de Ottawa. UNA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCION DE LA SALUD. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. Organización Mundial de la Salud. Ottawa (Ontario) Canadá. 1986. Fecha de acceso 4 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
19. Aldana, L.A. Diccionario Ibalpe Enciclopédico. Quinta edición. Ibalpe Internacional de Ediciones, S.A. Mazatlán: México. 2003.

20. Organización Mundial de la Salud (OMS) Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de sanidad y consumo. Gobierno de España. 1994. Fecha de acceso 4 de abril de 2018. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
21. Volkow, M.D. las drogas, el cerebro y el comportamiento: ciencia de la adicción. Instituto Nacional de la Salud. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 2008. Fecha de acceso 24 de marzo de 2018. Disponible en: [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf)
22. Pedrosa, P.E. Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. Universidad de Alcalá. 2009. Fecha de acceso 4 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.Dialnet-FactoresDeRiesgoYProteccionEnElConsumoDeSustancias-3130577.pdf>
23. Luengo M.A, Romero E, & Gómez, J.A. análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas. Editorial Compostela. 2001. Fecha de acceso 4 de abril de 2018. Disponible en: <http://udipre.com/es/pdf/informeFinalPh.pdf>
24. Chávez, E. Prevención de Recaídas. Centros de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Manual de aplicación. 2010. Fecha de acceso 4 de abril de 2018. Disponible en: <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualPrevRecaidas.pdf>

25. Pacheco, M. Prevención de recaídas en el tratamiento del consumo problemático de sustancias. Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. División Programática. CONACE. Santiago: Chile. 2011. Fecha de acceso 4 de abril de 2018. Disponible en: [http://sistemas.senda.gob.cl/sistemamonitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Preveni%C3%B3n%20de%20Recaidas%20en%20el%20Tratamiento%20del%20Consumo%20Problem%C3%A1tico%20de%20Sustancias%20%20\(CONACE%202011\).pdf](http://sistemas.senda.gob.cl/sistemamonitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Preveni%C3%B3n%20de%20Recaidas%20en%20el%20Tratamiento%20del%20Consumo%20Problem%C3%A1tico%20de%20Sustancias%20%20(CONACE%202011).pdf)
26. Aranda, C & Panda, M. Conceptualización de Apoyo Social y Las Redes de Apoyo Social. Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, México. 2013. Fecha de acceso 15 de junio de 2018. Disponible en: <http://www.revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>
27. Pacheco, A., Rodríguez, M, & Castro, L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. Universidad de Valladolid. 2013. Fecha de acceso 15 de junio de 2018. Disponible en: [http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19\\_2\\_ParaSaberDe\\_3.pdf](http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf)
28. Allgood MR y Tomey AM. Modelos y teorías en Enfermería. 2011. Séptima edición. ELSEVIER España, S.L.
29. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. El IAFA trabaja por la salud de Costa Rica. San José, Costa Rica. 2016. Fecha de acceso 4 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.iafa.go.cr/noticias/273-el-iafa-trabaja-por-la-salud-de-costa-rica>

30. Shelbourne, C. D., & Stewart, A. L. The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, (1991). Citado (5 Mar. 2018) Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
31. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe Mundial sobre las Drogas 2017. Naciones Unidas, Australia. 2017. Fecha de acceso 20 de junio de 2018. Disponible en: [https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR\\_Booklet1\\_Exsum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf)
32. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Distribución Geográfica de los niveles de prevalencia del consumo de drogas en la población de educación secundaria en Costa Rica. 2017. Fecha de acceso 15 de Junio de 2018. Disponible en: [https://www.iafa.go.cr/images/descargables/conocimiento/RGAC-N-58-Art-Distribucion\\_Geografica-Niveles-Prevalencia%20Consumo-Drogas-en-Poblacion-Educacion-Sec-CR-2015.pdf](https://www.iafa.go.cr/images/descargables/conocimiento/RGAC-N-58-Art-Distribucion_Geografica-Niveles-Prevalencia%20Consumo-Drogas-en-Poblacion-Educacion-Sec-CR-2015.pdf)

## **ANEXOS**

### **ANEXO N° 1 DEDICATORIA**

*Esta tesis es un proyecto que llevo a cabo con mucho esfuerzo y dedicación, además de mucha fe en Dios, porque sé que sin su amor y misericordia a lo largo de este proceso universitario, no habría sido posible concluirlo.*

*Llena de felicidad, orgullo, amor, esperanza y satisfacción, dedico esta tesis a mis pilares.*

*A Dios, el único que merece toda la gloria y la honra, por permitirme tener vida, salud y fuerzas para poder concluir con uno de mis propósitos ser licenciada en enfermería.*

*A mi madre, Lucia Solís López, mi mayor ejemplo a seguir, una mujer valiente y esforzada que me hace sentir orgullosa cada día de poder llamarla mamá, quien me ha enseñado con el ejemplo que puedo lograr lo que me proponga y sobre todo ha estado presente en cada etapa de mi vida apoyándome y demostrándome ese amor sincero e incondicional.*

*Antes bien, como está escrito:*

*Cosas que ojo no vio, ni oído oyó,*

*Ni han subido en corazón de hombre,*

*Son las cosas que Dios ha preparado para los que le aman.*

*1 corintios 2:9*

*Anielka Solís López*

## **ANEXO N° 2 AGRADECIMIENTO**

*Al terminar mi proceso de tesis, lo cual significa culminar mi paso por la universidad, lo hago con mucha satisfacción y orgullo. El camino no ha sido fácil, pero sé que Dios todo lo hace perfecto y ha puesto ángeles en mi caminar por esta vida.*

*Agradezco a Dios, por su fidelidad, por permitirme llegar hasta aquí y cumplir uno de mis sueños, ser profesional en enfermería, gracias por mi familia, amigos y cada una de las personas que ha puesto en mi camino.*

*A mi madre, Lucia Solís López, por enseñarme que con mucho esfuerzo, trabajo y constancia puedo lograr lo que me proponga, porque en esta vida nada se regala y me ha enseñado a ver la vida con amor y hoy soy lo que soy por sus enseñanzas.*

*A mis hermanas, Jessell y Eneyda, quienes han estado presente en cada proceso de mi vida, preocupándose por su hermana menor y porque sé que en ellas también tengo amor y apoyo incondicional.*

*A mis sobrinos, Jonathan, mi bebé, y Samantha, mi princesa; dos personas que llenan mi corazón de mucho amor y felicidad.*

*A mis amigos y compañeros, quienes sin esperar nada a cambio compartieron muchos momentos, alegrías y tristezas; especialmente a mi gran amiga y colega Joselyn Sánchez con quien he compartido muchos momentos y este proceso de tesis en el cual nos hemos dado apoyo mutuo y a mi mejor amiga Laura Sequeira, quien ha estado apoyándome y dándome ánimo, incluso cuando sentía que ya no podía más.*

*A esas personas especiales que han estado presente de una u otro forma, infinitas gracias a quienes me han apoyado con sus oraciones, porque sé que la mayor forma de demostrarme amor es orando por mí.*

*A mi tutora, MSC. Marcela Castro Méndez, una gran persona y excelente profesional, por su apoyo en este proceso y por compartir conmigo su conocimiento.*

*A mis profesores, a cada uno de mis profesores, porque de una u otra forma han marcado mi vida profesional.*

*A las asociaciones, esos lugares dónde me brindaron confianza y abrieron las puertas para realizar mi tesis; así mismo, a cada usuario que accedió a participar.*

*Todo tiene su tiempo, y todo lo  
que se quiere debajo del cielo tiene su hora.*

