

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

**FACTORES SOCIO-PERSONALES QUE
INTERVIENEN EN EL PROCESO DE
CONSUMO DE PSICOACTIVOS EN
POBLACIÓN INDIGENTE MAYOR DE
EDAD, EN EL GRAN ÁREA
METROPOLITANA, II CUATRIMESTRE
2018**

KARINA PHILLIPS HIDALGO

2018

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	6
RESUMEN.....	10
SUMMARY	12
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1.1 Antecedentes del problema	15
1.1.2 Delimitación del problema	22
1.1.3 Justificación.....	22
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.3.1. Objetivo general.....	24
1.3.2. Objetivos específicos	24
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	24
1.4.1. Alcances de la investigación	24
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	26
2.1.1 Teorizante de Enfermería	42
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	49
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	49
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	49
3.3.1 Población.....	50
3.3.2 Muestra.....	50
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	51
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	51
3.4.1 Validez del cuestionario.....	51
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
4.1. GENERALIDADES	59
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS	96
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1 CONCLUSIONES	103
6.2 RECOMENDACIONES	103
BIBLIOGRAFÍA	108
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	118
ANEXOS	120
Anexo n°1 Agradecimientos	120

Anexo n°2 Declaración Jurada	121
Anexo n°3 Carta de Aprobación de Tutor.....	122
Anexo n°4 Carta de Aprobación de Lector	123
Anexo n°5 Carta de Aprobación de Filólogo.....	124
Anexo n°6 Instrumento.....	125
Anexo n°7 Rostro humano de esta investigación.....	134
Anexo n°8 Plan piloto.....	137
Anexo n° 9Tabla Programa Stata	166

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Distribución porcentual de la población encuestada según género, en el Gran Área Metropolitana 2018	59
Tabla N°2 Distribución porcentual de la población encuestada según nacionalidad, en el Gran Área Metropolitana 2018.....	60
Tabla N°3 Distribución porcentual de la población costarricense encuestada según provincia donde nació, en el Gran Área Metropolitana 2018	60
Tabla N°4 Distribución porcentual de la población encuestada según edad, en el Gran Área Metropolitana 2018	61
Tabla N°5 Distribución porcentual de la población encuestada según estado civil, en el Gran Área Metropolitana 2018	62
Tabla N°6 Distribución porcentual de la población encuestada según escolaridad, en el Gran Área Metropolitana 2018	63
Tabla N°7 Distribución porcentual de la población encuestada según percepción de aprecio, felicidad y realización personal, en el Gran Área Metropolitana 2018	65
Tabla N°8 Distribución porcentual de la población encuestada según relaciones afectivas interpersonales, en el Gran Área Metropolitana 2018	66
Tabla N°9 Distribución porcentual de la población encuestada según relaciones afectivas y consumo de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana 2018	68

Tabla N°10 Distribución porcentual de la población encuestada según cantidad de hermanos que poseen, en el Gran Área Metropolitana 2018	69
Tabla N°11 Distribución porcentual de la población encuestada según impacto personal, abstinencia y culpa ante el uso de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana 2018	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Distribución de la población encuestada según descripción personal, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	64
Figura N°2 Distribución porcentual de la población encuestada según relación disfuncional con padres biológicos asociada a consumo de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana, 2018.	67
Figura N°3 Distribución porcentual de la población encuestada según encargado de crianza, en el Gran Área Metropolitana, 2018.	70
Figura N°4 Distribución porcentual de la población encuestada según acceso a drogas en el lugar donde vivió infancia y adolescencia, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	71
Figura N°5 Distribución porcentual de la población encuestada según percepción sobre la infancia, en el Gran Área Metropolitana, 2018.	72
Figura N°6 Distribución porcentual de la población encuestada según percepción sobre importancia en su familia, en el Gran Área Metropolitana, 2018.	73
Figura N°7 Distribución porcentual de la población encuestada según relación interpersonales con amigos, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	74

Figura N°8 Distribución porcentual de la población encuestada según redes de apoyo. Gran Área Metropolitana, 2018.....	75
Figura N°9 Distribución porcentual de la población encuestada según redes de apoyo ante los problemas, Gran Área Metropolitana, 2018.	76
Figura N°10 Distribución porcentual de la población encuestada según percepción de afrontamiento ante los problemas, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	77
Figura N°11 Distribución de la población encuestada según ingreso económico percibido, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	78
Figura N°12 Distribución de la población encuestada según uso de psicoactivos, Gran Área Metropolitana, 2018.	79
Figura N°13 Distribución de la población encuestada según psicoactivos legales e ilegales de inicio de consumo, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	80
Figura N°14 Distribución de la población encuestada según psicoactivos legales e ilegales de consumo actual, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	81
Figura N°15 Distribución de la población encuestada según motivo de consumo de psicoactivos legales e ilegales, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	82
Figura N°16 Distribución porcentual de la población encuestada según frecuencia de consumo, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	83
Figura N°17 Distribución porcentual de la población encuestada según pérdida de oportunidades por el consumo, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	85

Figura N°18 Distribución porcentual de la población encuestada según recaída en el consumo de psicoactivos legales e ilegales, en el Gran Área Metropolitana, 2018..	86
Figura N°19 Distribución porcentual de la población encuestada según búsqueda de atención al problema de dependencia a psicoactivos legales e ilegales, en el Gran Área Metropolitana, 2018..	87
Figura N°20 Distribución de la población encuestada según edad en años cumplidos de inicio en situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	88
Figura N°21 Distribución de la población encuestada según causas de la indigencia, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	89
Figura N°22 Distribución de la población encuestada según motivos que impiden salir de situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, 2018..	90
Figura N°23 Distribución de la población encuestada según entorno familiar asociado al consumo de psicoactivos y situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, 2018..	91
Figura N°24 Distribución porcentual de la población encuestada según percepción del trato social en situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, 2018..	92
Figura N°25 Distribución porcentual de la población encuestada según discriminación y tipos de agresión, en el Gran Área Metropolitana, 2018.....	93

Figura N°26 Distribución de la población encuestada según responsables de discriminación y agresiones, en el Gran Área Metropolitana, 2018. 94

RESUMEN

Introducción: la situación de calle hace referencia a la mayor manifestación de exclusión social presente en la actualidad; no discrimina edad, sexo, condición socioeconómica, discapacidad, nacionalidad o cultura. La vulnerabilidad de esta población, en ocasiones está relacionada con situaciones, tales como: desempleo, pobreza, diversidad sexual, edad, género, violencia intrafamiliar, conductas delictivas, ausencia o deficiencia de redes de apoyo y para efectos de este estudio, el consumo de sustancias psicoactivas. **Objetivo general:** determinar los factores socio-personales que se asocian al consumo de psicoactivos en personas mayores de edad que presenten situación de calle, en la Gran Área Metropolitana. **Metodología:** el estudio es cuantitativo y se lleva a cabo utilizando una muestra de 100 personas mediante un instrumento de elaboración propia que evalúa características sociodemográficas de esta población, así como también núcleo y entorno familiar, etapas de desarrollo importantes en el ser humano (niñez y adolescencia), experiencias vividas, relaciones interpersonales, percepción social, condición económica, resiliencia, causas que influyen en el consumo de drogas. **Resultados:** la caracterización de esta población revela las experiencias de personas adultas y adultos mayores con problemas de dependencia a sustancias, conflictos familiares, emocionales, judiciales, afectivos y migratorios que, sumados a la situación de indigencia, son encasillados como grupos poblacionales vulnerables. Este panorama refleja, principalmente, la deficiencia de las redes de apoyo en estas personas, la resiliencia y la clara relación de aspectos personales y sociales con el consumo de drogas. De igual forma se expone el gran estigma social que enfrentan estas personas, siendo tratados de manera regular por la sociedad, vulnerable discriminación, y a cualquier tipo de agresión. Con respecto a la ingesta de drogas, el

alcohol, la marihuana, el tabaco y el crack siguen encabezando la lista de los psicoactivos más utilizados, información que concuerda con investigaciones nacionales e internacionales. Asimismo, dentro de los hallazgos más relevantes es el período de inicio en situación de calle, el cual se ubica entre los 11 y 20 años, la cifra que más predomina. **Conclusiones:** según lo investigado, se puede concluir la importancia de un entorno familiar estable, funcional, que promueva la aceptación, salud mental, protección y el afecto en las relaciones intrafamiliares, principalmente, en las etapas de vulnerabilidad en el desarrollo de los miembros. De igual forma, es relevante mencionar necesidad de sensibilización en la sociedad actual para disminuir estigmas que generan impactos negativos en estas personas.

Palabras claves: situación de calle, factores socio personales, vulnerabilidad, psicoactivos.

SUMMARY

Introduction: the street situation makes reference to the largest manifestation of social exclusion which is present today; it does not discriminate age, sex, socioeconomic status, disability of any kind, nationality and culture. The vulnerability of this population is sometimes related to: unemployment, poverty, sexual diversity, age, gender, violence within the family, criminal behavior, absence or deficiency of support networks, and for the purpose of this study, the consumption of psychoactive substances. **General objective:** identify the socio-personal factors that are associated with psychoactive consumption in people of legal age who live in street situations in the great metropolitan area. The quantitative study is carried out using a sample of 100 people through a self-developed instrument that evaluates socio-demographic characteristics of this population, as well as their family and surrounding environment, important stages of development as human beings (childhood and adolescence), lived experiences, relationships interpersonal, social perception, economic condition, resilience, situations that influence the consumption of drugs. **Results:** the characterization of this population reveals the experiences of adults and elders with problems of substance dependence, family, emotional, judicial, affective and migratory conflicts that, added to the situation of indigence, and classify them as vulnerable population groups. This panorama reflects, mainly, the deficiency in the networks of support, resilience and the clear relation of personal and social aspects with the consumption of drugs.

It exposes the great social stigma that these people face, being treated on a regular basis by society, as vulnerable to discrimination and any type of aggression. Regarding the intake of drugs, alcohol, marijuana, tobacco and crack, all of these continue to top the list of the most commonly used psychoactive substances, information that agrees with national and international research. Also, among the most relevant findings is the period of onset in the situation of street, being from 11 to 20 years the predominating figure. **Conclusion:** according to this research, it is possible to conclude the importance of a stable, functional family environment that promotes acceptance, mental health, protection and affection in relationships within the family, mainly in the stages of vulnerability in the development of the members. Similarly, it is important to mention the clear need for awareness in today's society to reduce stigmas that generate negative impacts on these people.

Keywords: street situation, socio-personal factors, vulnerability, psychoactive

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedente del problema

A continuación, se presentan investigaciones, estadísticas y políticas sobre el consumo de psicoactivos, así como también de la situación de calle a nivel nacional e internacional.

Acosta D. et al., (1) realizan un estudio en el año 2008, con jóvenes argentinos de 16 a 24 años, el propósito es analizar factores sociales de riesgo y de protección para el consumo excesivo de alcohol a partir de los datos de la Encuesta Nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de Argentina.

La investigación dictamina que uno de los factores socio personales con gran relevancia es la edad. La adolescencia, desde el enfoque social señala una gran vulnerabilidad, ya que el individuo construye su identidad frente a un grupo de iguales, determina cómo se quiere proyectar ante los demás. Tal motivo influye, en ocasiones, a adoptar conductas riesgosas. En este estudio, la edad promedio en iniciar el consumo alcohol por primera vez fue a los 15,8 años y destaca que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es mayor que cualquier otra sustancia psicoactiva. Concluye que existe una relación entre los factores psicosociales y el consumo excesivo de alcohol, entre los cuales se destacan la estructura marital, así como también el nivel de educación de los padres y/o jóvenes.

Navarro et al., (2) estudian a 148 pacientes atendidos por problemas psicopatológicos en la Unidad de Salud Mental de Infancia y Adolescencia en el Área nº 14 de la Conselleria de Sanitat, España para el año 2006; señalan que en la familia es donde se desarrolla el auto concepto, el contacto físico, la formación de relaciones afectivas. La investigación tiene como objetivo, establecer las relaciones de factores de autoestima con aquellas variables sociodemográficas, familiares, personales y escolares, que forman parte del protocolo de entrevista de atención a problemas psicopatológicos en población infanto-juvenil. Los autores

fundamentan que los factores socio personales, tales como: la identidad, autoestima, entorno familiar, vínculos afectivos entre otros, constituyen factores personales importantes en la vida de las personas. Los resultados muestran, al respecto de las variables personales y sociodemográficas, que éstas no afectan de forma diferencial a ninguno de los factores de autoestima. Tanto el sexo, como la edad o el medio en que se vive ni el tipo de familia llegan a producir diferencias significativas.

Asimismo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia para el año 2017, hace referencia que el sexo y género son factores socio personales que influyen en el comportamiento de los individuos. El sexo alude a las diferencias biológicas y físicas entre varón y mujer, el género es una construcción social que puede evolucionar. Este opera en función de la cultura, los estereotipos y roles han variado a través del tiempo (3).

Ramírez N. (4) alude que el entorno familiar es muy importante, ya que hay persistencia en la asociación de las características familiares y el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes. Mismo ejecuta un estudio a nivel nacional con 210 estudiantes de 16-18 años de edad pertenecientes a décimo año en un colegio público de Montes de Oca, en el 2014. Tiene por objetivo analizar los factores sociodemográficos y familiares relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en esa población. El autor señala, la situación conyugal de los padres como evidencia de que los hijos de padres separados tienen mayor posibilidad del consumo de drogas que de aquellos cuyos padres viven juntos. Junto a los factores asociados a la condición académica de los jóvenes representa un factor de riesgo, ya que los resultados dan que repetir el año escolar aumenta el riesgo de consumo en relación con los que no han reprobado ningún año. En cuanto al entorno, los hallazgos revelan que, si en la comunidad donde residen, hay fácil accesibilidad a las drogas, mayor es la tendencia a consumir.

Murillo L. et al., (5) lleva a cabo una investigación en 50 jóvenes ubicados en dos instituciones no gubernamentales de Costa Rica que albergan adolescentes para la rehabilitación de la drogadicción. Tiene como propósito estudiar la visión de los jóvenes costarricenses, institucionalizados sobre el consumo de drogas ilícitas. Alude que las condiciones de pobreza en algunas comunidades, facilita el consumo y tráfico de las drogas ilegales, avanzando y progresando sin ningún control del Estado y convirtiéndose en un fenómeno que es parte de un subsistema para muchas familias. Se concluye que existen sentimientos en ambos sexos de minusvalía, de baja autoestima, problemas familiares, soledad y desesperanza. La droga representa para los jóvenes una salida equivocada para aminorar las situaciones conflictivas que enfrentan. Asimismo, se determina que la pobreza, es una característica de las familias de esta población, existe un predominio de mujeres en el cumplimiento del papel de jefe de familia, también el tráfico y consumo de drogas en las familias, esto ocasiona una disfuncionalidad familiar.