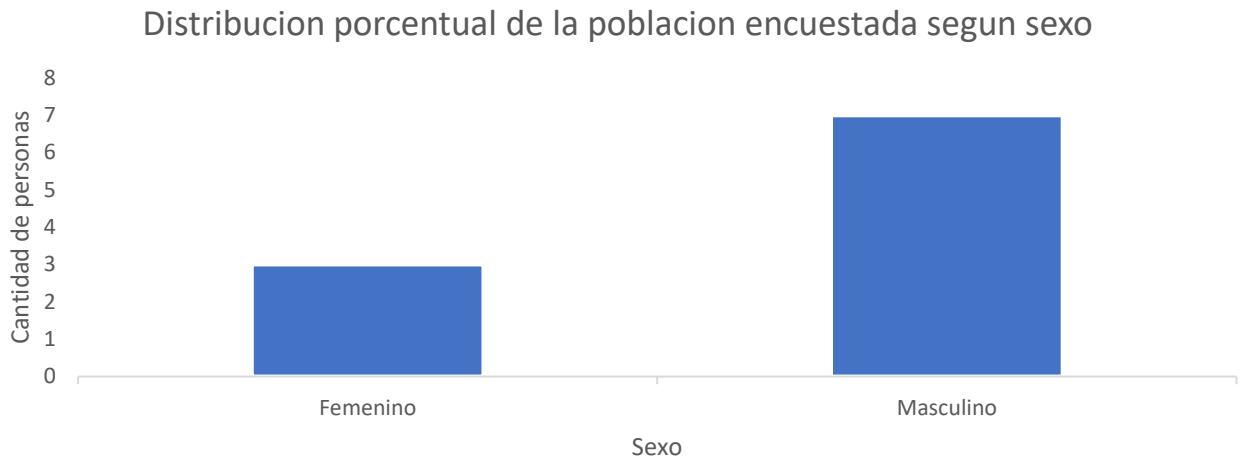
*Eclesiastés 3:1*

*Anielka Solís López*

## ANEXO N° 3 PLAN PILOTO

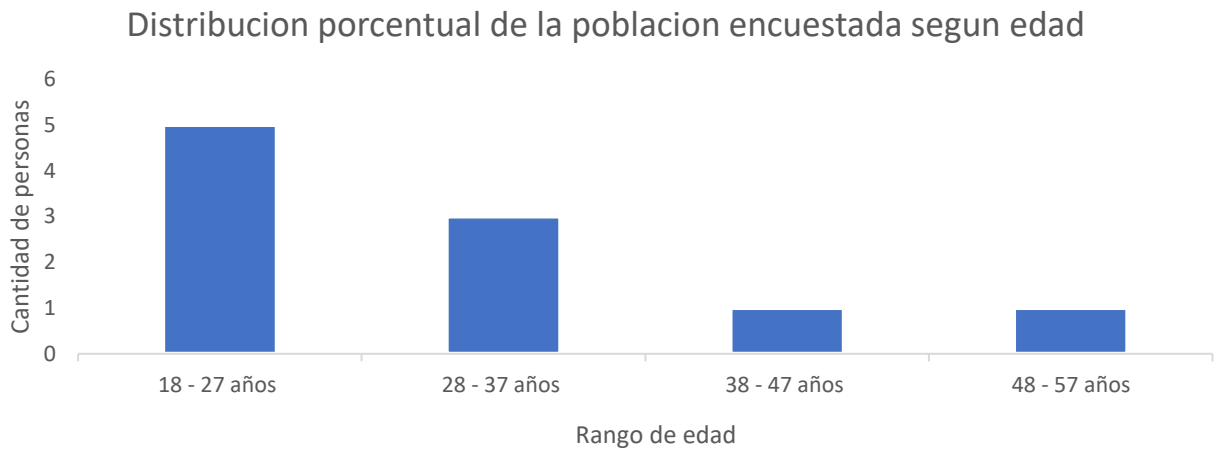
### I parte: Datos Sociodemográficos

**Figura 1**



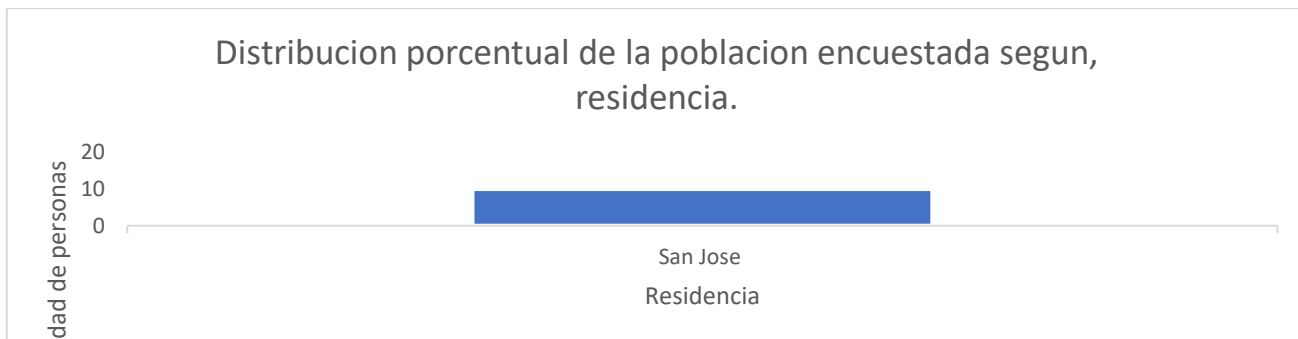
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 2**



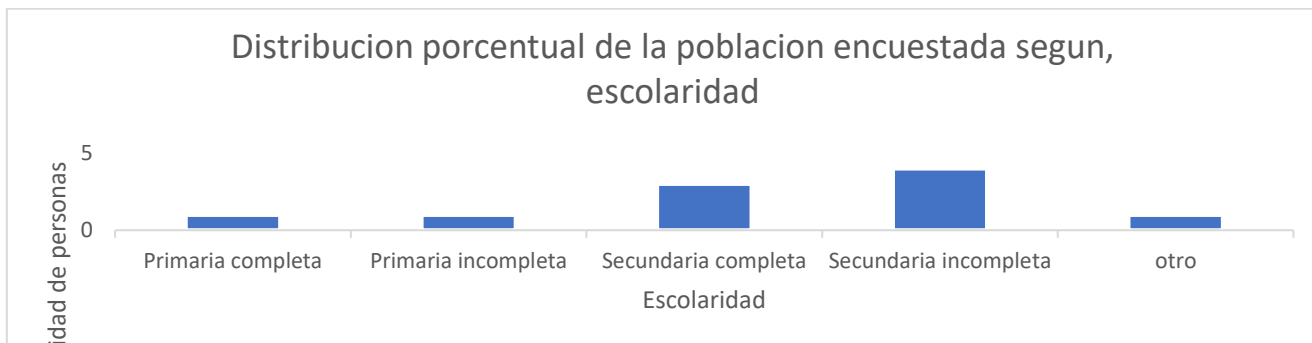
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 3**



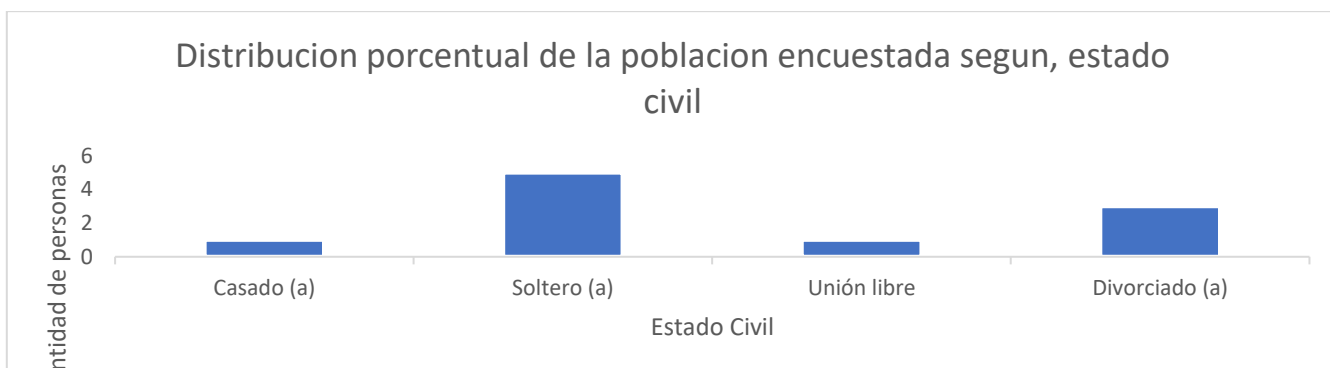
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 4**



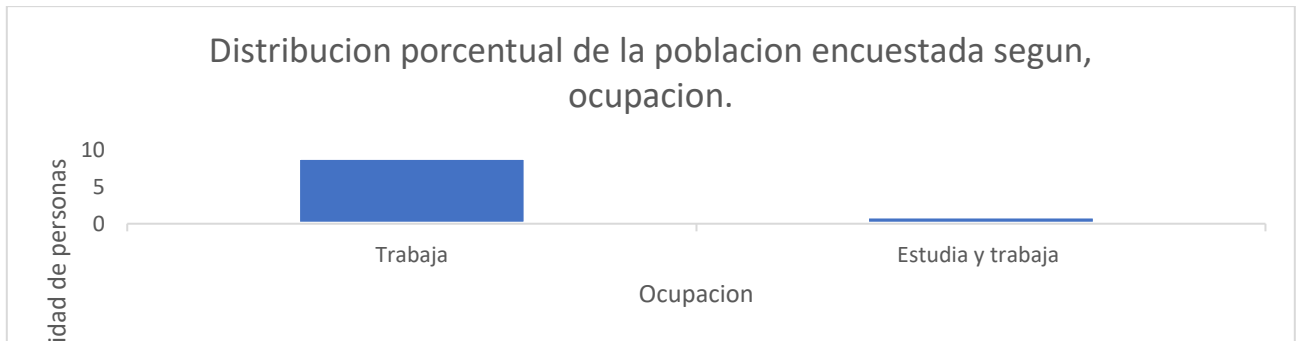
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 5**



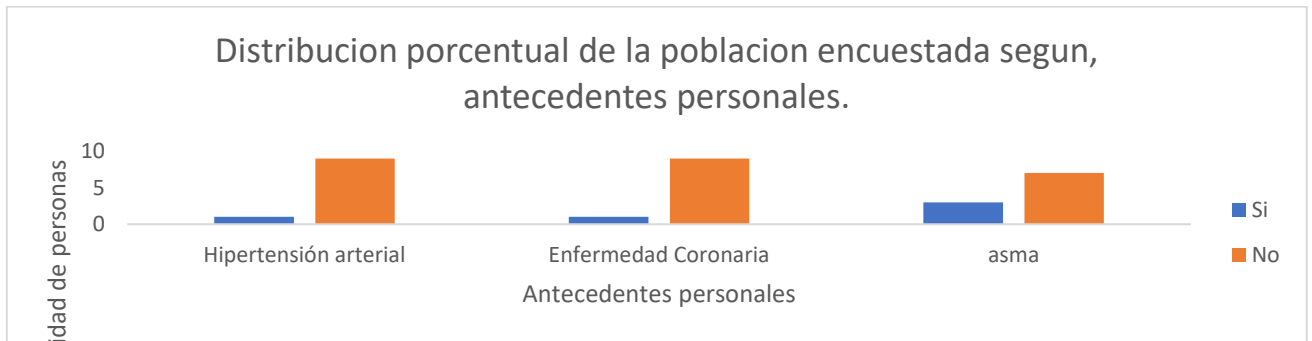
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 6**



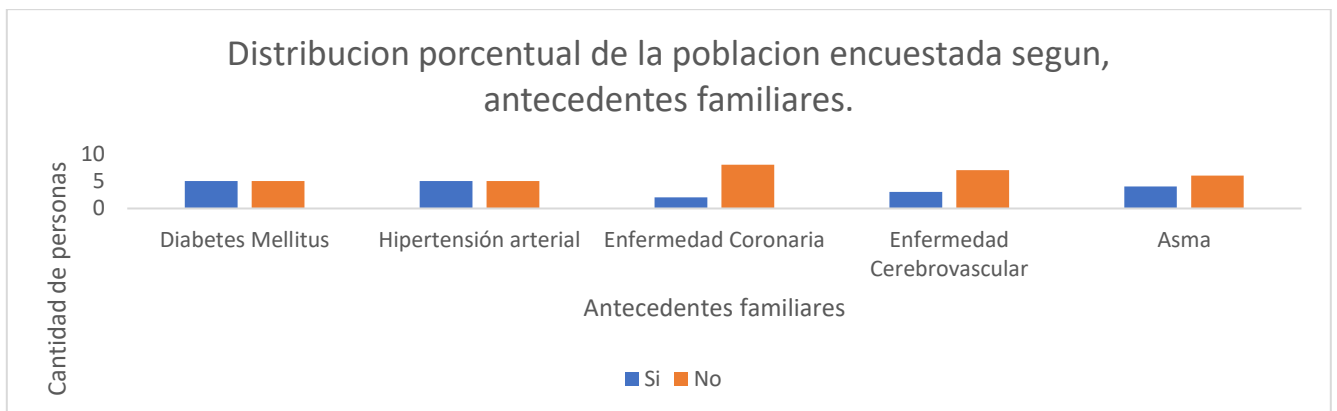
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 7**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

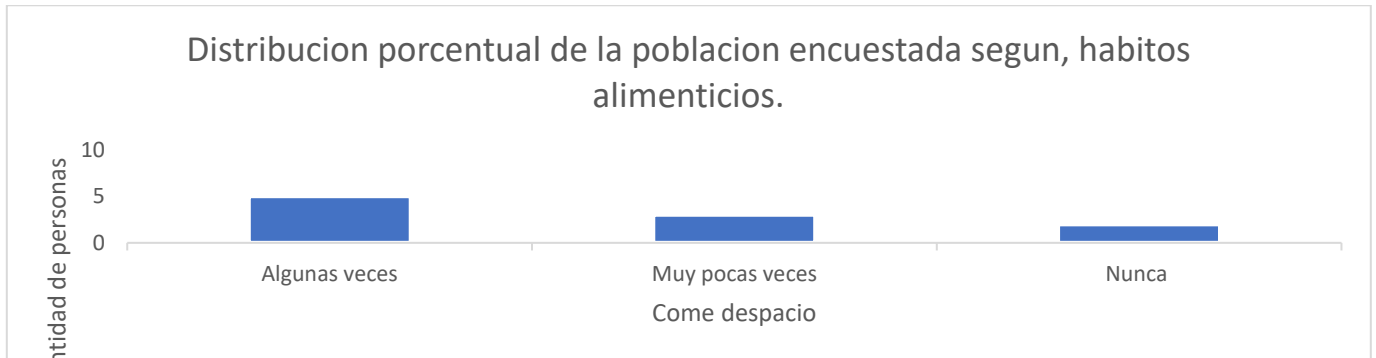
**Figura 8**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

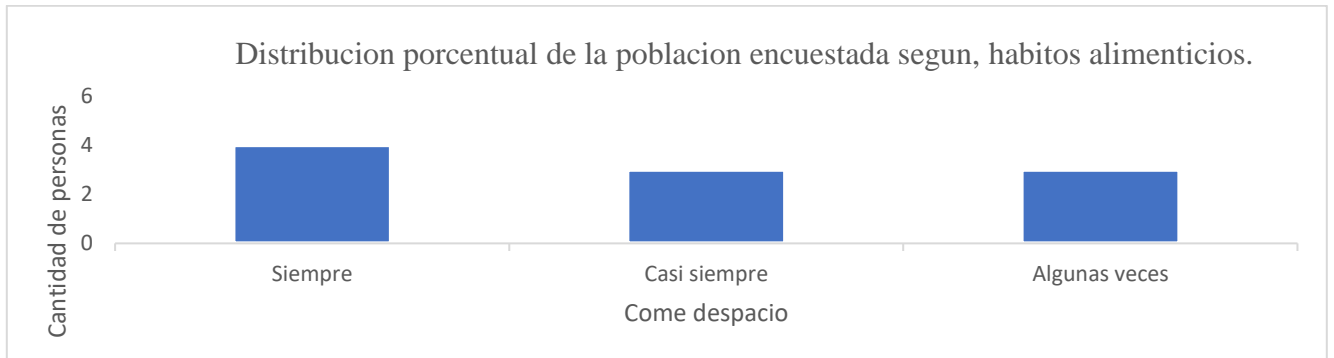
## II parte: Prácticas de autocuidado en salud

**Figura 9**



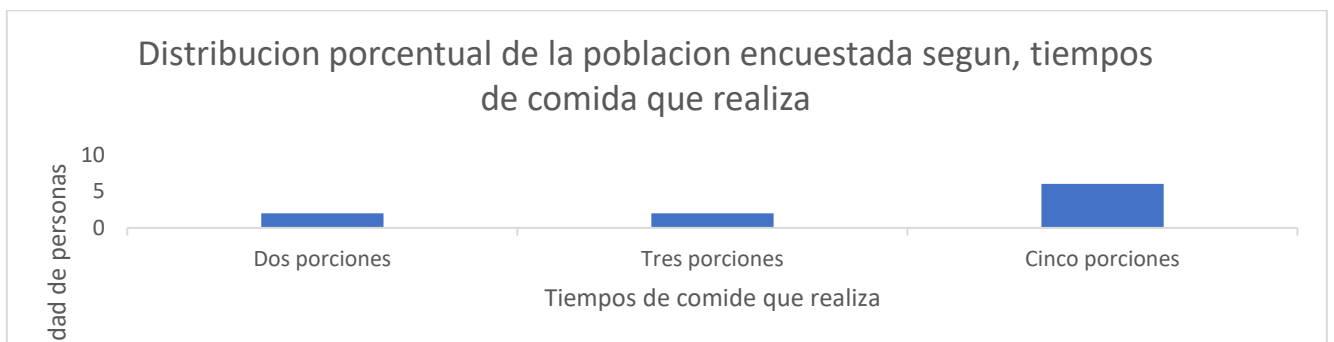
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 10**



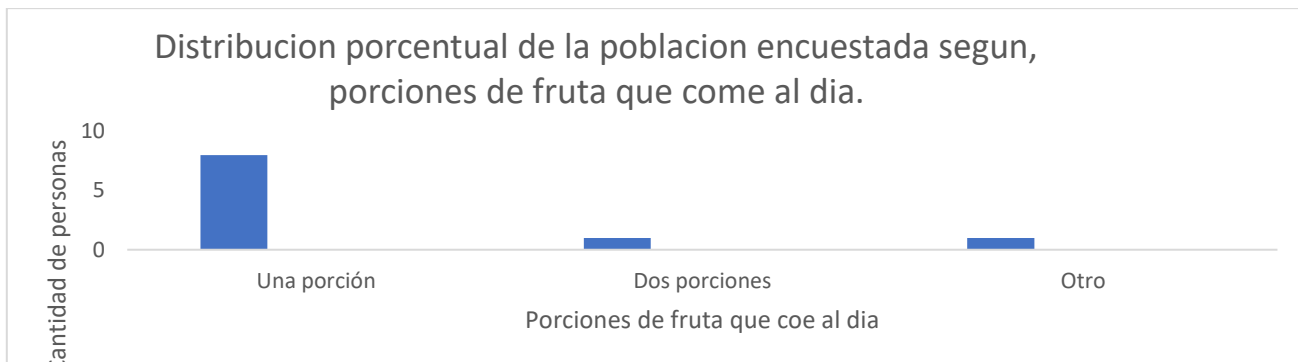
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 11**