Sánchez A. et al., (6) mencionan en su investigación que el consumo de psicoactivos es una problemática resultante de la globalización. Dicho estudio lo realizan en 412 jóvenes universitarios de Yucatán, México, para el año 2016. Su objetivo es describir las características socio demográficas y de consumo de drogas en estudiantes. Entre los factores que refieren los autores se encuentran involucrados en el inicio de consumo, abuso y adicción a sustancias de las drogas se encuentran factores sociodemográficos entre los cuales se incluyen entre otros: edad, sexo, escolaridad, estado civil, lugar de residencia y relaciones interpersonales de impacto como son entorno familiar y amigos. De igual forma los autores concluyen que la presencia de estas adicciones puede resultar de exigencias académicas e inicio de rutinas asociado a exigencias personales o familiares en esa etapa de la vida.

Melo S. et al., (7) exponen que, según datos de la Secretaría General de Salud en Colombia, para el año 2010, el cigarro y el alcohol constituyen las prevalencias más altas en jóvenes de 12-19 años. La gran mayoría de menores se inician con el consumo de bebidas alcohólicas entre los 10 y 13 años y aproximadamente a los 12 años, consumen cigarrillo y marihuana. Afirman que el mayor consumo se encuentra entre estudiantes y desempleados, este se concentra entre las edades de 11 a 25 años. El 56,9% de consumidores se encuentra en la educación básica secundaria. Aluden que los factores de riesgo asociados a la percepción de riesgo, las actitudes y creencias facilitan el inicio en el consumo de drogas. Entre ellos se destacan la actitud favorable hacia el consumo de drogas, las creencias positivas acerca de las consecuencias, las influencias normativas, la intención de consumo y la percepción de riesgo.

Orte C. et al., (8) para el año 2016 realizan un estudio en 155 familias españolas, analizando específicamente a los adolescentes de 12-14 años. La finalidad de esta investigación es estudiar el cambio de actitudes hacia el consumo de drogas en la etapa de adolescencia, tomando en cuenta la importancia de las actitudes como factor explicativo del consumo real e incorporando un análisis diferenciado por género. Los autores destacan que, en el caso del consumo del alcohol, los problemas sociales relacionados son mayores en el caso de las mujeres, especialmente ligados a las relaciones sexuales y de pareja. Fundamentan que el género es un factor significativo hacia la disponibilidad de droga, junto con otras variables como la presión de iguales, el abuso de sustancias en la familia, el estatus socioeconómico y la aculturación.

Asimismo, sobre el consumo de psicoactivos, la Encuesta Nacional de Adicciones en México para el 2011 (6) reporta una prevalencia del consumo de psicoactivos ilícitos en la población de 12-65 años de 1.8%; la adicción a las drogas afecta más a hombres (1.3%) en comparación

con las mujeres (0.2%). Según la encuesta el cannabis es la sustancia ilegal más consumida en México. La cocaína es la segunda droga de mayor prevalencia en el país con 0.5%. La población más afectada es la de los jóvenes marcando como inicio la edad de 18.8 años, para México (6).

Cortes E. et al., (9) realizan un estudio comparativo de Encuestas Nacionales de Juventud 2008-2013, alrededor de 6.000 encuestas comparadas, busca conocer sobre las personas jóvenes usuarias de psicoactivos en Costa Rica, dimensionar su tamaño poblacional y describir sus características generales. Sus hallazgos son un 47,8% dijo consumir alguna droga, principalmente alcohol, tabaco y marihuana para estos años. El Instituto Costarricense de Drogas (10), concluye que para el año 2009 se reportaron 2.717 egresos, siendo la mayoría hombres, con prevalencia de edades entre 20-50 años. Además, establece para el año 2016 que la prevalencia en el consumo de marihuana es mayor en el cantón central y en los hombres.

La IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Droga en Población de Educación Secundaria (11), realizada en Costa Rica, para el año 2015. Se toma como población a 5.863 estudiantes de 50 colegios públicos y privados a nivel nacional, la encuesta busca estudiar el fenómeno de las drogas en la población de educación secundaria. Dentro de los hallazgos de relevancia, se destacan que el cigarro es el producto de tabaco más consumido por los estudiantes, pero existen otros productos de tabaco consumidos en el último año como los puros o habanos que fue reportado por un 4,8% del estudiantado, tabaco en pipa por un 1,2% y “narguila” por un 5,5%; los hombres presentan una prevalencia de consumo de tabaco más alta que las mujeres. Asimismo, otro resultado relevante es que casi la mitad de la población entrevistada empiezan a beber antes de los 14 años, principalmente alumnos de 10°-11° año. Los resultados de la Encuesta confirman un aumento en los niveles de prevalencia de consumo de marihuana.

Leiva V. (12) realiza un estudio sobre factores asociados al consumo de psicoactivos en 119 estudiantes de Licenciatura en Enfermería, para Costa Rica en el año 2010. Tiene como objetivo caracterizar el consumo de drogas, lícitas o ilícitas, entre estudiantes de enfermería en una universidad de Costa Rica. Determina que la presencia de situaciones perturbadoras como dificultades en la familia, el trabajo o la pareja, parece estar asociado a la iniciación o intensificación del consumo de drogas en dichos estudiantes. Se evidencia que los jóvenes acuden en primera instancia a la madre dentro de su grupo familiar y fuera de este a los amigos y a la pareja. Otro aspecto importante que se destaca como posible factor protector en el consumo de drogas es la religión. Asimismo, los resultados revelan las expectativas positivas asociadas al consumo primordialmente del alcohol como un des-inhibidor social y su capacidad para ayudar a enfrentar situaciones difíciles.

El Instituto Costarricense sobre Drogas indica que la edad modal de los pacientes en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de alcohol es de 48 años (10). El 67% de la población que recibe rehabilitación, es dada de alta por cumplimiento del programa, mientras que 29% abandona el proceso terapéutico. El 50% de la población que completa satisfactoriamente su tratamiento, reingresa al programa. Las personas que se encuentran en tratamiento por trastornos debido al consumo de alcohol como droga principal, se ha identificado que el 36% consume crack como droga secundaria, 35.2% cocaína y 25,4% marihuana (11).

El Programa Nacional de Prevención en las escuelas primarias del país, llamado: “Aprendo a Valerme por Mí Mismo”, se implementa en el período 2008-2012, expone la relación con el consumo de drogas y la edad de inicio. Dicho programa aborda nivel preescolar, IV, V, VI grados, CEN-CINAI; con una cobertura de 1.456.594 niñas y niños (11). Asimismo, el

Ministerio de Seguridad Pública, por medio del Programa de Educación para la Resistencia del Abuso de Drogas aborda para el período 2008-2012, 528,545 personas adultas y jóvenes.

Respecto al abordaje brindado a personas con problemas de farmacodependencia, el Instituto Costa Rica, en materia legal, posee dos leyes importantes. La Ley General de Salud N°5395 y la Ley N°8204- Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo (13). Dicha ley, según el artículo 1.: “regula la prevención, el suministro, la prescripción, la administración, la manipulación, el uso, la tenencia, el tráfico y la comercialización de estupefacientes, psicotrópicos, sustancias inhalables y demás drogas y fármacos susceptibles de producir dependencias físicas o psíquicas (13)”. Asimismo, en el artículo 3, menciona que es deber del Estado prevenir el consumo de estupefacientes, psicoactivos u otro capaz de generar adicción física o mental, también debe garantizar el tratamiento, educación y rehabilitación (13).

La Ley General de la Salud N°5395, especifica en el artículo 19. “toda persona tiene derecho a solicitar de los servicios de salud, medios para prevenir o evitar la dependencia personal o de las personas a su cargo de psicoactivos u otras drogas” (14). Respecto al artículo 28., menciona que queda prohibido el uso personal de estupefacientes, tranquilizantes, estimulantes y alucinógenos declarados restringidos en convenciones internacionales, en leyes o disposiciones por parte del Poder Ejecutivo. No obstante, se pueden utilizar con prescripción médica y para uso terapéutico (14).

La Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito (15), determina en su reporte mundial sobre drogas del 2011, factores que intervienen en la prevalencia de consumo no médico de medicamentos tranquilizantes o estimulante. Entre ellos menciona: la percepción

de menos riesgo que las drogas ilegales, el hecho de que son legales lo que facilita su disponibilidad y acceso, más baratos que los psicoactivos ilícitos, consumo socialmente aceptable y finalmente, que algunos pacientes a los que les prescriben estos medicamentos, los comparten o los venden a familiares, amigos u otros (15).

1.1.2 Delimitación del problema

La presente investigación se desarrolla en el Gran Área Metropolitana de Costa Rica, tomando en cuenta a 144 hombres y mujeres mayores de edad, consumidores de psicoactivos, alfabetos, que vivan en condición de indigencia, realizándose en el período mayo-agosto del 2018.

La gran área metropolitana de Costa Rica fue delimitada por el Plan GAM del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU) en 1982, así lo dictamina el Decreto Ejecutivo 13583. Se encuentra conformada por: tres municipios de Alajuela, seis de Cartago, nueve de Heredia y trece que corresponden a San José. Con un total de 31 cantones, que incluyen parcial o totalmente 152 distritos (16).

1.1.3 Justificación

Este trabajo permite identificar los aspectos sociales y personales que influyen en el consumo de psicoactivos en las personas mayores de edad que viven en condiciones de indigencia, ubicadas en el Gran Área Metropolitana. El consumo de drogas en Costa Rica, es un problema que va en aumento, esto según el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (10). Para el año 2017, este ente atiende a 25 mil personas por tal motivo; en el 2016 se atiende a 13, 319 personas, se evidencia un aumento considerable con esta problemática.

El aporte que esta investigación proporciona al área de salud en nuestro país es muy importante porque no se encuentra información actualizada en el tema, ya que, los artículos y publicaciones científicas existentes están relacionados al tema de drogadicción, pero se

enfocan en la población adolescente y muy poco o casi nada en población indigente. Calvo Z et al., (17) en el año 2012, estudian 491 publicaciones científicas nacionales e internacionales (revistas, monografías y libros), y concluyen que cerca de una tercera parte de los trabajos son investigaciones epidemiológicas y otras demuestran que el alcohol, es la droga más investigada en población infante y adolescentes.

La utilidad de esta investigación es informativa para toda la población. Aporta datos reales y actualizados del segundo cuatrimestre del 2018 sobre las posibles causas que intervienen en el consumo de drogas en personas indigentes. La situación de calle representa una realidad que enfrentan muchas personas diariamente en nuestro país, esta condición se caracteriza por presentar pobreza extrema y exclusión social. Por tal motivo, este trabajo aporta una perspectiva de conciencia en la población sobre la indigencia. Todas las personas tienen una historia que contar. Todo tiene una causa, un porqué. Se desea con esta investigación que las personas principalmente los que trabajamos en salud, aprendamos más acerca de la tolerancia y el respeto que se han perdido con el paso de los años hacia esta población vulnerable.

El valor agregado de esta investigación es conocer la forma en la que esta población piensa y se involucra socialmente, logrando así amortiguar el impacto social hacia los habitantes de la calle mediante el aporte de estos datos, logrando desde la disciplina de Enfermería, proyectar a estas personas con un enfoque bio-psico-social.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores socio-personales que intervienen en el proceso de consumo de psicoactivos en población indigente mayor de edad, en el Gran Área Metropolitana, durante el II cuatrimestre 2018?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores socio-personales que intervienen en el proceso de consumo de psicoactivos en la población indigente mayor de edad, en el Gran Área Metropolitana, II cuatrimestre 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.

Identificar los factores socio-personales que intervienen en el proceso de consumo de psicoactivos en población indigente mayor de edad.

Identificar los psicoactivos que consumen la población de estudio.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

El alcance obtenido en esta investigación, siendo una investigación cuantitativa, se logra reflejar el rostro humano de la población mayor de edad en situación de calle, Gran Área Metropolitana, II cuatrimestre 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. 1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 FACTORES SOCIO PERSONALES

Los factores socio-personales se conocen como un conjunto de actitudes, rasgos o características que se pueden modificar o no de forma consciente y que están estrechamente relacionadas con el rol social (18). Mismos dependiendo de su perspectiva pueden o no constituir un factor de riesgo.

González K et al., (19) definen los factores de riesgo, como el conjunto de características o condiciones de un sujeto o una comunidad cuya presencia eleva la probabilidad de que una persona consuma drogas. Estos factores se pueden agrupar en diferentes categorías, sociales, personales, económicos, culturales etc. Los factores socio personales que más se destacan según la revisión bibliográfica son:

Sexo- Género: el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) define sexo como esas características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres. Mientras que género se refiere a las ideas, normas y comportamientos que la sociedad ha establecido para cada sexo, y el valor y significado que se les asigna (20).

Aparisi A. (20) indica que el sexo y el género son dos dimensiones que constituyen una misma realidad: la identidad sexual del ser humano. El sexo es un aspecto biológico o natural, otorgado de la dualidad varón/mujer. El género es meramente cultural, se interpreta como una representación psicológica y simbólica, a la construcción histórica y antropológica cultural.

Pardo L. (21) sostiene que el consumo de drogas no posee el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo ante la sociedad. En el caso de los hombres el consumo de drogas es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptado,

(salvo en casos extremos, donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas, temerarias o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes.

El autor afirma que las mujeres adictas a las drogas soportan un mayor grado de sanción/reproche social que los hombres, que se traduce en la presencia de un menor apoyo familiar o social.

Edad: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), define la edad cronológica como el tiempo que ha vivido una persona y los períodos en los que se considera dividida la vida humana (22).

Hernández T. (23) expone que la experimentación temprana con tabaco, alcohol se da antes de los 14 años y del cannabis antes de los 15 años, según un estudio realizado en Madrid, España. Donde se puede observar que la edad es un factor personal muy influyente en el consumo de psicoactivos.

El inicio temprano de consumo de drogas se encuentra asociado a consumos problemáticos y a otros comportamientos de riesgo. El consumo precoz de tabaco se ha visto asociado a la edad adulta y a menor interés y confianza en las capacidades para dejar de fumar, también a inicio de consumo de alcohol y consumo problemático de alcohol (23).

Lugar de residencia: el concepto de domicilio o residencia se conoce como aquel lugar donde una persona reside de forma permanente (24). Arellano A. realizó un estudio en Colombia donde se determinó que en la zona de residencia donde más se presentaba el consumo de psicoactivos ilegales es la urbana en su mayoría, demostró que la prevalencia del consumo resulta más alta en el nivel urbano, siendo los inhalantes, seguido de la marihuana (25).

Actualmente, el fenómeno social del narcotráfico y la violencia relacionada a las drogas ha minimizado las implicaciones del consumo de drogas en pandillas, mismas que operan en lugares marginales, y socialmente olvidados. Sin embargo, para aquellos jóvenes que pertenecen a pandillas, el consumo de drogas constituye a menudo la única alternativa para enfrentarse al mundo en el que viven, así mismo, pueden ser los más sensibles a reaccionar favorablemente a la dependencia de drogas (26).

Educación: este se conoce como el proceso de socialización y aprendizaje encaminado al desarrollo intelectual de una persona. Mientras que, el nivel de escolaridad se define como el grado adquirido de conocimiento y conjunto de enseñanzas a los estudiantes en los establecimientos de enseñanza (27).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) establece para el 2017 que de 3. 904.595 costarricenses, 142.551 personas no tienen escolaridad, 447.521 personas tienen la primaria incompleta y 854.155 personas tienen la secundaria incompleta (28). El nivel educativo familiar no siempre actúa como factor de protección, la teoría menciona que un alto nivel de estudios parental se asocia con tasas más altas de consumo intensivo de alcohol, de marihuana y de cocaína en una encuesta escolar longitudinal realizada a alumnado de secundaria en los EE.UU. (29)

Situación económica: respecto al aspecto económico, las drogas constituyen una posible fuente de riqueza. El mercado de la droga puede generar empleo, agregar valor y mover un gran volumen de dinero, esta economía ilegal perjudica al desarrollo.

Entre la población joven de 18 a 30 años, se determina que la pobreza del barrio de residencia está asociada con una mayor probabilidad de consumo intensivo y semanal de alcohol,

asimismo otras drogas. Cabe destacar que según la teoría el consumo de alcohol también se ha relacionado con la riqueza estatal (29).

Auto-concepto – Autoestima: el auto-concepto se considera una característica inherente al ser humano. Abarca juicios personales que permiten a cada persona conocer, reconocer y definir a sí mismos, asimismo, comunicarlos a través de comunicación verbal y no verbal de qué forma actúa o se comporta. La formación del auto-concepto nace de la interacción con los padres o iguales (30).

La teoría también define el auto-concepto como la percepción que se tiene de sí mismo, el centro de la personalidad, que, según el autor, es lo que lleva al ser humano a saber lo que es y lo que quiere ser. Asimismo, lo agrupa bajo el concepto de autoestima. También existen factores internos que tienden a hacer de estos sujetos personas más vulnerables, como, por ejemplo, baja autoestima, baja autoeficacia y depresión (30). Guzmán R. (31), afirma que para algunos jóvenes y adolescentes, experimentar el consumo de drogas es un rito para atravesar la fase de individuación. De hecho, la teoría menciona que la mayor parte de estos jóvenes son experimentadores, sin embargo, para aquellos jóvenes y adolescentes que presentan personalidades complejas, puede constituir la única alternativa para enfrentarse a los problemas personales y pueden ser los más sensibles a la dependencia de drogas.

Entorno familiar: Fuentes M. (32) menciona que el contexto familiar es el principal núcleo de socialización en la transmisión de valores, actitudes y creencias que influyen considerablemente en el funcionamiento y adaptación de los hijos a la sociedad.

Propone también que la percepción de la calidad de las relaciones paternas, el consumo de los padres, una baja cohesión familiar, la presencia de conflictos en el hogar, el divorcio o pérdida de trabajo por parte de sus padres, la muerte de familiares próximos, el abuso sexual,

la presencia de problemas psicopatológicos en los padres son factores que se relacionan con una mayor probabilidad de consumo en los hijos.

Las relaciones inapropiadas con los padres, tales como falta de comunicación y la falta de supervisión de los padres, son factores de riesgo reportados por la literatura en adolescentes y jóvenes. Así mismo, el tener padres consumidores de drogas (31).

Moreno N. et al., (33) menciona cómo la permisividad hacia el consumo de drogas, control y afecto de los padres estaban relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en 1.428 jóvenes de España. Determinando así que quienes percibían a sus padres más permisivos, con menor control por parte de la madre y mayores niveles de afecto tanto materno como paterno, tenían más probabilidades de consumir alcohol, tabaco y cannabis.

Vínculos afectivos: son definidos como vínculo con los pares, abarca aceptación, apoyo, cercanía y confianza e identificación que se da entre los semejantes (34). Asimismo, son lazos afectivos que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y de desarrollo.

Pérez V. et al., (34) afirman sobre el desarrollo psicosocial, que la influencia que tienen los padres durante la adolescencia va disminuyendo gradualmente y se va desplegando hacia otro tipo de redes sociales, como los grupos de pares, los cuales pasan a ocupar un lugar de mayor influencia en la socialización.

Esta situación es relevante ya que es cuando se potencializa el aprendizaje de conductas que pueden o no resultar riesgosas por el grupo de pares; dichas conductas pueden constituirse en una influencia importante para el inicio y progreso del uso de drogas o conductas delictivas e inapropiadas.

Entre los factores de riesgo interpersonales que la literatura destaca son, el tener amigos consumidores o amigos con conductas mal adaptadas. Los estudios reportan que quienes tienen amigos consumidores de drogas tienen mayor probabilidad de consumo que los que no tienen amigos consumidores (33).

Resiliencia: Becoña E. (35) define resiliencia como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante. Puede verse también como una estrategia de afrontamiento, dimensión de afrontamiento, como habilidad de solución de problemas y autorregulación. El autor considera que la resiliencia está compuesta por siete los factores en las personas: optimismo, empatía, “inside” (capacidad de introspección), competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, determinismo y perseverancia (35). De ahí que la resiliencia puede ser de una gran relevancia para conocer el uso de psicoactivos legales e ilegales, dado que la misma preserva al individuo de los problemas familiares y de otros estresores significativos en la vida de la persona.

2.2.1 CONSUMO DE PSICOACTIVOS

Las sustancias o drogas psicoactivas, están diseñadas para modificar la conciencia, el estado de ánimo o los pensamientos de las personas consumidoras. Dichas sustancias actúan a nivel cerebral, en los mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, emociones, pensamientos y motivaciones (36).

2.2.1.1 Dependencia

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (37) define la dependencia como un patrón mal adaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes; en algún

momento de un período continuo de doce meses: tolerancia, definida por una necesidad de incrementar cantidades de sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, otro concepto de tolerancia es, el efecto deseado sin incrementar las cantidades de la sustancia que disminuye al presentarse un consumo continuo; abstinencia, definida como: síndrome de abstinencia característico para la sustancia o se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia, sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía, puede existir un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia, se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de sus efectos, reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia o se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia.

2.2.1.2 Abuso de sustancias

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (37), determina el abuso bajo el concepto de un patrón mal adaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un período de 12 meses: consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o

exacerbados por los efectos de la sustancia. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

2.2.2 Tipos de consumo

La Organización Mundial de la Salud, define en el glosario de términos de alcohol y drogas los siguientes tipos de consumo de psicoactivos (38):

- Consumo experimental: generalmente las primeras veces que se consume una droga determinada. El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante (menos de 10 veces desde el inicio del consumo).
- Consumo ocasional es el que sucede de forma intermitente sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia (consumo entre 10 y 49 veces).
- Consumo moderado: término inexacto para definir un hábito de bebida, denota un consumo de cantidades moderadas que no causa problemas, depende del psicoactivo. Por ejemplo: si es alcohol, las medidas son: 35 centilitros de cerveza (una lata), 14 centilitros de vino (medio vaso estándar), 4 centilitros de cualquier bebida alcohólica de 80% (un shot).
- Consumo excesivo: término desaconsejado actualmente para referirse a un hábito de consumo que excede el standard de consumo moderado (consumo más de 400 veces). Si es habitual puede causar daños en el organismo, así como deterioro social considerable.

2.2.3 Clasificación de psicoactivos

Se organiza la presentación de los datos en dos grandes bloques, considerando en primer lugar las sustancias legales (tabaco, alcohol y psicofármacos) y en un segundo lugar, las sustancias ilegales analizadas en su conjunto de mayor consumo e interés: marihuana, cocaína, éxtasis, heroína-e-inhalables-(35).

2.2.3.1 Psicoactivos legales

El glosario de términos de alcohol y drogas, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), define ‘drogas lícitas o legales’, como aquellas que están legalmente disponibles mediante prescripción médica o en algunas ocasiones sin ella, en una determinada jurisdicción, es decir que se ha permitido su comercialización; entre ellas se destacan el alcohol, el café y el tabaco (35). Según la IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Droga en Población de Educación Secundaria (11), realizada en Costa Rica, para el año 2015, los psicoactivos legales más destacados son:

Alcohol: Barreto P. et al., (36) indican que el alcohol etílico es un depresor que actúa sobre el sistema nervioso central. Éste deprime los centros nerviosos que controlan la conducta; al disminuir la influencia de los centros que inhiben los impulsos y adaptan las respuestas a los estímulos del medio, la conducta se libera escapando a los controles del juicio crítico y de racionalidad. Una vez desinhibido el sujeto parece excitado, cuando en realidad el alcohol ha ejercido una acción depresora sobre su sistema nervioso.

El alcohol etílico es un producto obtenido de la fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono. El consumo en dosis elevadas es hepatotóxico. La intoxicación etílica crónica cursa con alteraciones digestivas, deficiencias vitamínicas, pancreatitis, cardiomiopatía, polineuritis, psicosis tóxica, síndrome de Korsakoff, y encefalopatía de Wernicke (36). Se absorbe por vía oral, es muy difusible, se metaboliza fundamentalmente por oxidación en más de un 90% y mínimas cantidades se eliminan por vía urinaria y respiratoria.

Tabaco: es una planta originaria de América cuyo principio activo es la nicotina, que ejerce una gran variedad de efectos tanto en la mente como en el cuerpo y es la responsable de la adicción al tabaco (39). El humo del tabaco contiene más de 7 mil compuestos químicos que

actúan como reforzadores de la adicción y causan diversos problemas en el organismo. Al fumar, los pulmones absorben la nicotina y ésta pasa a la sangre y después al cerebro. Todo esto ocurre muy rápido; la nicotina llega al cerebro 8 segundos después de haberse inhalado el humo del tabaco. Por ser tan rápida su absorción es que genera adicción.

La nicotina actúa a nivel cerebral, estimula circuitos del placer y aumenta el estado de alerta. La persona puede sentirse más activa y menos cansada; a la vez, se siente más relajada y menos irritable, pero los efectos desaparecen a los pocos minutos (40).

Fármacos: Vantour A. et al., (39) mencionan que la farmacodependencia es una forma especial de adicción, derivada del consumo reiterado de fármacos, de cualquier sustancia que sirva para prevenir, curar, aliviar la enfermedad o para reparar sus consecuencias.

Es un trastorno conductual en el cual, como resultado de los efectos biológicos de una determinada sustancia, una persona tiene disminuido el control sobre el consumo de esta. Los psicofármacos, usados para tratar los problemas mentales, son los más susceptibles de causar farmacodependencia. Entre estos se destacan:

Benzodiacepinas: la teoría afirma que las benzodiazepinas se caracterizan por ejercer un cuádruple efecto farmacológico: ansiolíticos, sedantes o hipnóticos, anticonvulsivos y miorrelajantes (41). Se caracterizan por ser depresores del sistema nervioso central, más selectivos que otras drogas como los barbitúricos, que actúan particularmente sobre el sistema límbico, comparten estructura química similar y tienen gran afinidad con el complejo de receptores benzodiazepínicos. Son agonistas completos a nivel de su receptor celular en la producción de propiedades sedantes y ansiolíticas. Los autores destacan sus fuertes efectos sedativos, las benzodiazepinas se usan como hipnóticos y, a menudo, algunas se prescriben para el tratamiento del insomnio, debido a que modifican la arquitectura normal del sueño.

Opioides: Barreto P. et al., (37) mencionan que los opioides son los fármacos más potentes que se comercializan para el alivio del dolor agudo o crónico. El uso de opiáceos sintéticos (tramadol, fentanilo, oxicodona) en formatos cómodos de uso (parches, comprimidos, dispersables) y su difusión en el tratamiento del dolor, están produciendo un aumento de los problemas relacionados con su uso, tanto por sus efectos adversos propiamente dichos como por la dependencia que inducen.

Metilfenidato: es una feniletilamina que actúa como estimulante del sistema nervioso central. Ayuda a concentrarse en los estudios, para incrementar su estado de alerta o euforia, y en los jóvenes existe la falsa creencia de que su abuso es más seguro al ser adquirido mediante la prescripción de un médico (38).

La administración intra-nasal o intravenosa produce un efecto rápido y similar al producido por la cocaína, debido a una rápida liberación de dopamina pre-sináptica, que da lugar a efectos subjetivos de “subidón” e intensa euforia gratificante. La sobredosis aguda puede provocar vómito, agitación, temblor, hiperreflexia, calambres musculares, convulsiones, coma, euforia, confusión, alucinaciones, delirio, entre otros.

Antidepresivos: son aquellas sustancias que ayudan a regular el equilibrio de los neurotransmisores en el cerebro. Se utilizan para tratar la depresión. Margor L. et al., (42) afirman que actualmente existen numerosas drogas antidepresivas de eficacia terapéutica demostrada, aún para las formas más graves de depresión.

Se encuentran los antidepresivos tricíclicos, son los más antiguos, pero aún no superados en eficacia específica, los tetra-cíclicos de reciente aparición, los inhibidores de la re-captación de serotonina o 5-HT, cuya principal ventaja es la disminución de la incidencia de varios efectos adversos, los inhibidores de la MAO.

2.2.3.2 Psicoactivos ilegales

Se clasifican como ‘drogas ilícitas o ilegales’, aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización están legalmente prohibidos o que son usadas sin la prescripción médica exigida. La mayoría de los países se han comprometido a considerar como ilegal el comercio y uso no médico de los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes (36).

El uso ilícito de sustancias psicoactivas está muy difundido en numerosas sociedades, particularmente entre adultos jóvenes, a pesar de tales prohibiciones, casi siempre con el propósito de disfrutar o beneficiarse de las propiedades psicoactivas de la sustancia. El hecho de que sean ilegales puede añadirles también cierto atractivo (36). Los más destacados, según la IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Droga en Población de Educación Secundaria (11), realizada en Costa Rica, para el año 2015, son:

Cannabis: el compuesto activo es el tetra-hidrocanabinol (THC), que afecta la regulación de las emociones, la memoria, la atención y la percepción. Su consumo intenso incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos, síntomas depresivos y conducta suicida. Las alteraciones cognitivas podrían ser reversibles una vez que la persona deja de consumirla, pero el consumo durante la adolescencia puede producir cambios persistentes. La marihuana sigue siendo la sustancia ilícita más consumida a nivel mundial; cerca del 5 % de los consumidores en el mundo se encuentran en Suramérica, el Caribe y Centroamérica (37).