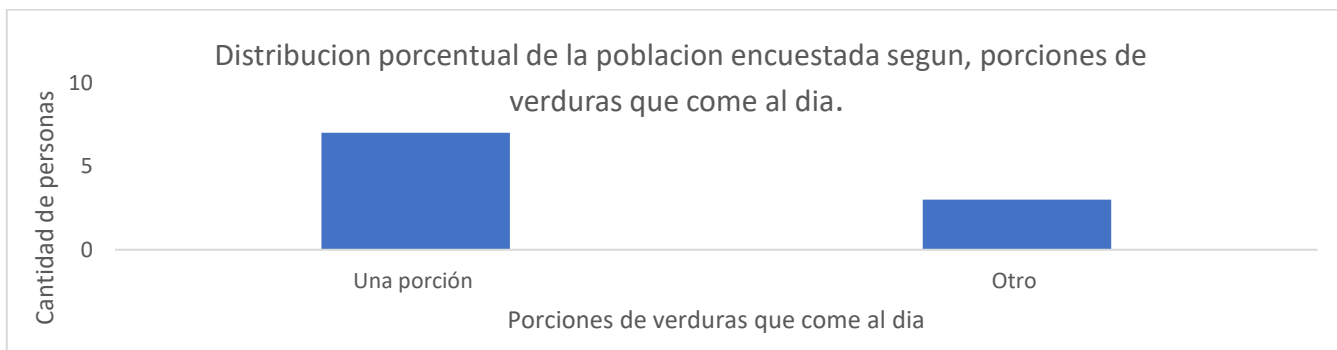
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 12**



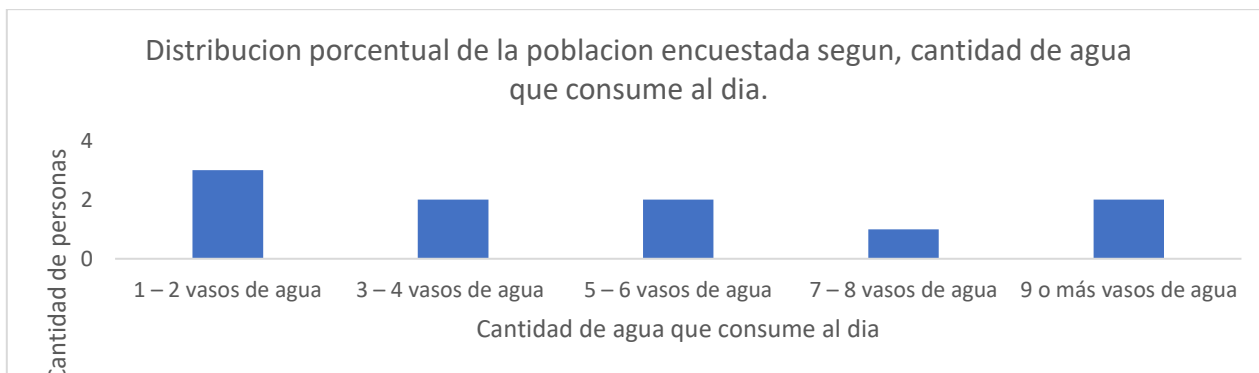
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 13**



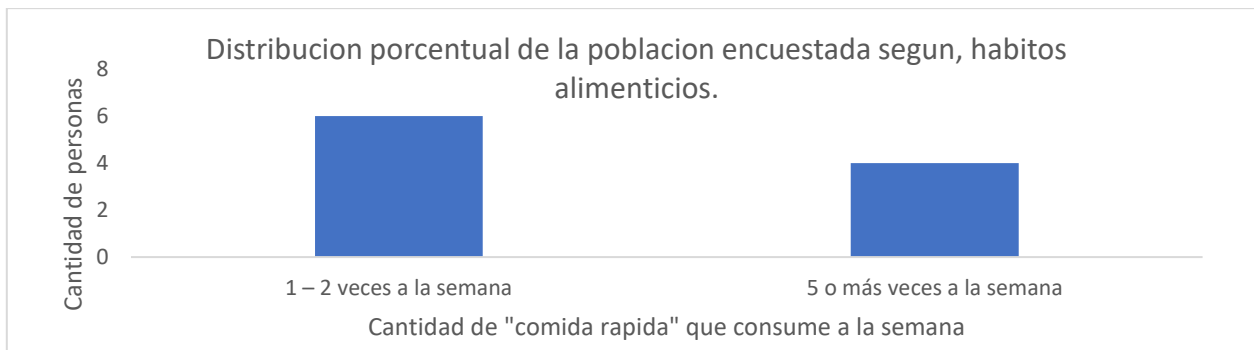
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 14**



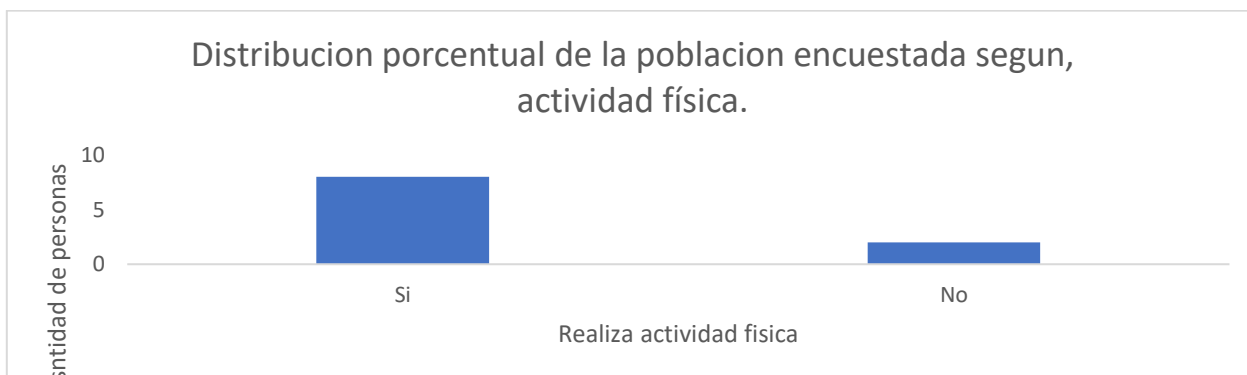
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 15**



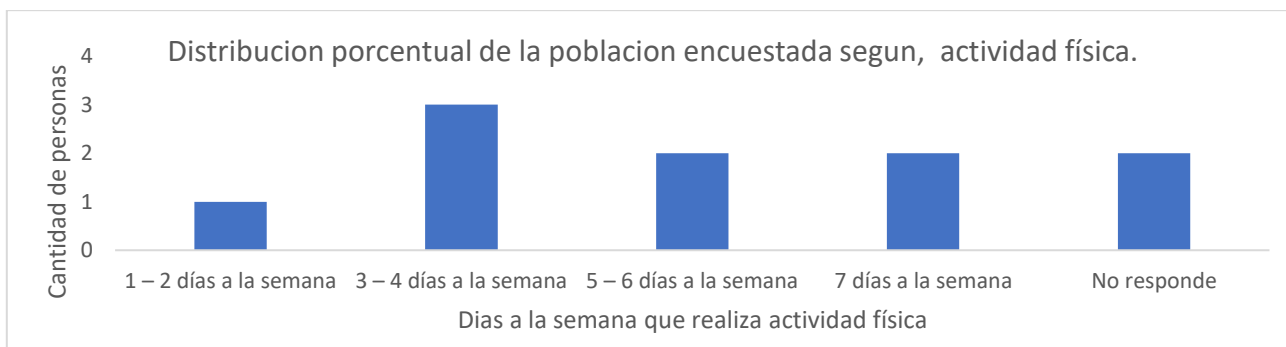
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 16**



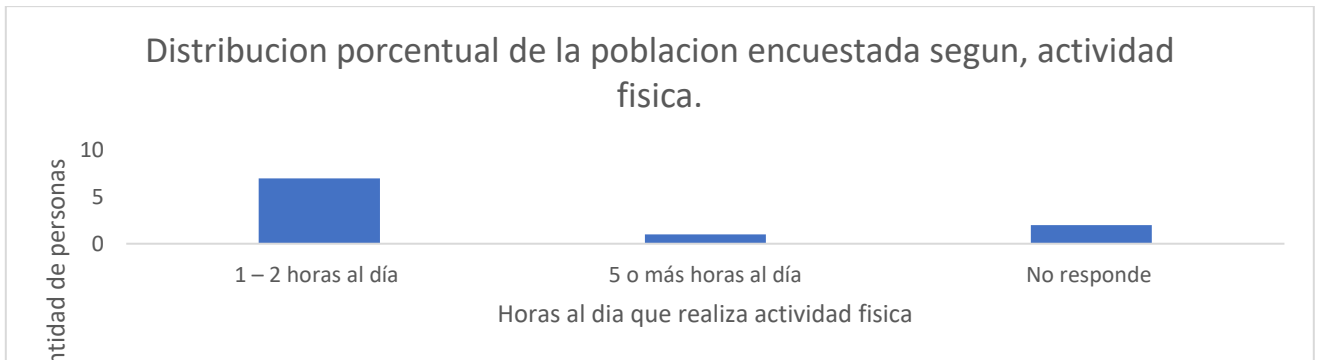
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 17**