Cocaína: es el principal alcaloide psicoactivo contenido en las hojas de la planta *Erythroxylum coca*, tiene aspecto de polvo cristalino, puede ser sintetizado en un laboratorio. Debido a que la cocaína es un estimulante poderoso, su consumo diario provoca alteraciones en el sueño y pérdida del apetito, y si la persona no la consume, puede entrar en un estado de

desesperación (43). Las personas que consumen por lo general, cocaína por el efecto estimulante y la sensación de autoconfianza. Es clasificada por algunos como una “ego droga”. Bosque J. (44) determina que se puede experimentar la sensación de locuacidad y de rapidez de pensamiento, que con el paso del tiempo se puede tornar en irritabilidad y agresividad. Su efecto termina pronto, 30-90 minutos, y la persona puede experimentar sensación de pérdida de autoconfianza, miedo y ansiedad, que lo hace exigir una nueva dosis. Crece abundantemente en Colombia, Perú, Bolivia, el oeste de India e Indonesia (38).

Heroína: es un opioide producido a partir de la morfina, una sustancia natural que se extrae de la bellota de la amapola, también conocida como “adormidera asiática”. La heroína es una droga ilegal altamente adictiva. No sólo es el opiáceo de más abuso, sino que también es el de acción más rápida. Este psicoactivo suele presentarse en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra y pegajosa conocida como “alquitrán negro” (37).

La heroína también presenta problemas especiales debido a la transmisión del VIH y otras enfermedades que puede ocurrir al compartir las agujas u otros equipos de inyección. Ésta generalmente se inyecta, se inhala o aspira, o se fuma (44). La teoría sugiere que el adicto se puede inyectar hasta cuatro veces al día. La inyección intravenosa proporciona la mayor intensidad y causa la oleada de euforia más rápida (de 7 a 8 segundos), mientras que la inyección intramuscular produce un inicio relativamente lento de la euforia (de 5 a 8 minutos). Cuando este psicoactivo ilegal se inhala o se fuma, generalmente se sienten sus efectos máximos después de unos 10 a 15 minutos (44).

Crack: Bosque J. (44), afirma que el crack nace de la combinación de la cocaína con amoníaco o con bicarbonato de sodio y una solución acuosa. Este tiene aspecto de piedrecillas con un alto potencial adictivo; su vía de administración es fumada. Al fumar el crack de

cocaína, grandes cantidades de la droga pasan a los pulmones, de donde produce una euforia intensa e inmediata. Otra presentación es la pasta base, que generalmente se consume más en la región andina y en otros países de América del Sur. Dicho psicoactivo es altamente peligroso ya que su precio es bajo y su farmacocinética es de rápida absorción, pues se elimina aproximadamente en cinco minutos. Precisamente, las drogas con mayor capacidad adictiva son aquellas que se eliminan con mayor rapidez.

Hongos: Barreto P. et al., (37) indican que su consumo se ha ido extendiendo hasta popularizarse como droga de abuso. Dada su abundancia en los bosques y prados, son relativamente frecuentes las intoxicaciones por consumo con finalidad lúdica, o los cuadros tóxicos orgánicos no delirantes, por la confusión de la especie alucinógena con otras especies tóxicas que pueden llegar a ser mortales.

Los autores mencionan que la potencia alucinógena varía dependiendo de la especie de que se trate, el tipo de cultivo, la forma de preparación. Los principales efectos están relacionados con el sistema nervioso central, estos provocan estados leves de relajación, mareos, euforia, alteración de los colores, trastornos visuales o alucinaciones. Las distorsiones sensoriales pueden asociarse a inquietud, falta de coordinación, ansiedad, entre otros.

LSD: la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) es una de las principales drogas en la categoría de los alucinógenos. Estos psicoactivos ilegales causan alucinaciones y distorsiones profundas en la percepción de la realidad. Los alucinógenos logran sus efectos interrumpiendo la interacción de las células nerviosas y el neurotransmisor serotonina (45).

Dicha droga provoca que las personas vean imágenes, oigan sonidos y sientan sensaciones que parecen reales pero que no lo son. Algunos alucinógenos también producen cambios emocionales rápidos e intensos. Entre las sustancias químicas que alteran el estado de ánimo,

la LSD es una de las más potentes. La teoría menciona que los primeros efectos de la droga se manifiestan de 30-90 minutos después de ingerirla. Los efectos fisiológicos incluyen dilatación de las pupilas, sudoración, falta de apetito, insomnio, sequedad en la boca, temblores e hipertermia, taquicardia e hipertensión arterial. Es importante destacar que los efectos de este psicoactivo son impredecibles. Dependen de la cantidad ingerida; de la personalidad, estado de ánimo y expectativas del usuario; y del ambiente en el que se usa la droga (45).

Inhalantes: son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Existen otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, sin embargo, el término “inhalantes” se utiliza para caracterizar una gama de sustancias que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de la inhalación (46).

Se pueden clasificar de cuatro formas: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos. Los disolventes volátiles son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente, incluyen los diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quita grasas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos, etc. (46). Los aerosoles son rociadores que contienen propulsores y disolventes. Se incluye las pinturas pulverizadas, atomizadores para desodorantes y fijadores de pelo, rociadores de aceite vegetal para cocinar.

Asimismo, los gases se componen de las anestésicas de uso médico, así como aquellos gases que se utilizan en productos domésticos o comerciales. Los gases anestésicos de uso médico incluyen el cloroformo, el halotano y el óxido nitroso. Este último, la teoría lo describe como el gas más abusado y se puede encontrar en los dispensadores de crema batida y los productos que incrementan los octanajes en los carros de carrera (46).

Por último, los nitritos a menudo se consideran una clase especial de inhalantes. A diferencia de la mayoría de los demás inhalantes que actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC), los nitritos principalmente dilatan los vasos sanguíneos y relajan los músculos. Si se consume la cantidad suficiente de cualquier inhalante, casi todos los disolventes y gases producen anestesia (pérdida de sensibilidad) y pueden llegar a inducir un estado de inconsciencia (46).

2.2.4 Situación de calle: Camejo S. (47) define a las personas en situación de calle como un grupo de la población que no ha sido definido conceptualmente de acuerdo de sus características particulares, sino que se les ha asociado a fenómenos más amplios como la extrema pobreza, o la indigencia.

Otra forma de referirse a estas personas es a través de su asociación con ciertas actividades como la mendicidad y vagancia, dando por ello el nombre de mendigos o vagabundos a toda persona que vive en la calle que la situación de calle no solo implica un problema habitacional, sino que se entrelazan otros factores que también la componen y perpetúan, como la inseguridad social, la escasez de ingresos, la vulnerabilidad, la ruptura de lazos familiares, entre otros. Camejo S. et al., (47) califica la indigencia como todo individuo que se encuentre en una situación de exclusión social y extrema indigencia, específicamente se refiere a la carencia de hogar y residencia, a su vez, la presencia de una ruptura de los vínculos con personas significativas (familia, amigos) y con redes de apoyo.

2. 3 MODELOS Y TEORÍAS

2.3.1 Modelo del Sistema Conductual- Dorothy E. Johnson

Dorothy E. Johnson nace el 21 de agosto de 1919 en Savannah, Georgia (50). La mayor parte de su trayectoria profesional de Johnson está relacionada con la educación, trabaja como enfermera en la Hatham-Savannah Health Council desde 1943 a 1944. Ha sido instructora y profesora de auxiliares de enfermería pediátrica en la escuela de enfermería de la Universidad Venderbilt, y desde 1949 hasta su jubilación en 1978. En 1955 y 1967 preside el comité de Nurses Association de California, que elabora un documento a partir de cual definir especificaciones para el profesional clínico. Las publicaciones de Johnson comprenden 4 libros, más 30 artículos de revista y numerosos informes, estudios y monografías (48).

La teoría del sistema conductual parte de la idea de Florence Nightingale, donde se destaca que la enfermera tiene como objetivo ayudar a los demás a prevenir una enfermedad, una lesión o a recuperarse de la misma (48). La ciencia y técnica de la enfermería debe centrarse en el paciente como individuo y no en la patología que presente como tal. Johnson afirma que el modelo del sistema conductual se basa en el conjunto de conocimientos preexistentes y desarrollados durante años en el marco de diferentes disciplinas.

El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson (49) se centra en cómo el paciente se adapta al padecimiento o a la situación y en cómo el estrés presente o potencial puede afectar la capacidad de adaptación. Para Johnson, uno de los objetivos fundamentales de la disciplina de Enfermería es reducir el estrés de tal forma que la persona pueda superar con mayor facilidad su situación y finalizar el proceso de recuperación.

Dorothy Johnson define en su teoría al sistema como un conjunto de partes que se relacionan entre sí, estas actúan de forma coordinada para formar un todo. Los supuestos principales de esta teoría son (49):

- Enfermería: Johnson la define como una fuerza externa que actúa para preservar la organización de la conducta del paciente cuando éste se siente sometido a estrés, por medio del fomento de mecanismos reguladores y otros recursos.
Ostenta que, como técnica y ciencia, presta asistencia externa previa y durante la pérdida del equilibrio del sistema, por lo tanto, requiere un total conocimiento del orden, el desorden y el control.
- Persona: determina que es un sistema conductual con formas de comportamiento marcadas por un modelo, repetitivas e intencionadas, que la vinculan con el entorno. Afirma que el sistema conductual es fundamental para el individuo. Asimismo, se perturba el equilibrio del sistema conductual la integridad del individuo se ve amenazada.
- Salud: la define como un estado dinámico fugaz influido por factores biológicos, fisiológicos y sociológicos. Esta se ve reflejada en la organización, interacción, interdependencia e integración de los subsistemas que integran el sistema conductual.
- Entorno. Se compone de todos los factores que no forman parte del sistema conductual del individuo pero que influyen en él.

Se centra en las necesidades básicas en relación en estos subsistemas de conductas (49):

1. Subsistema de afiliación: este subsistema para Johnson es probablemente el más importante, asegura la supervivencia y la seguridad. Cuando se habla de personas habitantes de la calle, este subsistema puede verse alterado. Adaptarse a los peligros que conlleva vivir en la indigencia resulta riesgoso para estas personas. Sobrevive el

más fuerte o el más inteligente, se enfrentan con la policía, factores climáticos, carencias de comida o servicios básicos, delincuencia etc. Aunque es importante mencionar que, en muchos casos, delinquir es su forma de estar seguros y sobrevivir.

2. Subsistema de dependencia: promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca. Este subsistema puede analizarse de formar variadas. La mayoría de personas ante situaciones o decisiones que deben tomar buscan aceptación, atención o guía. Muchos habitantes de la calle se consideran en el olvido por parte de sus seres queridos y aún hasta de la misma sociedad. Establecen su sistema rodeado de personas en las mismas condiciones para buscar aceptación.
3. Subsistema de ingestión: involucra el cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones nos alimentamos. Cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Las personas que viven en la calle, alteran por completo este subsistema, ya que carecen de alimentos, tienen bajo peso corporal etc.

Constantemente, se les observa buscando comida en la basura, recogiendo sobros de comida del caño, pidiendo limosna para adquirir alimentos etc. Poco les importa si la comida está contaminada, con tal de satisfacer su necesidad.

Vemos una sociedad dividida en opiniones acerca de eso, hay quienes se apiadan de la situación y les brindan comida, pero hay quienes los observan con desprecio y no les brindan ayuda. Existen comedores para indigentes a lo largo de San José Centro, donde se les da la oportunidad de alimentarse.

4. Subsistema de eliminación: contempla el cuándo, cómo y en qué condiciones se produce la eliminación, considera aspectos biológicos, sociales y fisiológicos. Por obvias razones podemos argumentar que este subsistema tampoco se cumple con

parámetros óptimos, ya que los indigentes realizan sus necesidades corporales en cualquier lugar, a cualquier hora, sin privacidad ni higiene. Lo cual representa un riesgo para la salud pública.

5. Subsistema sexual: abarca factores como la procreación y la gratificación. Al estar involucrado el consumo de sustancias psicoactivas en las personas indigentes, se torna complejo. Se observan casos donde el indigente hace lo que sea por conseguir la sustancia adictiva, esto involucra la prostitución. Asimismo, al estar bajo los efectos de estupefacientes los vuelve vulnerables a sufrir agresiones sexuales, embarazos no planificados, abortos espontáneos, enfermedades de transmisión sexual, entre otros.
6. Subsistema de realización: trata de manipular el entorno, controla y domina un aspecto propio o del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación. Este subsistema se ve modificado con el consumo de drogas y la indigencia. Existen cientos de indigentes que tienen una profesión o un oficio, pero por distintos factores socio personales están en situación de calle. Asimismo, existen casos, en los que las personas por falta de educación y medios económicos sufrieron indigencia.
7. Subsistema agresión/protección: según Johnson este consiste en proteger y conservar. La indigencia en nuestro país como ya se mencionó antes, es un problema de salud pública que va en aumento. Representa gastos significativos para el gobierno, no sólo por su manutención, sino por la acción policial que está presente. Al estar bajo los efectos de drogas, muchas de estas personas se vuelven violentas, atentan contra la seguridad ciudadana o bien intentan defenderse de los peligros que vivir en la calle representa.

La utilidad de este modelo consiste en mantener y recuperar el equilibrio en el usuario, ayudándole a conseguir un nivel óptimo de funcionamiento. Esto se puede relacionar con el término “resiliencia”, conocido como la capacidad que va adquiriendo la persona para poder enfrentar satisfactoriamente los distintos factores de riesgo, y a la vez ser fortalecido como resultado de esa situación (49).

Es aquí donde se ve ostentado la necesidad de que el profesional de enfermería intervenga proporcionando cuidados que lleven al usuario a enfrentar de mejor manera las amenazas tanto internas como externas que se le presentan a lo largo de la vida y así lograr que las personas enfrenten estos factores de manera positiva, lo que los llevará a ser una persona resiliente. Hay personas en situación de calle que ingresan constantemente a albergues o centros de rehabilitación, hay quienes logran rehabilitarse o retornan a vivir en las calles. Las personas en esta condición tienden a dormir en aceras, lotes baldíos o al lado de los comercios, deambulan para suplir sus necesidades, se deslazan principalmente, por los operativos de limpieza por parte de la Fuerza Pública y Policía Municipal, en los cuales se ubica a estas personas lejos de los comercios, a solicitud de sus dueños, ya que ahuyentan a los clientes o aumentan la criminalidad en los sectores. Sufren constantemente el rechazo y el destierro social, debido al uso de sustancias adictivas, esto los lleva a buscar lugares alejados u ocultos para el consumo de psicoactivos.

El desarraigo, sumado a las consecuencias de ingerir sustancias adictivas, vivir a la intemperie y auto recriminarse por la pérdida o deterioro de sus vínculos, origina una serie de comportamientos característicos en la población como el aislamiento, estrés, una actitud defensiva o en algunos casos agresividad. Una vez contemplado esto, el papel de la enfermera

es aplicar lo sugerido por Jonhson, propone centrarse más en el comportamiento más que el estado de salud, proporcionando un abordaje bio- psico- social.

Enfermería entra a aplicar su rol, intentando promover la salud, prevenir la enfermedad o padecimiento y restaurar esa salud tanto física como mental, mediante el cuidado directo, la escucha activa, la educación sobre métodos de afrontamiento, técnicas de relajación, talleres para fortalecer la autoestima, las redes de apoyo, la expresión de sentimientos etc.

Para concluir, se resalta la importancia de reforzar la ética profesional y la sensibilización por parte del personal de salud hacia los indigentes al momento de brindar el cuidado integral, en cualquier nivel de atención. Para disminuir la estigmatización hacia estas personas es relevante el personal conozca y se identifique con las teorizantes de Enfermería, ya que son una guía o un punto de partida para proporcionar un trato digno, holístico, humanizado y de calidad.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Hernández Sampieri et al., (50) según las características de esta investigación, se clasifica dentro de un enfoque cuantitativo y las variables de estudio deben ser medidas en un contexto determinado, se analizan los resultados obtenidos para el desarrollo de las conclusiones, mediante la medición numérica y análisis estadístico.

Esta investigación determina los factores socio-personales presentes en personas mayores de edad que vivan en situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, permite explicar la influencia de los mismo en el consumo de psicoactivos, así como también las percepciones y experiencias de vida apegadas a su realidad.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Hernández Sampieri et al., (50) indican en su clasificación que el proceso de investigación es de tipo correlacional. El autor describe que primero se mide cada una de las variables, posterior a eso, se cuantifican, analizan y finalmente se establece la relación. En esta investigación se realiza un análisis sobre las dos variables, la influencia de los factores sociales y personales y su relación con el consumo de psicoactivos en la población indigente mayor de edad ubicada en el Gran Área Metropolitana.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

La Gran Área Metropolitana es la gran región metropolitana de Costa Rica, cuenta con una extensión territorial de 196,700 Ha., esto equivale al 3,83% de territorio nacional. Abarca 31 cantones, agrupados en cuatro Áreas Metropolitanas: Alajuela, Cartago, Heredia y San José, abarcando 152 distritos en total (51).

3.3.1 Población

El Censo de Población y Vivienda del INEC, para el año 2011, estima que 2.268.248 personas habitan la Gran Área Metropolitana. Abarca el 52.7% de la población del país, siendo el cantón central de San José el más poblado (51).

La Política Nacional de atención integral para personas en situación de abandono y situación de calle (54) dictamina para el año 2015, una población de 1825 habitantes de calle en Costa Rica. San José tiene 1176 personas en situación de calle, y es precisamente, donde se presenta la mayor concentración, con un 65% del total de esta población.

3.3.2 Muestra

La presente investigación tiene como población a las personas que se encuentran en situación de calle. Como se menciona, a lo largo del estudio, esta población se caracteriza por ser excluida socialmente, carente de medios para satisfacer necesidades básicas y de un lugar de residencia propia.

Para elegir el tamaño de la muestra, se ejecuta la fórmula para muestreo probabilístico según lo recomendado por la guía metodológica para trabajos finales de graduación de la Universidad Hispanoamericana. Siendo la población 1176 habitantes de la calle ubicados en San José, al aplicar la fórmula, la cifra resultante es de 144 personas en condición de indigentes, mayores de edad, en la Gran Área Metropolitana de San José, esto utilizando el 99% de confiabilidad y el 0.1 de margen de error.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N° 1

**Criterios de inclusión y de exclusión de la población indigente mayor de edad.
Gran área metropolitana
II cuatrimestre 2018**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Población indigente de San José.	Hombres indigentes mayores de edad, con alteración del sensorio y conducta o enfermedades mentales.
Hombres indigentes mayores de 18 años, alfabetos.	Mujeres indigentes mayores de edad con alteración del sensorio y conducta o enfermedades mentales.
Mujeres indigentes mayores de 18 años, alfabetas.	

Fuente: elaboración propia

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El instrumento para la recolección de información de esta investigación es un cuestionario de elaboración propia, se aplica a 100 hombres y mujeres mayores de edad en condición de indigencia. Contiene cuatro secciones de preguntas abiertas y cerradas. Estas permiten medir las variables en estudio, conocer las percepciones y experiencias de vida por parte de las personas en condición de indigente.

Se aplica el plan piloto a 20 personas mayores de edad en condiciones de indigencia que habiten dentro de la Gran Área Metropolitana, para darle validez al mismo.

3.4.1 Validez del cuestionario

El cuestionario utilizado en esta investigación, es aplicado en varias zonas del Gran Área Metropolitana, específicamente en “la zona roja” (calle 12), participan alrededor de 100

personas en estado de indigencia, mayores de edad, con una duración de un mes aproximadamente.

Una vez concluido el cuestionario, se procede a la valoración del mismo por parte del estadista de la Universidad Hispanoamericana, Roger Bonilla, mediante el cálculo del Alpha de Cronbach, este mide consistencia interna del instrumento aplicado. Se extrae un núcleo de preguntas, se procede a binarizar (0= sí, 1=no) y arroja un resultado del 73% (satisfactorio) de Alpha de Cronbach.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es no experimental de tipo transversal, ya que se pretende observar el fenómeno en su estado natural, sin manipularlo y a su vez recolectar la información necesaria en un único momento. Según lo dictamina Hernández Sampieri et al., (50) se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por-quien-la-realiza.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.	Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas, culturales que están presentes en los sujetos de estudio (53).	Para la presente investigación se estudian los siguientes características sociodemográficas: edad, sexo, nacionalidad, estado civil y escolaridad.	Sexo Edad Nacionalidad Estado Civil Escolaridad	Características físicas sexuales Años cumplidos País de origen Situación jurídica Años de estudio cumplidos	Pregunta no. Pregunta no.2 Pregunta no.3 Pregunta no. 4 Pregunta no.5 Pregunta no. 6

				Vínculos afectivos	Redes de apoyo	Pregunta no. 23 Pregunta no. 24 Pregunta no. 25 Pregunta no. 26 Pregunta no. 27
					Relaciones interpersonales	Pregunta no. 28 Pregunta no. 29 Pregunta no.30 Pregunta no. 31
				Condición económica	Apoyo económico	Pregunta no. 32
					Subsistencia económica	Pregunta no. 33
				Resiliencia	Mecanismos de enfrentamiento	Pregunta no. 34

<p>Identificar los productos psicoactivos que consume la población de estudio.</p>	<p>Consumo de psicoactivos</p>	<p>Es un modelo des-adaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso (54).</p>	<p>Para la presente investigación se estudian los siguientes aspectos sobre consumo de psicoactivos legales e ilegales</p>	<p>Psicoactivos legales e ilegales</p>	<p>Consumo de psicoactivos Consumo de psicoactivos legales e ilegales Frecuencia de consumo Capacidad de abstinencia Causa de consumo Percepción sobre consumo de psicoactivos Mecanismo de afrontamiento</p>	<p>Pregunta no. 35 Pregunta no. 36 Pregunta no. 37 Pregunta no, 38 Pregunta no. 39 Pregunta no. 40 Pregunta no. 41 Pregunta no. 41</p>
--	--------------------------------	--	--	--	---	--

					Impacto positivo o negativo	Pregunta no. 42
					Impacto de consumo de psicoactivos	Pregunta no, 43
					Resiliencia	Pregunta no. 44
					Años cumplidos	Pregunta no. 45
					Situación de calle	Pregunta no. 46 Pregunta no. 47
					Entorno familiar	Pregunta no. 48
					Percepción social	Pregunta no. 49

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

A continuación, se presentan los resultados que se obtienen de la aplicación del instrumento en la investigación, el tamaño de la muestra corresponde a 144 habitantes de calle, sin embargo, se aplican los criterios de inclusión y exclusión a esta población. Se aplica a una un total de 100 personas, mayor de edad, consumidora de psicoactivos y en situación de calle, en el Gran Área Metropolitana.

La caracterización sociodemográfica, factores socio-personales, así como la situación de calle de la población de estudio se realiza por medio de la presentación de figuras y tablas.

Tabla N° 1
Distribución porcentual de la población encuestada según sexo, en el Gran Área
Metropolitana.
2018

Sexo	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Hombres	88	88%
Mujeres	12	12%
	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Un 88% (n=88) de la población estudiada corresponde a hombres y el 12% (n=12) corresponde a mujeres. Siendo el sexo masculino quien predomina.

Tabla N° 2
Distribución porcentual de la población encuestada según nacionalidad,
en el Gran Área Metropolitana
2018

Nacionalidad	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Costarricenses	83	83%
Nicaragüenses	14	14%
Colombianos	2	2%
Hondureños	1	1%
	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Un 83% (n=83) de la población encuestada señala ser costarricense, siendo ésta la nacionalidad más predominante. Con respecto a la menor nacionalidad registrada es la hondureña con 1% (n=1).

Tabla N° 3
Distribución porcentual de la población costarricense encuestada según provincia donde
nació, en el Gran Área Metropolitana
2018

Provincia	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
San José	54	65%
Limón	10	12%
Puntarenas	7	8%
Guanacaste	6	7%
Cartago	4	5%
Heredia	1	1%
Alajuela	1	1%
	83	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Del 83% (n=83) de las personas en estado de indigencia encuestadas que refieren ser costarricenses, el 65% (n=54) nacieron en la provincia de San José, siendo ésta la provincia con más sobresaliente. Las provincias con menor porcentaje corresponden a Heredia y Alajuela, ambas con el 1% (n=1).

Tabla N° 4

Distribución porcentual de la población encuestada según edad, en el Gran Área Metropolitana-2018

Edad en años cumplidos	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
18-27 años	14	14%
28-37 años	30	30%
38-47 años	30	30%
48-57 años	19	19%
58-67 años	6	6%
Mayor de 68 años	1	1%
	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

El 74% de la población en situación de calle encuestada se encuentran entre 18 a 47 años de edad.

Tabla N° 5
Distribución porcentual de la población encuestada según estado civil, en el Gran Área
Metropolitana
2018

Estado civil	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Soltero (a)	71	71%
Casado (a)	10	10%
Divorciado	8	8%
Unión Libre	7	7%
Viudo	4	4%
	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

El 71% (n=71) de las personas en situación de calle encuestadas refieren ser solteros, mientras el porcentaje menor que corresponde al 4% (n=4) afirman ser viudos.

Tabla N° 6

Distribución porcentual de la población encuestada según escolaridad, en el Gran Área Metropolitana
2018

Grado de escolaridad	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Primaria incompleta	25	25%
Primaria completa	19	19%
Secundaria incompleta	26	26%
Secundaria completa	7	7%
Universidad incompleta	9	9%
Universidad completa	8	8%
Técnico	1	1%
No fue a la escuela	4	4%
No responde	1	1%
	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2018

El 26% (n=26) de las personas en situación de calle encuestadas refieren tener secundaria incompleta, mientras que el 25% (n=25) afirma no haber concluido hasta sexto grado.

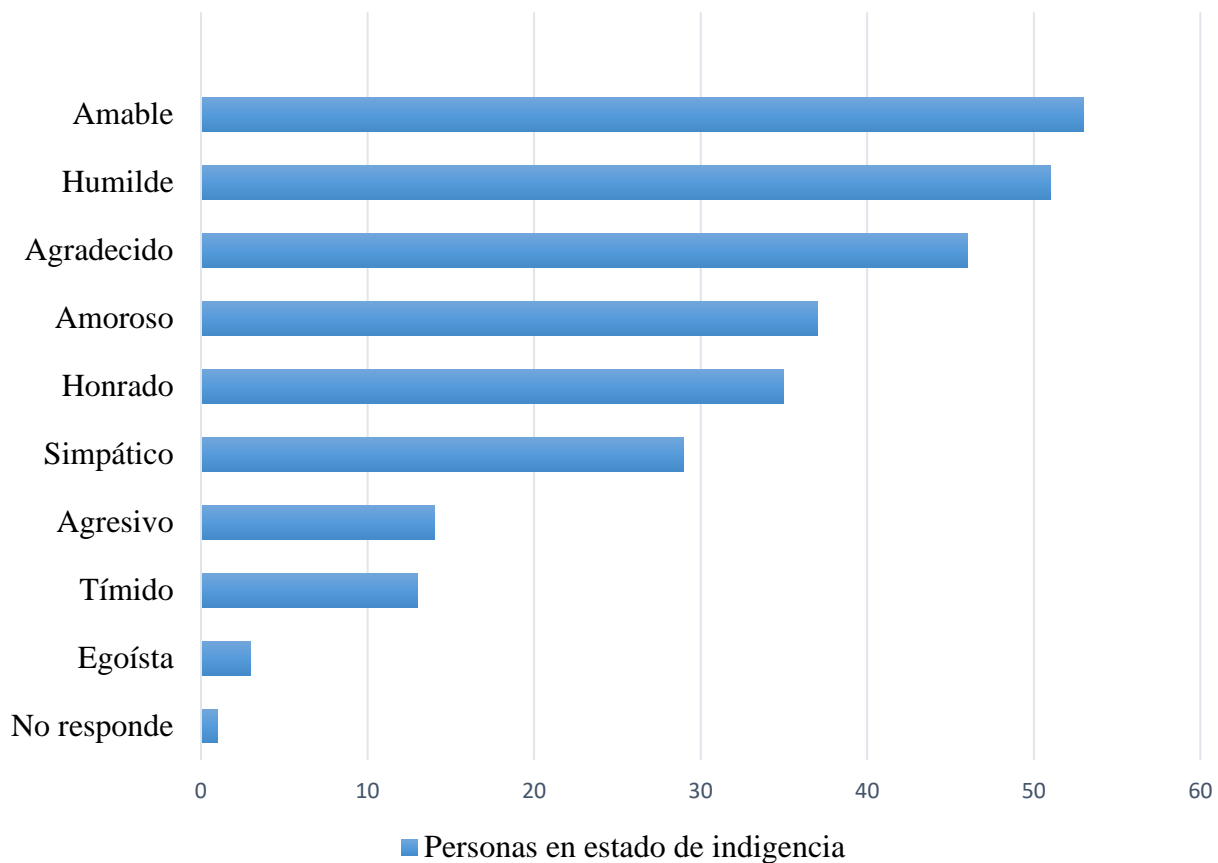


Figura N°1 Distribución de la población encuestada según descripción personal, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Más de 50 personas en estado de indigencia se consideran a sí mismos amables y humildes.

Solamente tres de los sujetos encuestados restantes se describen como egoístas.