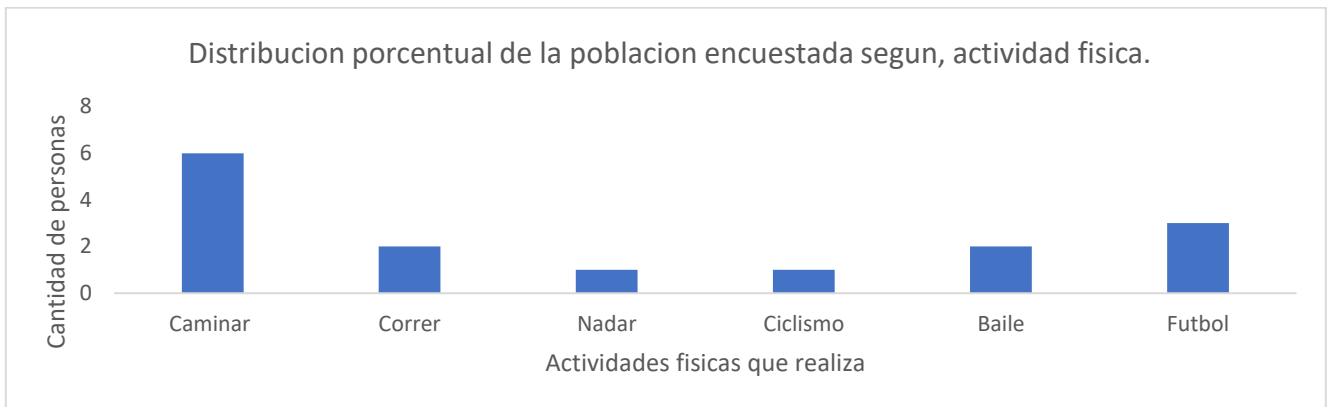
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 18**



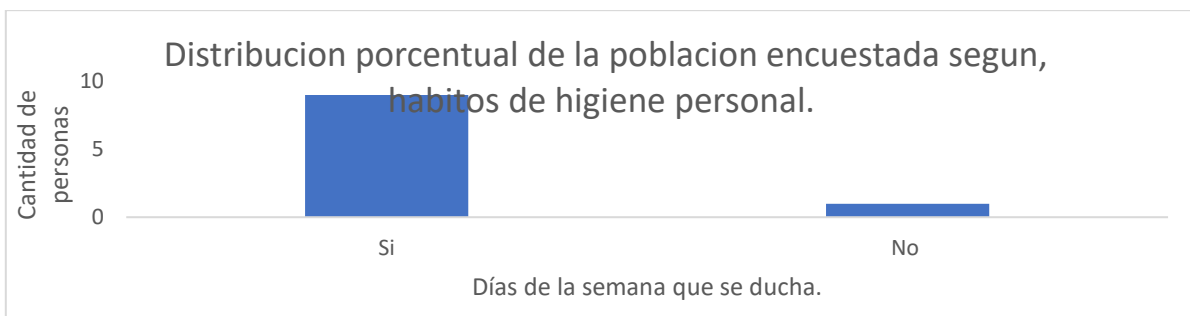
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 19**



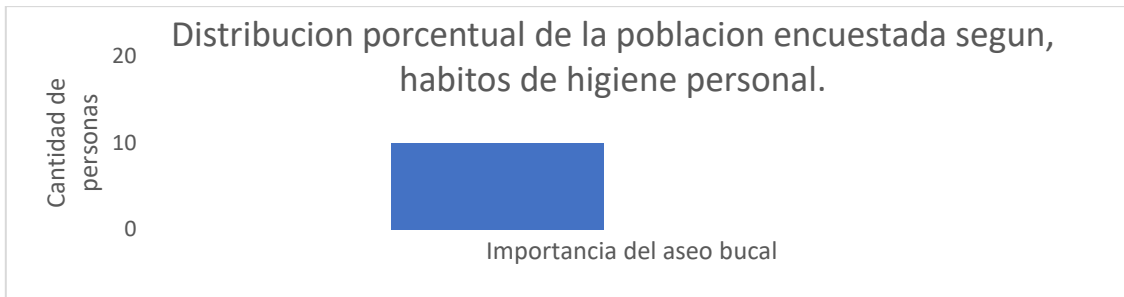
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM

**Figura 20**



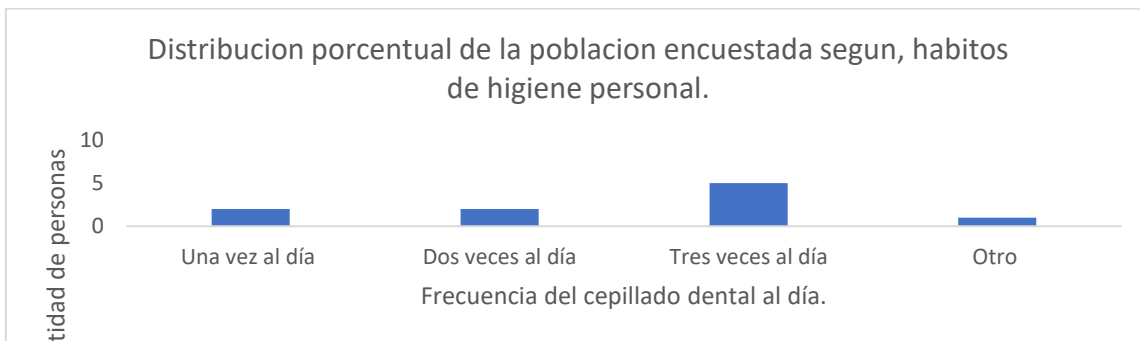
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM

**Figura 21**



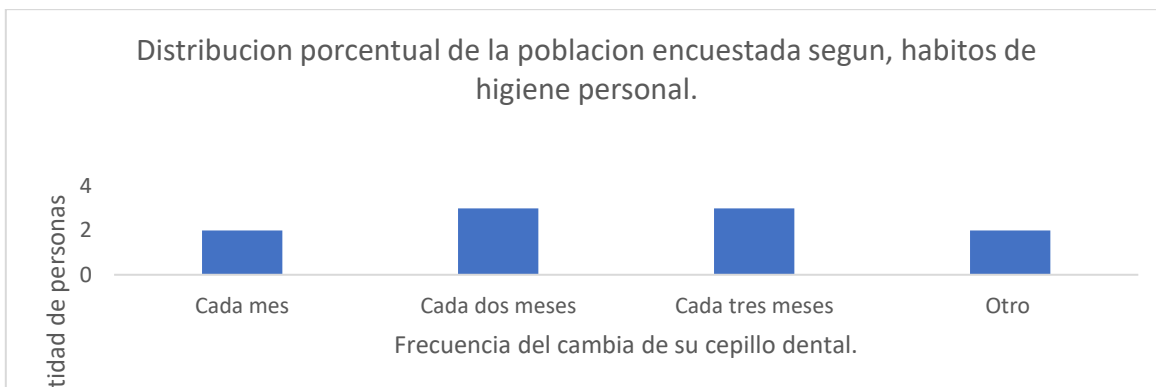
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 22**



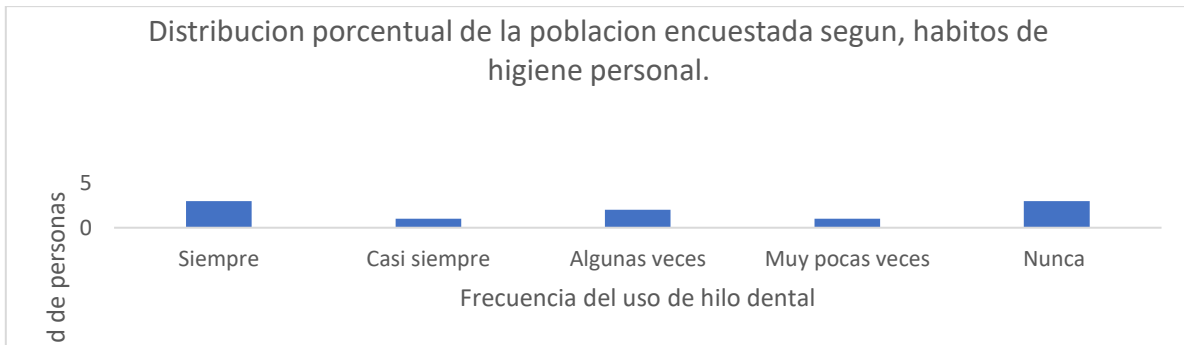
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 24**