Tabla N° 7

Distribución porcentual de la población encuestada según percepción de aprecio, felicidad y realización personal, en el Gran Área Metropolitana 2018

	Sí		No		A veces		No responde		Total	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
Percepción de aprecio a sí mismo	69	69%	13	13%	17	17%	1	1%	100	100%
Percepción de felicidad consigo mismo	53	53%	23	23%	24	24%	-	-	100	100%
Percepción de realización personal	53	53%	32	32%	14	14%	1	1%	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Un 69% (n=69) de la población encuestada refiere apreciarse a sí mismo. Con respecto a la percepción de felicidad consigo mismo, se puede apreciar que el 53% (n=53) sí es feliz consigo mismo y se sienten realizadas.

Tabla N°8

*Distribución porcentual de la población encuestada según relaciones afectivas
interpersonales, en el Gran Área Metropolitana
2018*

	Sí		No		No responde		Total	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
Conoce a su madre biológica	94	94%	3	3%	3	3%	100	100%
Conoce a su padre biológico	76	76%	23	23%	1	1%	100	100%
Buena relación con padres	58	58%	37	37%	5	5%	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

El 94% (n=94) de la población encuestada conoce a su madre biológica y el 76% (n=76) de las personas en estado de indigencia en estudio conocen a su padre biológico. El 58% corresponde a las personas en situación de calle que consideran tener una buena relación con sus padres biológicos.

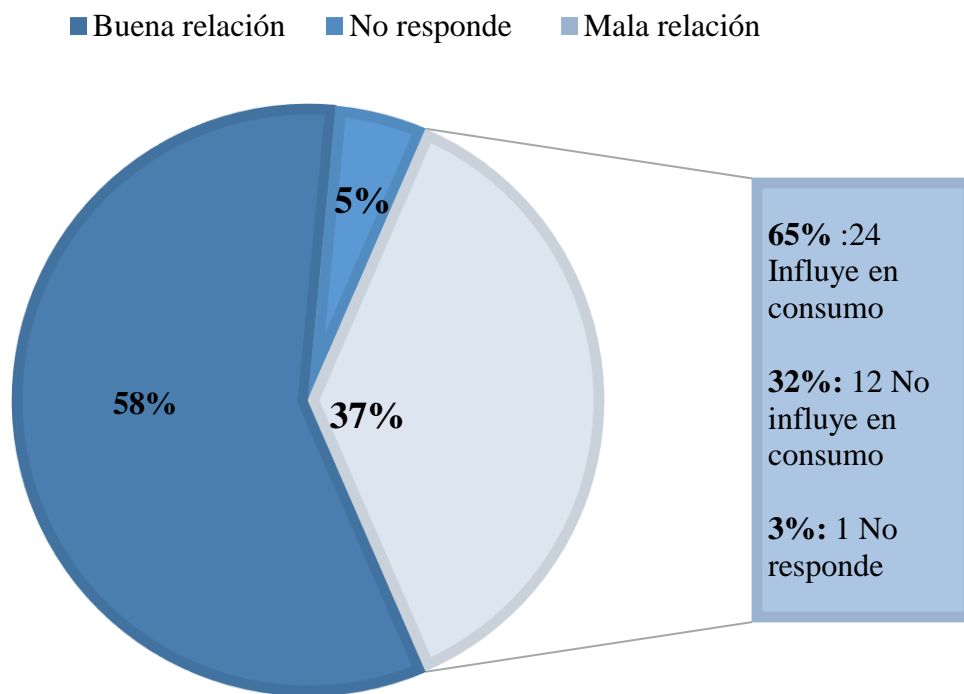


Figura N°2 Distribución porcentual de la población encuestada según relación disfuncional con padres biológicos asociada a consumo de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°9

Distribución porcentual de la población encuestada según relaciones afectivas y consumo de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana 2018

	Sí		No		No responde		Total	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Absoluto	%
Afectación en relación familiares por consumo de psicoactivos	75	75%	22	22%	3	3%	100	100%
Afectación en relación interpersonales por consumo de psicoactivos	73	73%	22	22%	5	5%	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Con respecto a la afectación de relaciones familiares por el consumo de droga, el 75% refiere que si la ha presentado y un 73% de las personas en situación de calle alegan afectación en las relaciones interpersonales por el consumo de psicoactivos.

Tabla N°10

Distribución porcentual de la población encuestada según cantidad de hermanos que poseen, en el Gran Área Metropolitana
2018

Cantidad de hermanos	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
1-3 hermanos	24	26%
4-6 hermanos	26	28%
7-9 hermanos	22	23%
Más de 10 hermanos	4	4%
No responde	18	19%
	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

El 28% (n=26) de las personas en estado de indigencia entrevistadas tiene de 4 a 6 hermanos, mientras el 27% tiene más de 7 hermanos.

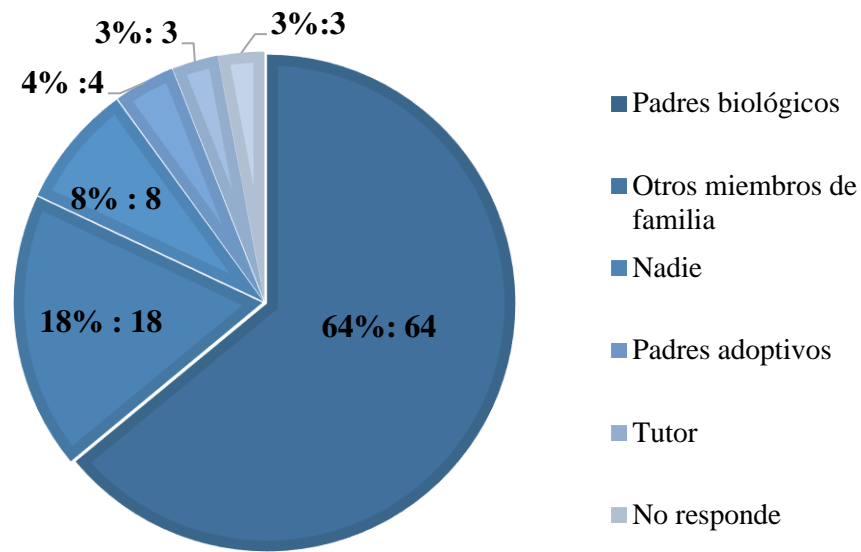


Figura N°3 Distribución porcentual de la población encuestada según encargado de crianza, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 64% proviene de personas en situación de calle que fueron criados por sus padres biológicos.

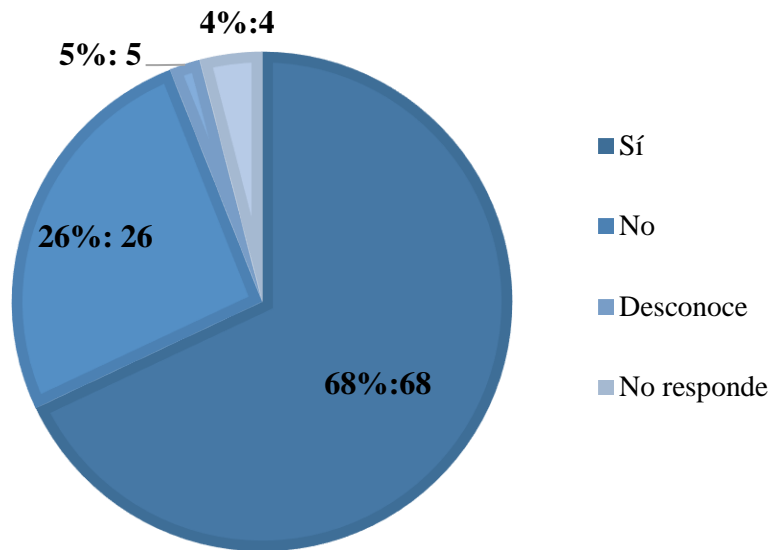


Figura N°4 Distribución porcentual de la población encuestada según acceso a drogas en el lugar donde vivió infancia y adolescencia, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 68% de las personas en situación de calle entrevistadas refieren haber crecido en lugares de fácil acceso a las drogas y criminalidad.

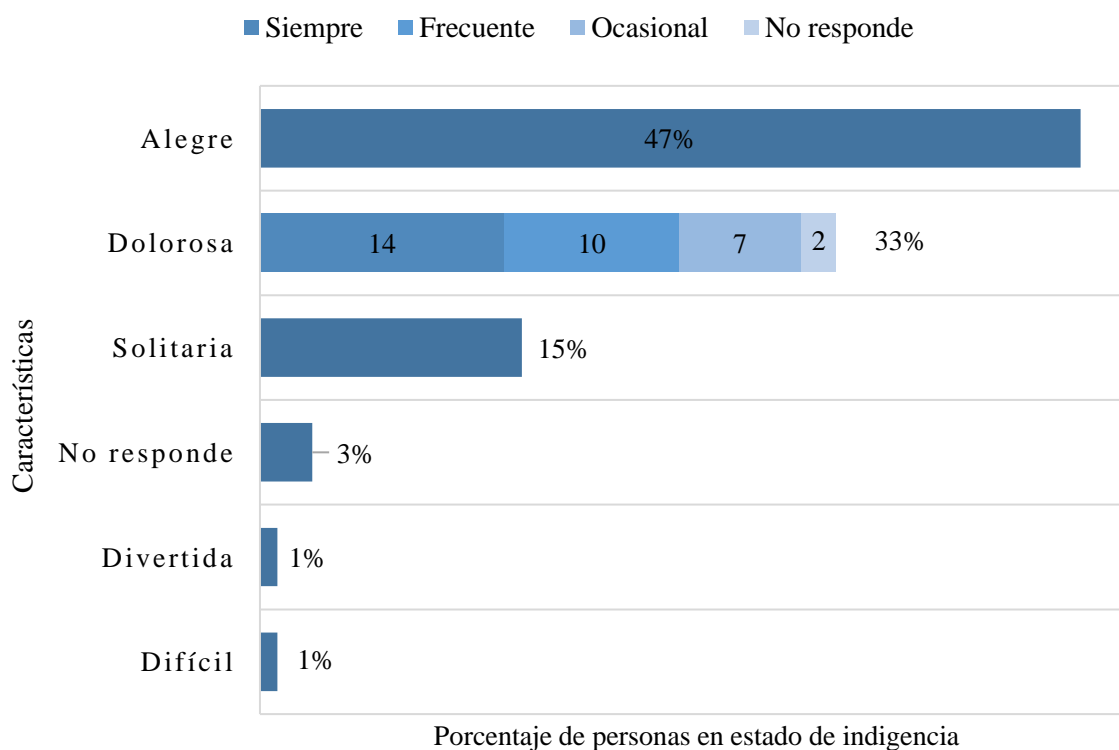


Figura N°5 Distribución porcentual de la población encuestada según percepción sobre la infancia, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 46% de las personas en situación de calle entrevistadas refiere haber tenido una infancia alegre. Un 33% corresponde a los sujetos encuestados que refirieron haber vivido una infancia dolorosa.

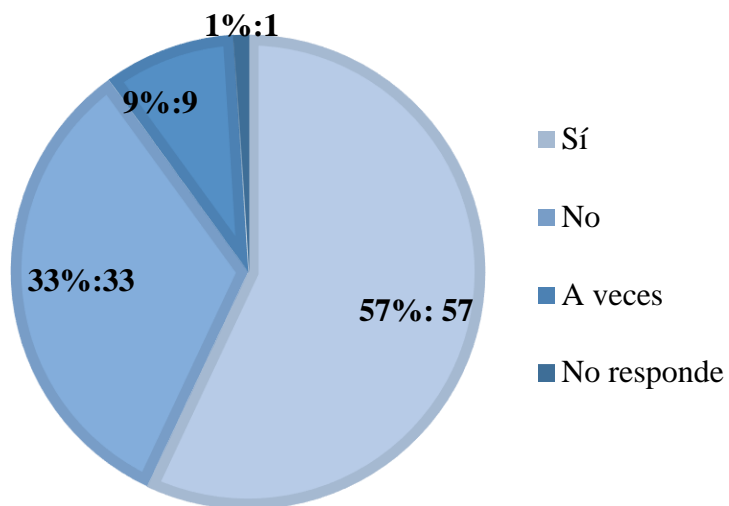


Figura N°6 Distribución porcentual de la población encuestada según percepción sobre importancia en su familia, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 57% de las personas en situación de calle encuestadas refieren sentirse importante para su familia.

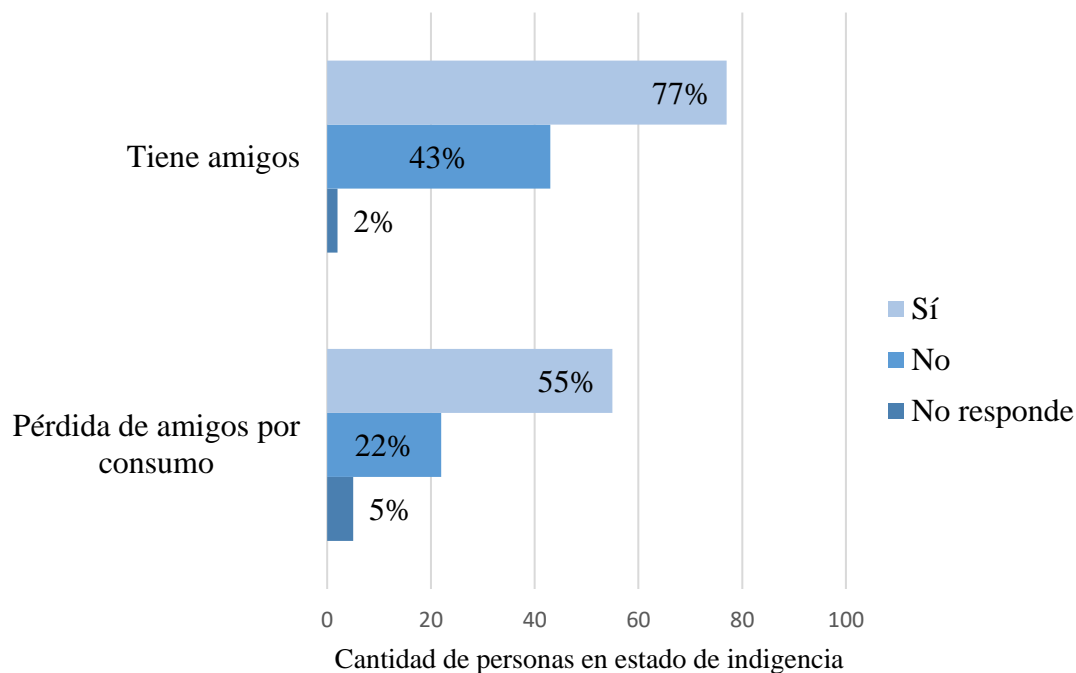


Figura N°7 Distribución porcentual de la población encuestada según relación interpersonal con amigos, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 77% de las personas en situación de calle estudiadas consideran tener amigos. Con respecto a si ha perdido amigos por el consumo de psicoactivos, sin embargo, el 55% alega afectación en las relaciones interpersonales por el consumo de psicoactivos.

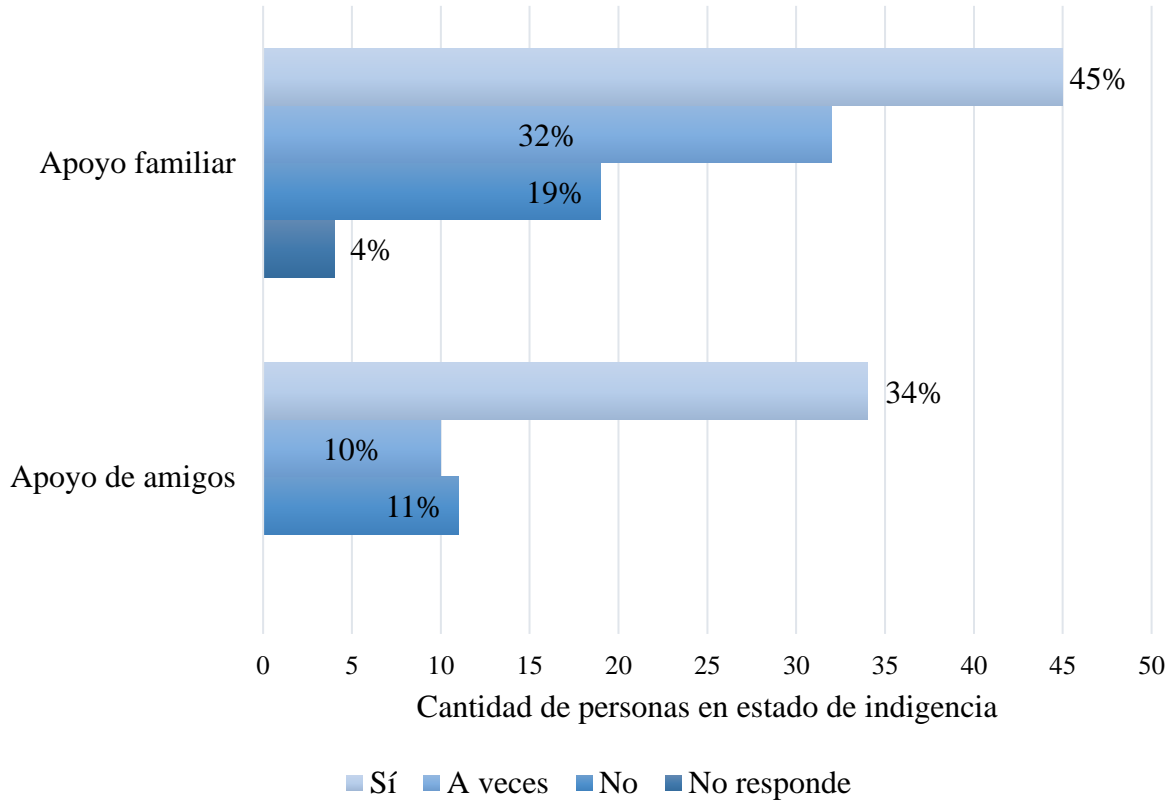


Figura N°8 Distribución porcentual de la población encuestada según redes de apoyo. Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Sólo el 45% de la población muestra tener apoyo de su familia. Con respecto al apoyo de amigos, el 34% expresa tener apoyo por parte de sus amigos.

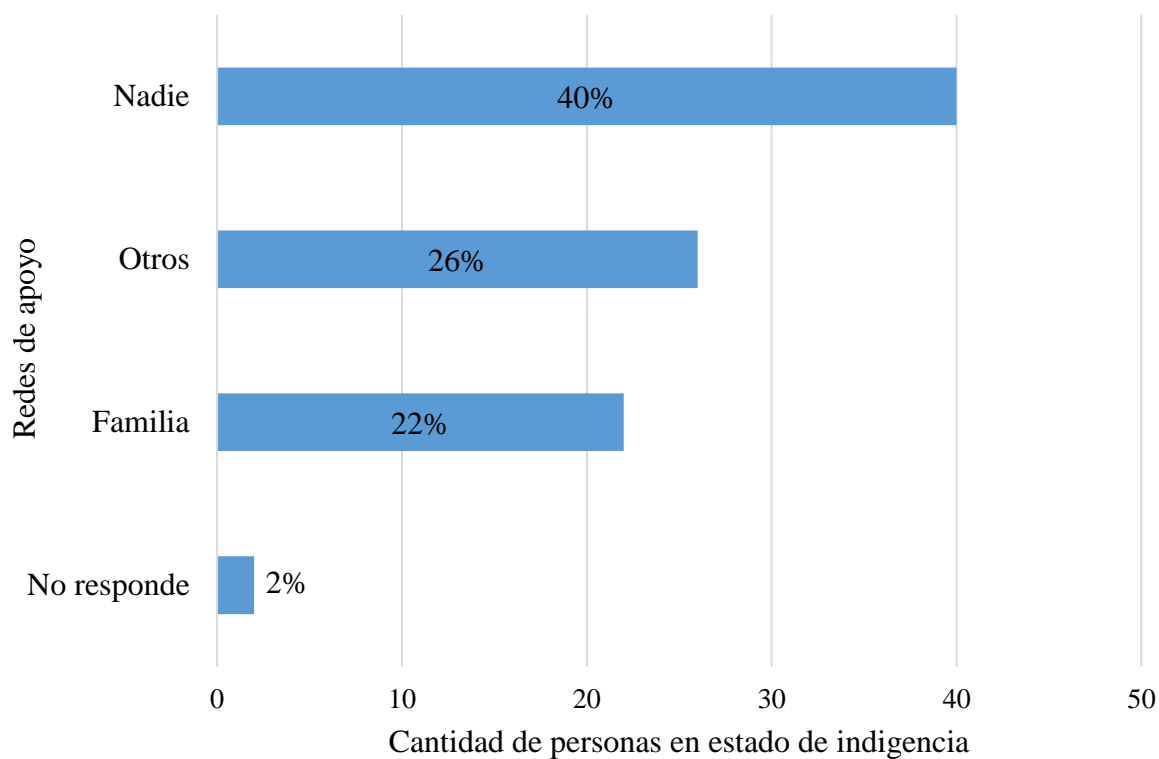


Figura N°9 Distribución porcentual de la población encuestada según redes de apoyo ante los problemas, Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 40% de las personas en situación de calle encuestadas manifiesta no tener a nadie para resolver-los-problemas.

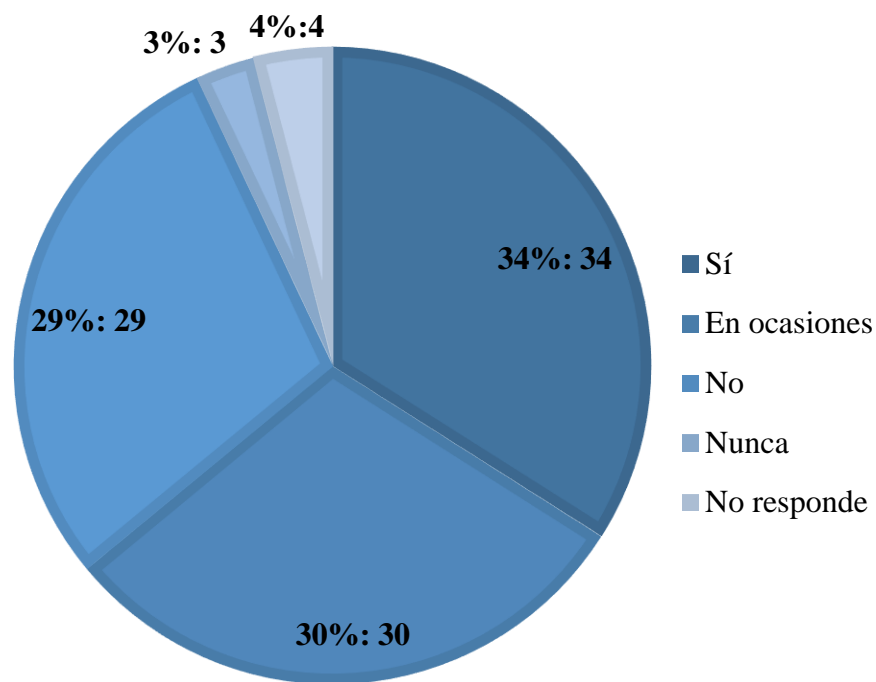


Figura N°10 Distribución porcentual de la población encuestada según percepción de afrontamiento ante los problemas, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 34% corresponde a los encuestados que creen enfrentar sus problemas de la mejor forma, mientras el 3% refiere nunca hacerlo.

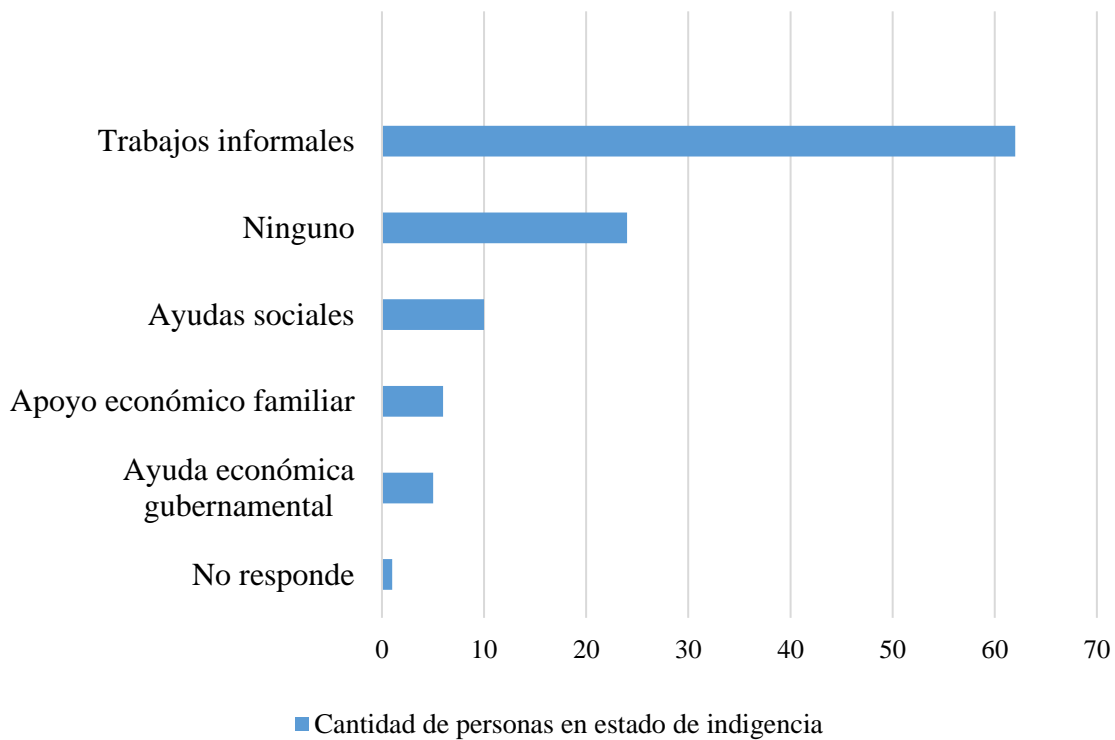


Figura N°11 Distribución de la población encuestada según ingreso económico percibido, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Más de 60 personas en situación de indigencia manifestaron que el ingreso percibido se genera con trabajos informales, siendo esta la cantidad más significativa. Mientras que 10 individuos refieren que el único ingreso percibido es el apoyo económico familiar.

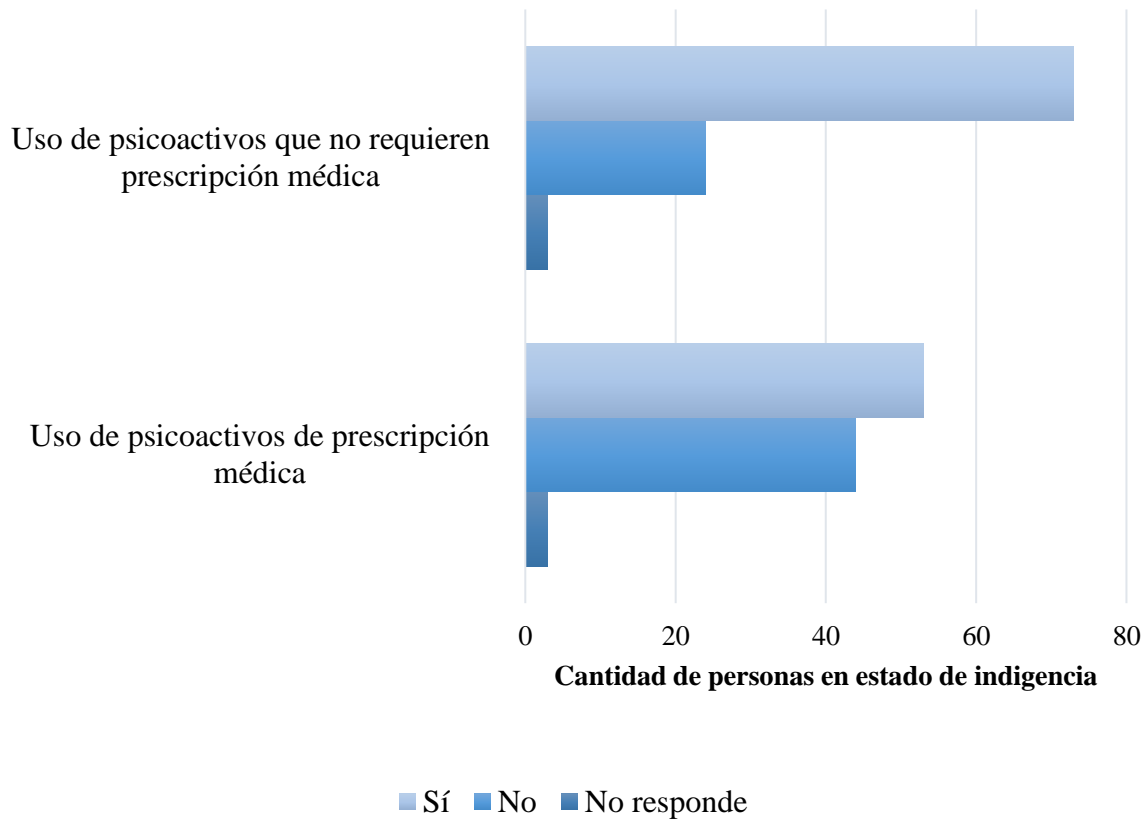


Figura N°12 Distribución de la población encuestada según uso de psicoactivos, Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Más de 70 personas en situación de indigencia entrevistadas refieren haber usado psicoactivos que no requieren prescripción médica. Asimismo, más de 50 sujetos refieren haber utilizado psicoactivos de prescripción médica.