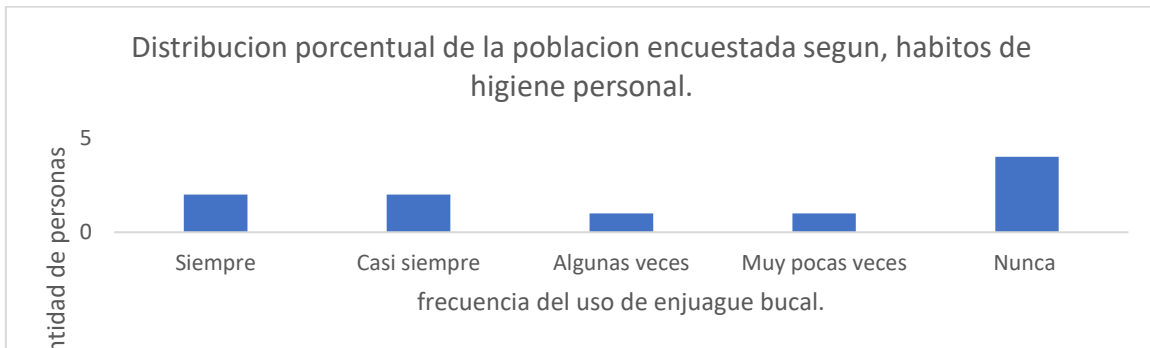
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 24**



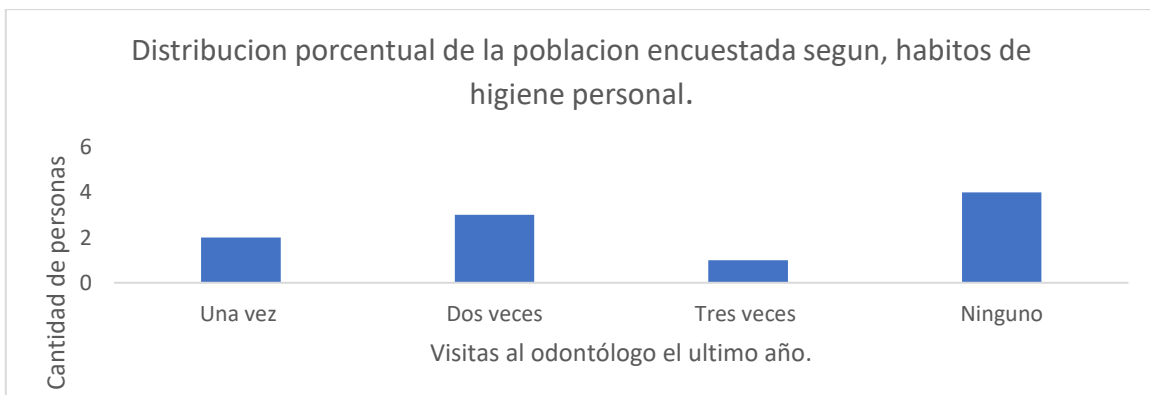
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 25**



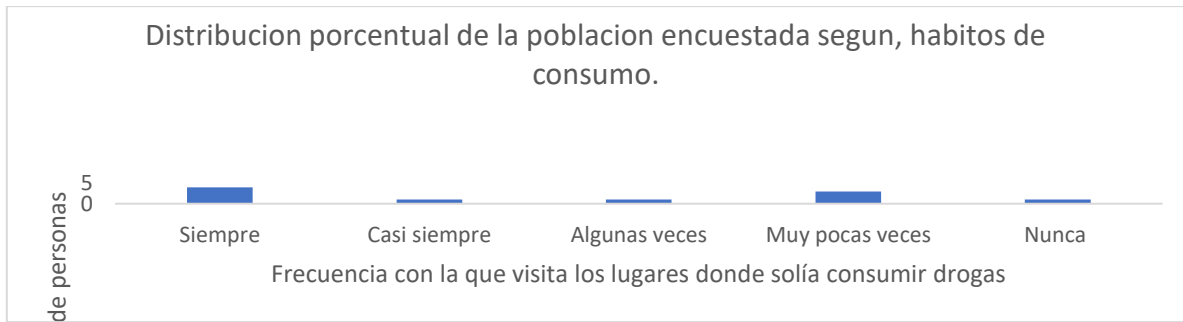
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 26**



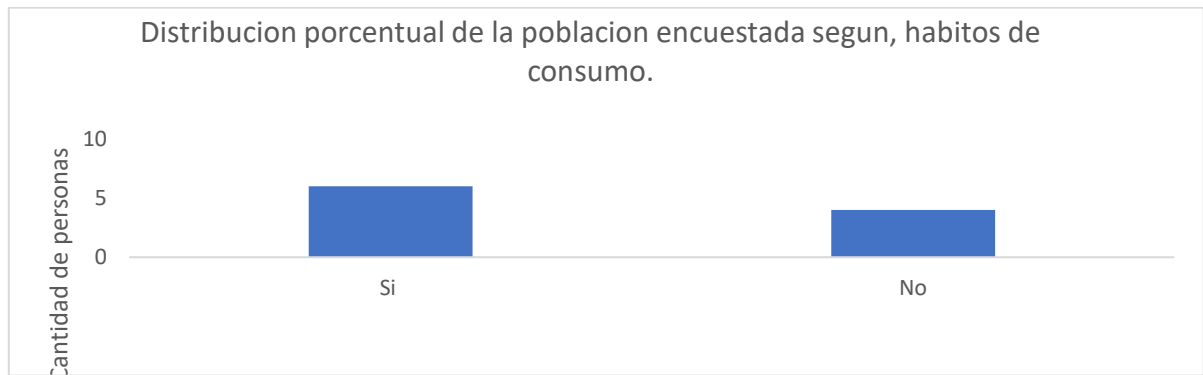
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 27**



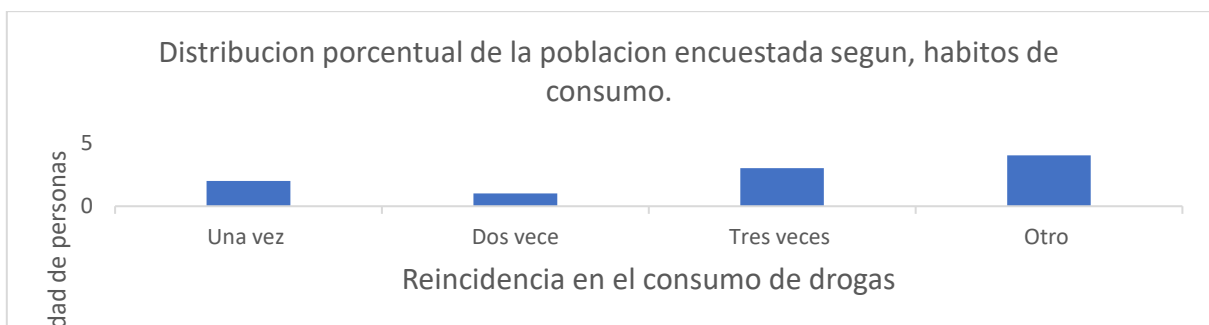
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 28**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 29**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

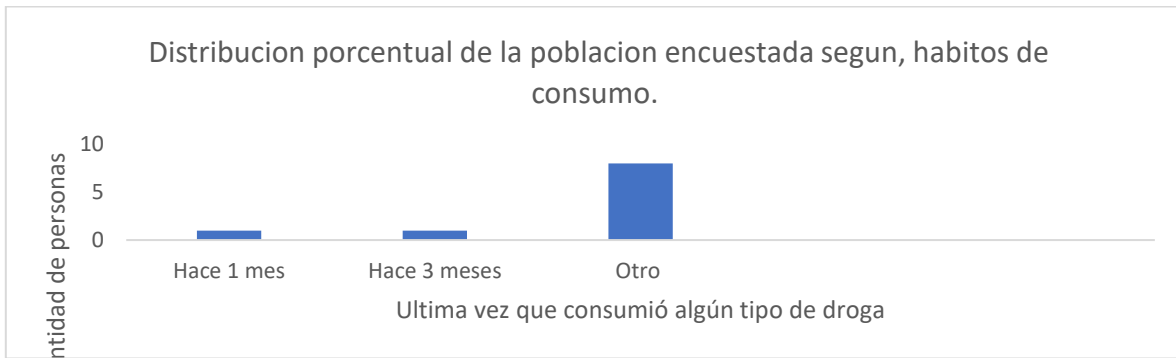
**Tabla 2**

**Motivo que lo hizo reincidir en el consumo de drogas**

	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
No logra determinar el motivo	5	50%
Ansiedad	1	10%
Fiestas	1	10%
Por gusto	2	20%
Problemas	1	10%
Total	10	100%

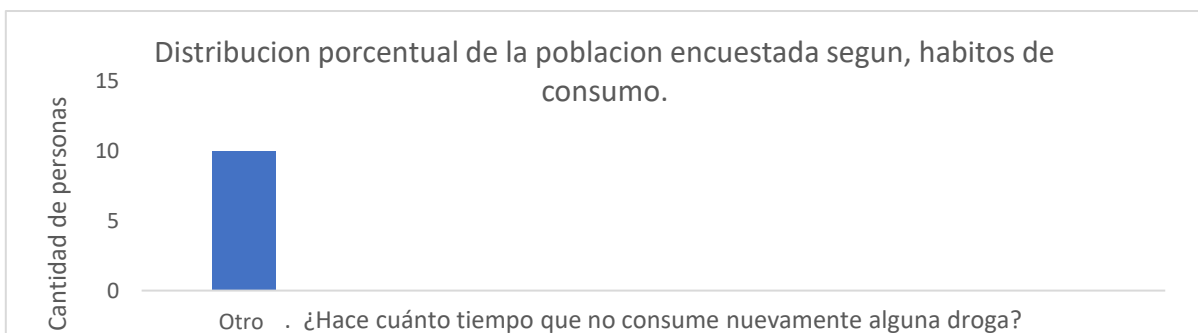
Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

**Figura 30**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

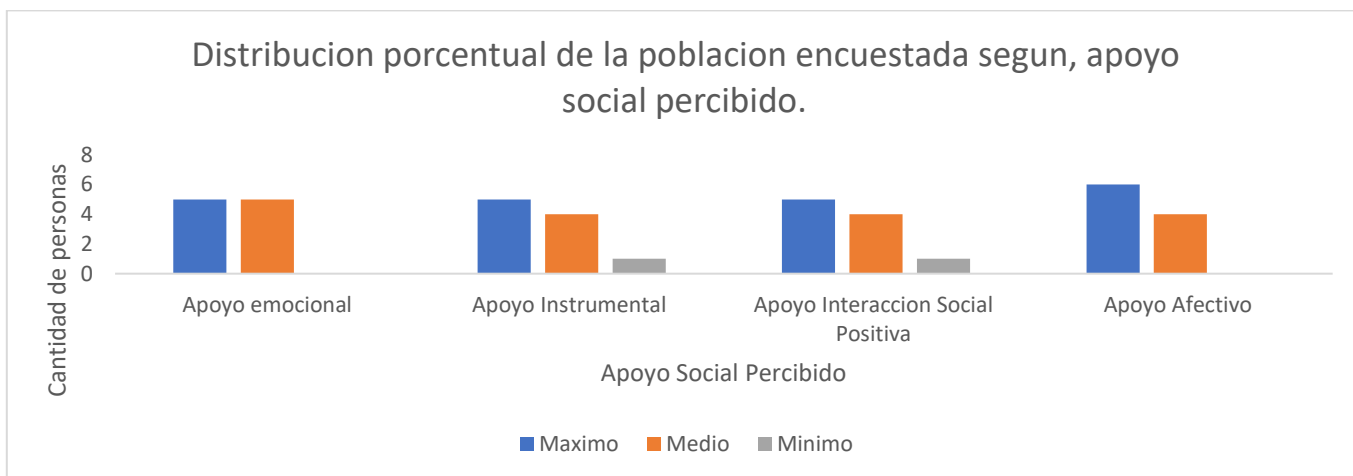
**Figura 31**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

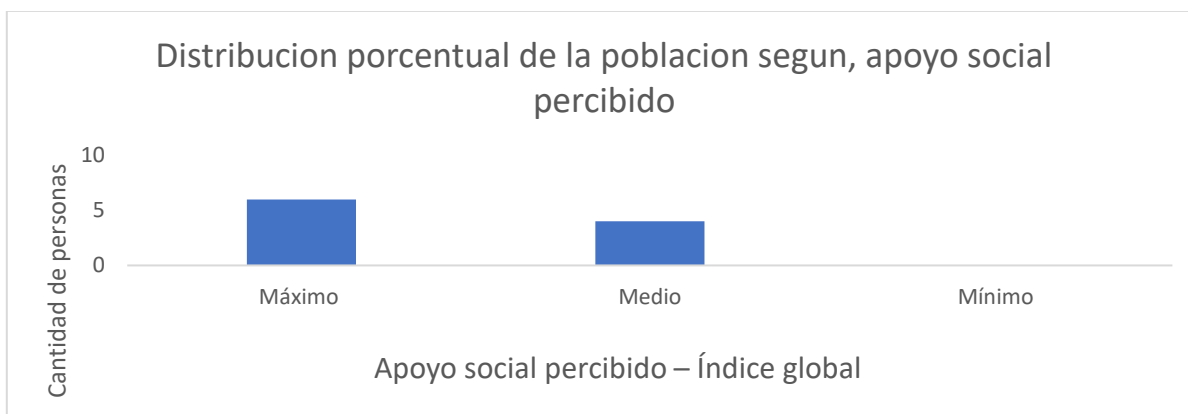
### III parte: Apoyo social percibido

Figura 32



Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

Figura 33



Fuente: Elaboración propia, en base a datos del cuestionario realizado a usuarios de Programas del IAFA, I cuatrimestre 2018, GAM.

## **ANEXO N° 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO E INSTRUMENTO**

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CARRERA DE ENFERMERIA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

Teléfono:(506) 2211 3000

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la Investigación: prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según reincidencia, Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre 2018.

Nombre del Investigador (a) Principal: Anielka Elizabeth Solís López

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar las prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según reincidencia, se realiza por Anielka Elizabeth Solís López, estudiante de la carrera de enfermería en la Universidad Hispanoamericana, y forma parte del trabajo final de graduación para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería. Además, se pretende obtener información acerca de las características sociodemográficas de los participantes, así como, las prácticas de autocuidado en salud y el apoyo social percibido.

El participante debe completar el cuestionario con la información que se solicita, los requisitos son tener alguna adicción y participar en los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, residir en el Gran Área Metropolitana.

La participación en este estudio no representa ningún riesgo para la salud.

Como resultado de esta investigación recibirá beneficio directo, ya que, al obtener los datos finales, usted podrá determinar si las prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido son adecuadas y sino, se podrá conocer cuáles son las prácticas de autocuidado y así ponerlas en práctica para prevenir recaídas.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la investigadora Anielka Elizabeth Solís López, quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono 89411236 en el horario de lunes a viernes de 8 am a 5 pm. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono 2211-3000, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.

Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a interrumpir su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.

Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.

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. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

---

Nombre completo del participante	cédula	firma	fecha
----------------------------------	--------	-------	-------

---

Nombre completo del testigo	cédula	firma	fecha
-----------------------------	--------	-------	-------

---

Nombre completo del Investigador	cédula	firma	fecha
----------------------------------	--------	-------	-------

**Marque con una equis (x) la opción que más se ajuste a su situación.**

**I parte: Datos Sociodemográficos**

P1. ¿Cuál es su sexo?

- Femenino
- Masculino

P2. ¿Cuál es su edad?

- 18 – 27 años
- 28 – 37 años
- 38 – 47 años
- 48 – 57 años
- 58 – 67 años

P3. ¿Dónde vive?

- San José
- Heredia
- Alajuela
- Cartago

P4. ¿Cuál es su escolaridad?

- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Universidad completa
- Universidad incompleta
- Técnico
- Otro \_\_\_\_\_

P5. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado (a)
- Soltero (a)
- Unión libre
- Divorciado (a)
- Viudo (a)

P6. ¿Cuál es su ocupación?

- Estudia
- Trabaja
- Estudia y trabaja
- Pensionado (a)
- Ningun

P7. ¿Usted padece alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad	Si	No
Diabetes Mellitus		
Hipertensión arterial		
Enfermedad Coronaria		
Enfermedad Cerebrovascular		
EPOC		
Asma		
Neumonía		
Hep.B		
Hep. C		
VIH/SIDA		

P8. ¿Sus familiares directos padecen alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad	Si	No
Diabetes Mellitus		
Hipertensión arterial		
Enfermedad Coronaria		
Enfermedad Cerebrovascular		
EPOC		
Asma		
Neumonía		
Hep.B		
Hep. C		
VIH/SIDA		

## II parte: Prácticas de autocuidado en salud

P9. ¿Usted come despacio?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

P10. ¿Usted come sentado?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

P11. ¿Cuántos tiempos de comida realiza?

- Una tiempo de comida
- Dos tiempos de comida
- Tres tiempos de comida
- Cuatro tiempos de comida
- Cinco o más tiempos de comida

Otro \_\_\_\_\_

P12. ¿Cuántas porciones de frutas come al día?

- Una porción
- Dos porciones
- Tres porciones
- Cuatro porciones
- Cinco o más porciones

Otro \_\_\_\_\_

P13. ¿Cuántas porciones de verduras come al día?

- Una porción
- Dos porciones
- Tres porciones
- Cuatro porciones
- Cinco o más porciones

Otro \_\_\_\_\_

P14. ¿Cuántos vasos de agua bebe al día?

- 1 – 2 vasos de agua
- 3 – 4 vasos de agua
- 5 – 6 vasos de agua
- 7 – 8 vasos de agua
- 9 o más vasos de agua

P15. ¿Cuántas veces a la semana come “Comida rápida”?

- 1-2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5 o más veces a la semana

P16. ¿Realiza actividad física?

- Si
- No

**Nota: Si su respuesta es NO pase a la pregunta número 20.**

P17. ¿Cuántos días a la semana realiza actividad física?

- 1 – 2 días a la semana
- 3 - 4 días a la semana
- 5 – 6 días a la semana
- 7 días a la semana

P18. ¿Cuántas horas al día realiza actividad física?

- 1-2 horas al día
- 3–4 horas al día
- 5 o más horas al día

P19. De las siguientes actividades físicas, ¿cuáles realiza?

	Si	No
Caminar		
Correr		
Nadar		
Ciclismo		
Baile		
Futbol		
Baloncesto		
Otro		

P20. ¿Se ducha todos los días de la semana?

- Si  
 No

P21. ¿Considera importante el aseo bucal?

- Si  
 No

P22. ¿Cuál es la frecuencia del cepillado dental al día?

- Una vez al día  
 Dos veces al día  
 Tres veces al día  
Otro \_\_\_\_\_

P23. ¿Cada cuánto cambia su cepillo dental?

- Cada mes  
 Cada dos meses  
 Cada tres meses  
Otro \_\_\_\_\_

P24. ¿Realiza uso de hilo dental

- Siempre  
 Casi siempre  
 Algunas veces  
 Muy pocas veces  
 Nunca

P25. ¿Realiza uso de enjuague bucal?

- Siempre  
 Casi siempre  
 Algunas veces  
 Muy pocas veces  
 Nunca

P26. ¿El último año cuantas veces visito al odontólogo?

- Una vez  
 Dos veces  
 Tres veces  
 Ninguno

P27. ¿Con que frecuencia visita los lugares donde solía consumir drogas?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

P28. ¿Ha vuelto a salir con las personas que solía consumir drogas?

- Si
- No

P29. ¿Cuántas veces ha reincidido en el consumo de drogas?

- Una vez
  - Dos veces
  - Tres veces
- Otro \_\_\_\_\_

P30. ¿Cuál fue el motivo que lo hizo reincidir en el consumo de drogas?  
Especifique

---

---

---

---

P31. ¿Cuándo fue la última vez que consumió algún tipo de droga?

- Hace 1 mes
  - Hace 2 meses
  - Hace 3 meses
  - Hace 4 meses
  - Hace 5 meses
- Otro \_\_\_\_\_

P32. ¿Hace cuánto tiempo que no consume nuevamente alguna droga?

- Hace 1 mes
  - Hace 2 meses
  - Hace 3 meses
  - Hace 4 meses
  - Hace 5 meses
- Otro \_\_\_\_\_

### III parte: Apoyo social percibido

Aproximadamente, ¿cuantos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que ocurre)

I.1 Número de amigos íntimos o familiares...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyos cuando lo necesita?

Marque con un circulo uno de los números de cada fila.

Pregunta	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
I.2 Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
I.3 Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
I.4 Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
I.5 Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
I.6 Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
I.7 Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
I.8 Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
I.9 Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
I.10 Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
I.11 Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
I.12 Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
I.13 Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
I.14 Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
I.15 Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
I.16 Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
I.17 Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
I.18 Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
I.19 Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
I.20 Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

## ANEXO N°5 DECLARACIÓN JURADA

### DECLARACIÓN JURADA

Yo ANIELKA ELIZABETH SOLIS LOPEZ, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 155820551527 egresado de la carrera de ENFERMERIA de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN ENFERMERIA, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO PARA PREVENIR RECAIDAS EN USUARIOS QUE ACUDEN A LOS PROGRAMAS DEL INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA, SEGÚN REINCIDENCIA, GRAN AREA METROPOLITANA, I CUATRIMESTRE 2018, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 17 días del mes de septiembre del año dos mil dieciocho.

Anielka Solis L.

Firma del estudiante

Cédula: 155820551527

## ANEXO N°6 CARTA DE PERMISO DE ASOCIACIÓN 1

ASOCIACIÓN CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ALCOHÓLICOS EN GOICOECHEA  
Alto de Guadalupe, de la Clínica Jerusalén 100 m. E, 125 SE, carretera a Mozotal  
Céd. Jurídica 3-002-124596  
2245-43-43 - Fax: 2245-43-43  
fedepin@costarricense.cr



San José, Costa Rica

15 de julio de 2018

Señora  
Licda. Gisela Coronado G  
Encargada de Registro  
Universidad Hispanoamericana

Por este medio saludamos cordialmente y nos permitimos dar respuesta a la nota del 5 de julio de 2018 y le informamos que se aceptó la participación de la estudiante de enfermería Anielka Elizabeth Solís López, para que pudiera realizar su trabajo para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería con los residentes del Hogar.

Nos despedimos atentamente y extendemos esta nota a solicitud de la estudiante.

Atentamente:



Jorge Arturo Acuña Rodríguez  
Director  
Asociación Centro de Rehabilitación en Goicoechea



## ANEXO N° 7 CARTA DE PERMISO DE ASOCIACIÓN 2



ASOCIACION AUTOGESTORES PARA LA SALUD DE CORONADO  
"HOGAR SALVANDO AL ALCOHÓLICO Y  
FARMACODEPENDIENTE DE CORONADO"  
Cédula Jurídica No. 3-002-188035  
Teléfono: 2229-9459 Telefax: 22947732  
www.autogestoresaludcoronado.wordpress.com



Coronado, 16 de julio de 2018  
AASC-018-18

Señora:  
Licda. Gisela Coronado G  
Encargada de Registro  
Universidad Hispanoamericana.

Sirva la presente para saludarle muy cordialmente y a la vez dar respuesta a la nota del 5 de Julio , donde le informamos , que se aceptó la participación de la joven estudiante de enfermería Anielka Elizabeth Solís Lopez , para que pudiera realizar parte de su trabajo de tesis con nuestros internos .

Esperamos poder seguir sirviendo en lo que esté a nuestro alcance.

Sin más por el momento nos despedimos

Att  
Ronald Perez C  
Director  
AASC



## ANEXO N° 8 CARTA DE TUTOR

### CARTA DE LA TUTORA

San José, 18 de setiembre del 2018.

**Máster Vanessa Aguilar Zeledón**  
**Sub-Directora Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

La estudiante, **ANIELKA ELIZABETH SOLIS LÓPEZ**, cédula **155820551527** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO PARA PREVENIR RECAIDAS EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LOS PROGRAMAS DEL INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA, SEGÚN REINCIDENCIA, GRAN AREA METROPOLITANA, I CUATRIMESTRE 2018”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

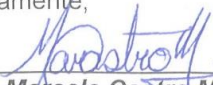
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		<b>90</b>

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

  
**MSc. Marcela Castro Méndez**  
**Cédula de identidad 1-1034-0377**  
**Carné Colegio Profesional E-4705**

## **ANEXO N°9 CARTA DEL LECTOR**

San José, 19 de noviembre de 2018.

*Departamento de Registro  
Universidad Hispanoamericana  
Presente*

La estudiante ANIELKA ELIZABETH SOLIS LÓPEZ, cedula 1-558205-5152700, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado, **“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO PARA PREVENIR RECAIDAS EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LOS PROGRAMAS DEL INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA, SEGÚN REINCIDENCIA, GRAN AREA METROPOLITANA, I CUATRIMESTRE 2018**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectura y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

En virtud de la aprobación obtenida, se avala el traslado al proceso de filólogo.

Atentamente,



*Licda. Melissa Quesada Corella  
Cédula identidad 4-0201-0667  
Carné Colegio Profesional 11645*

## ANEXO N°10 CARTA DEL FILÓLOGO

### Carta de aprobación filológica

San José, 19 de noviembre de 2018

Msc.

Vanessa Aguilar Zeledón

Directora Carrera de Enfermería

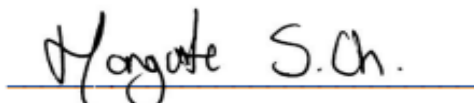
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

He revisado y corregido en todos los extremos filológicos: la redacción, la ortografía, la puntuación, la morfología, la sintaxis y los vicios de la tesis denominada **“Prácticas de autocuidado en salud y apoyo social percibido para prevenir recaídas en los usuarios que acuden a los programas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, según reincidencia, Gran Área Metropolitana, I cuatrimestre 2018”**, presentada por la estudiante Anielka Elizabeth Solís López, para optar por grado académica de **Licenciatura en Enfermería**.

Con las correcciones realizadas en este trabajo de investigación, este es un documento con valor filológico y cumple con los requisitos necesarios para ser presentada ante las autoridades universitarias correspondientes.

Atentamente,



Margarita Sirlene Chaves Bonilla

Filóloga

Cédula # 2 0717 0620

Carné afiliado # 231 “Asociación Costarricense de Filólogos”

## **ANEXO N°11 CARTA DE LA UNIVERSIDAD**

San José, 11 de diciembre del 2018.

*Máster*  
*Vanessa Aguilar Zeledón*  
*Directora Carrera de Enfermería*  
*Universidad Hispanoamericana*

Estimada señora:

La estudiante, **ANIELKA ELIZABETH SOLÍS LÓPEZ**, cédula **155820551527**, me ha presentado, el documento digital de su trabajo final de investigación denominado: **“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO PARA PREVENIR RECAÍDAS EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LOS PROGRAMAS DEL INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA, SEGÚN REINCIDENCIA, GRAN ÁREA METROPOLITANA, I CUATRIMESTRE 2018”** para efectos de revisión y comprobación. Tras su lectura puedo dar fe que contiene todas las correcciones que el Tribunal Examinador indicó en el momento de la defensa oral, por lo que manifiesto mi aval como lectura para la entrega de documentos finales.

Atentamente,



**MSc. Marcela Castro Méndez**  
**Cédula identidad 1-1034-0377**  
**Carné Colegio Profesional E-4705**