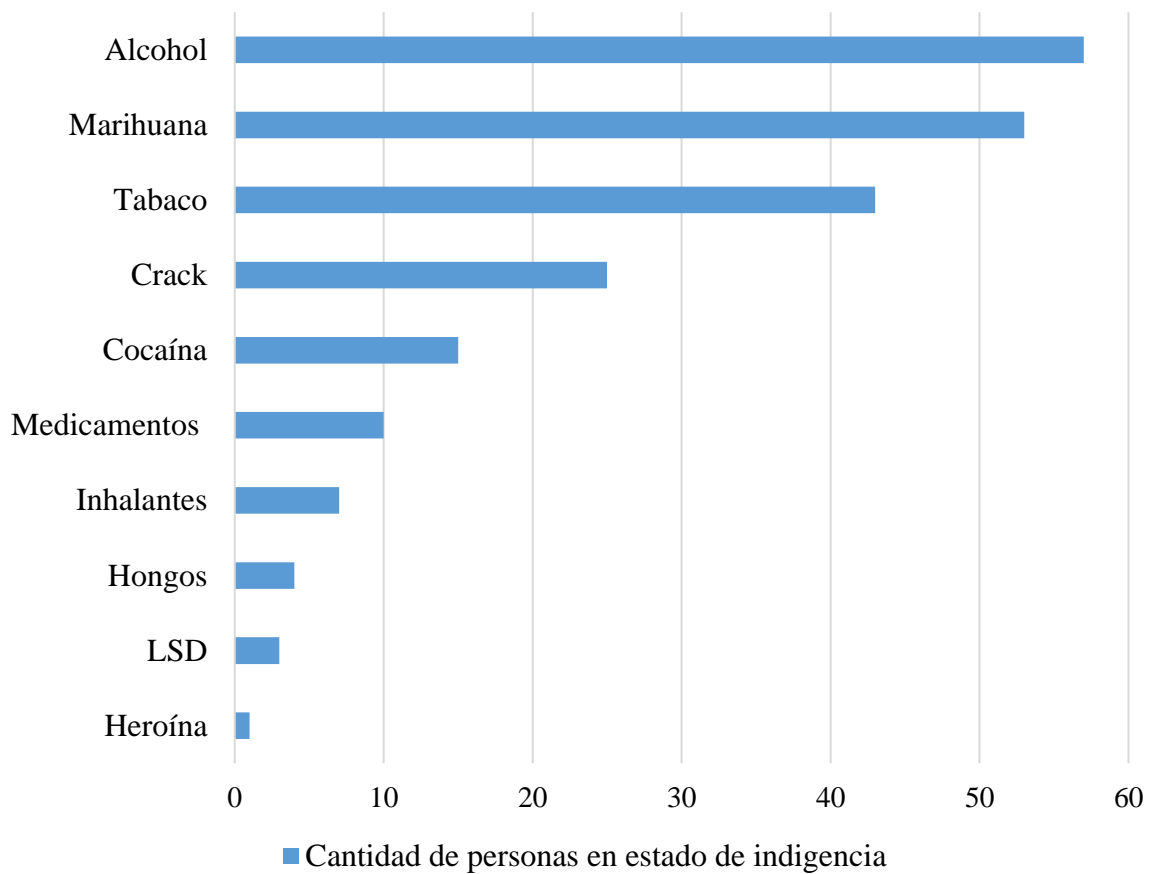


Figura N°13 Distribución de la población encuestada según psicoactivos legales e ilegales de inicio de consumo, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El alcohol, la marihuana y el tabaco son los psicoactivos de mayor uso al inicio del consumo en las personas en situación de calle estudiadas. Mientras que el LSD y la heroína son las drogas menos usadas.

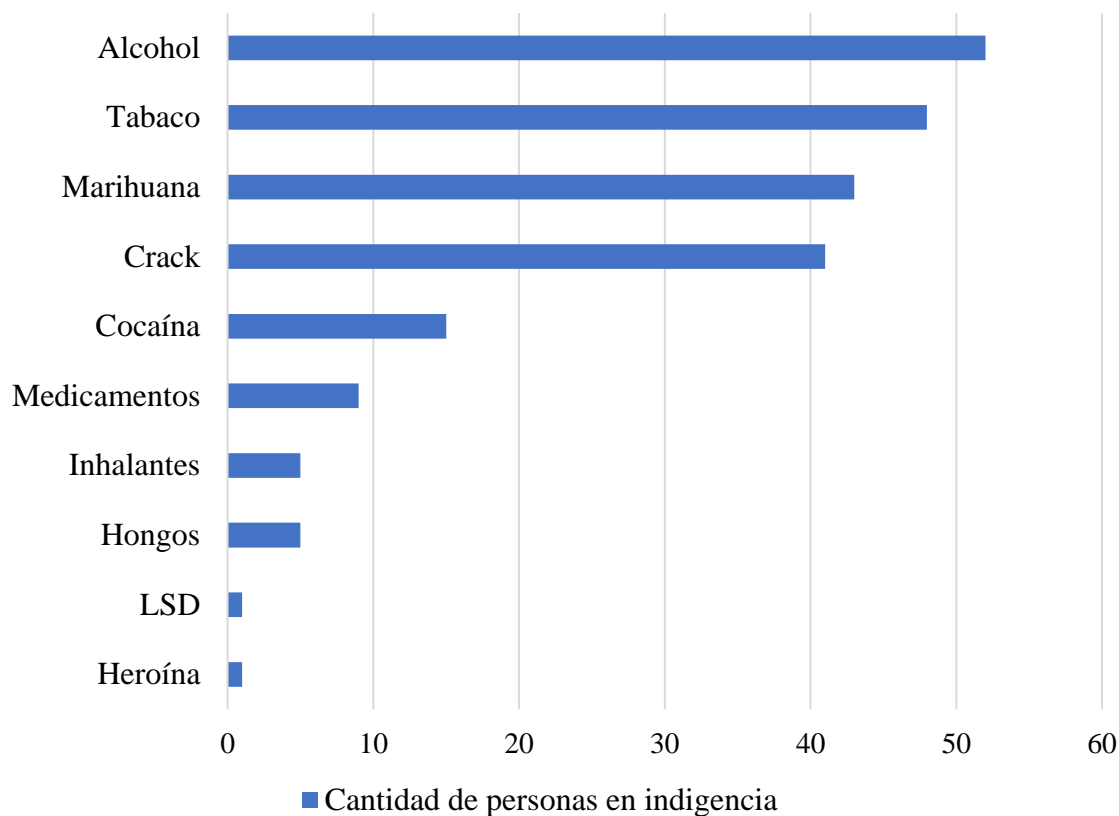


Figura N°14 Distribución de la población encuestada según psicoactivos legales e ilegales de consumo actual, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El alcohol, tabaco, marihuana y crack son los psicoactivos de mayor uso actual entre las personas en situación de calle entrevistadas. Mientras que el LSD y la heroína son los menos consumidos.

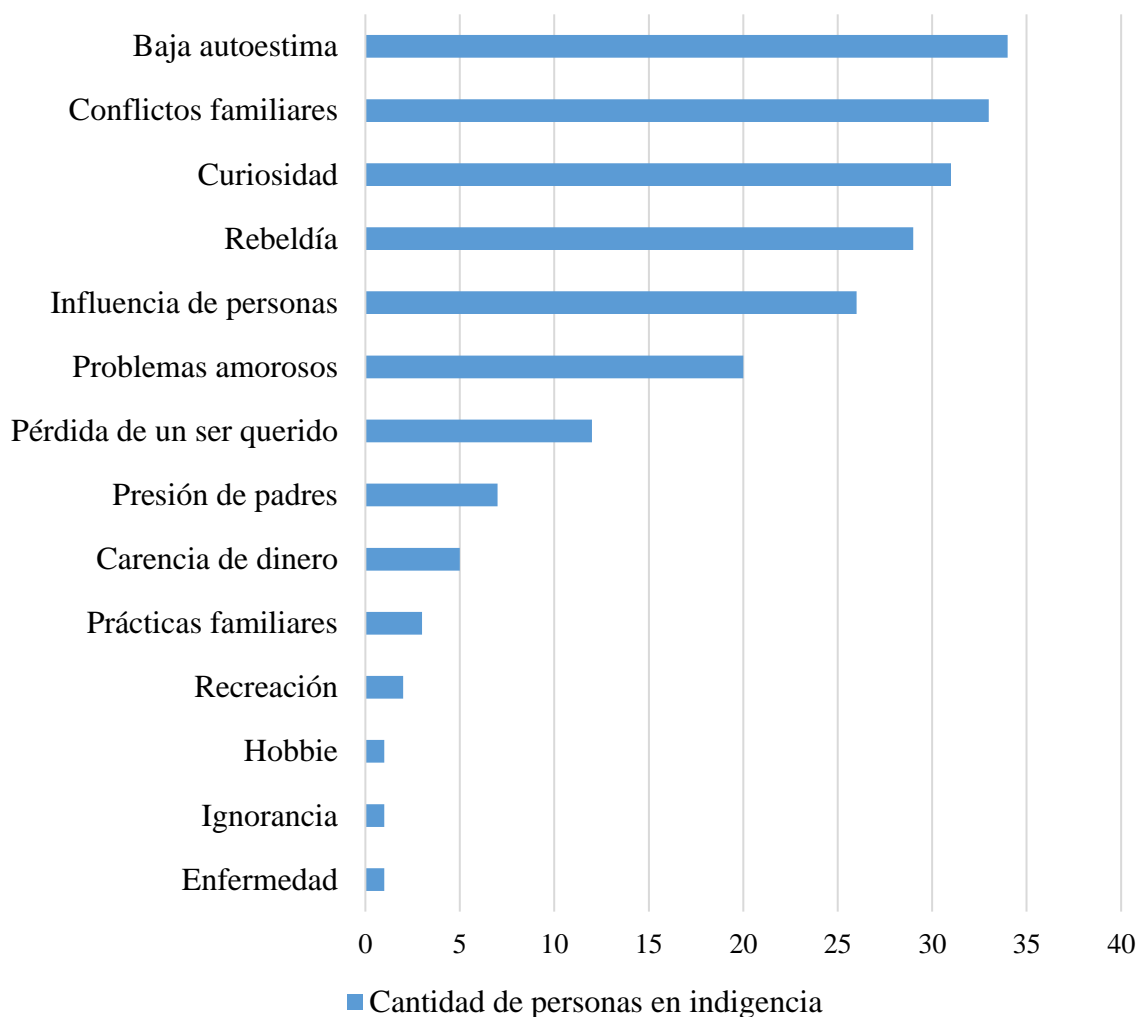


Figura N°15 Distribución de la población encuestada según motivo de consumo de psicoactivos legales e ilegales, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

La baja autoestima y los conflictos familiares son las causas que más predominan en el consumo de psicoactivos legales e ilegales en las personas encuestadas. Mientras que recreación, hobbies, ignorancia y enfermedad son los motivos menos relevantes para la ingesta de drogas en esta población.

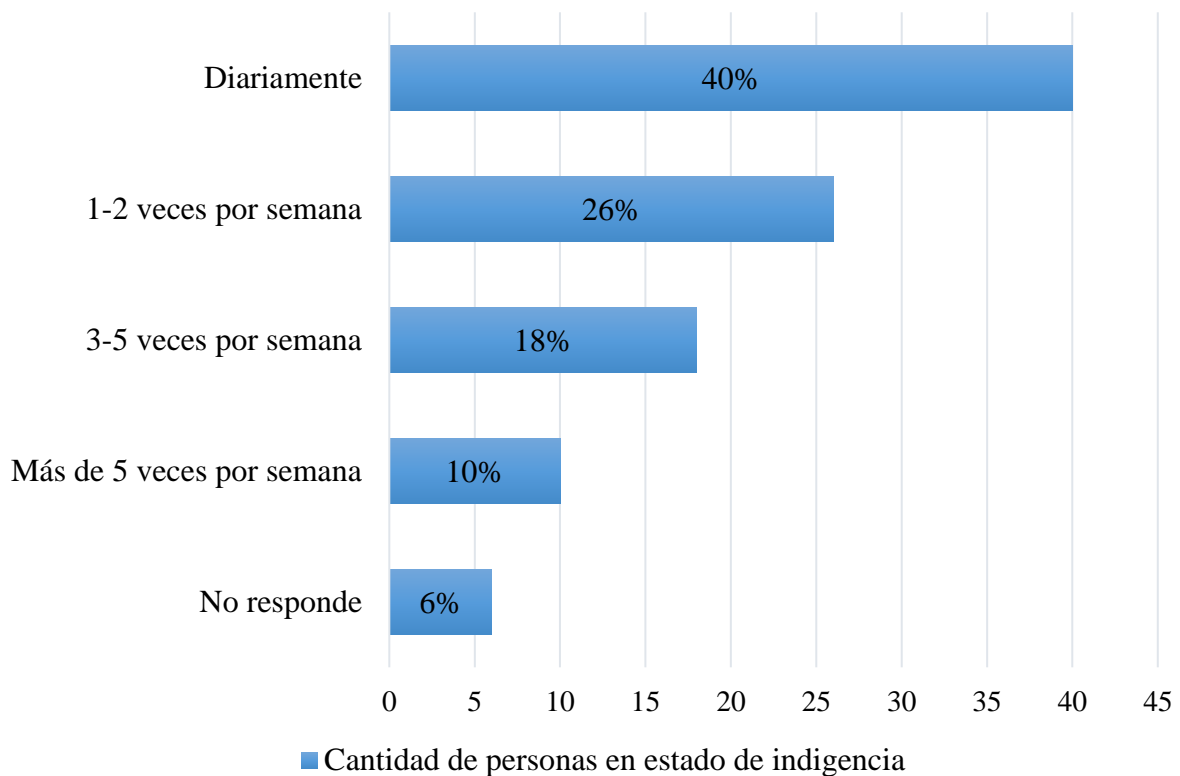


Figura N°16 Distribución porcentual de la población encuestada según frecuencia de consumo, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 40% corresponde al consumo diario de psicoactivos en personas de situación de calle entrevistados, siendo este dato más destacado.

Tabla N°11

Distribución porcentual de la población encuestada según impacto personal, abstinencia al no consumo de psicoactivos, culpa ante el uso de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana
2018

	Sí		No		No responde		Total	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
Impacto personal positivo	17	17%	76	76%	7	7%	100	100%
Abstinencia al no consumo de psicoactivos durante una semana	75	75%	22	22%	3	3%	100	100%
Culpa ante el uso de psicoactivos	81	81%	13	13%	6	6%	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

El 76% de los entrevistados perciben que el consumo de drogas ha tenido un impacto negativo en sus vidas. Con respecto a la abstinencia, sólo el 75% puede pasar una semana sin consumir algún tipo de droga. Mientras que un 81% de las personas en situación de calle estudiadas se ha sentido culpable ante el uso de psicoactivos.

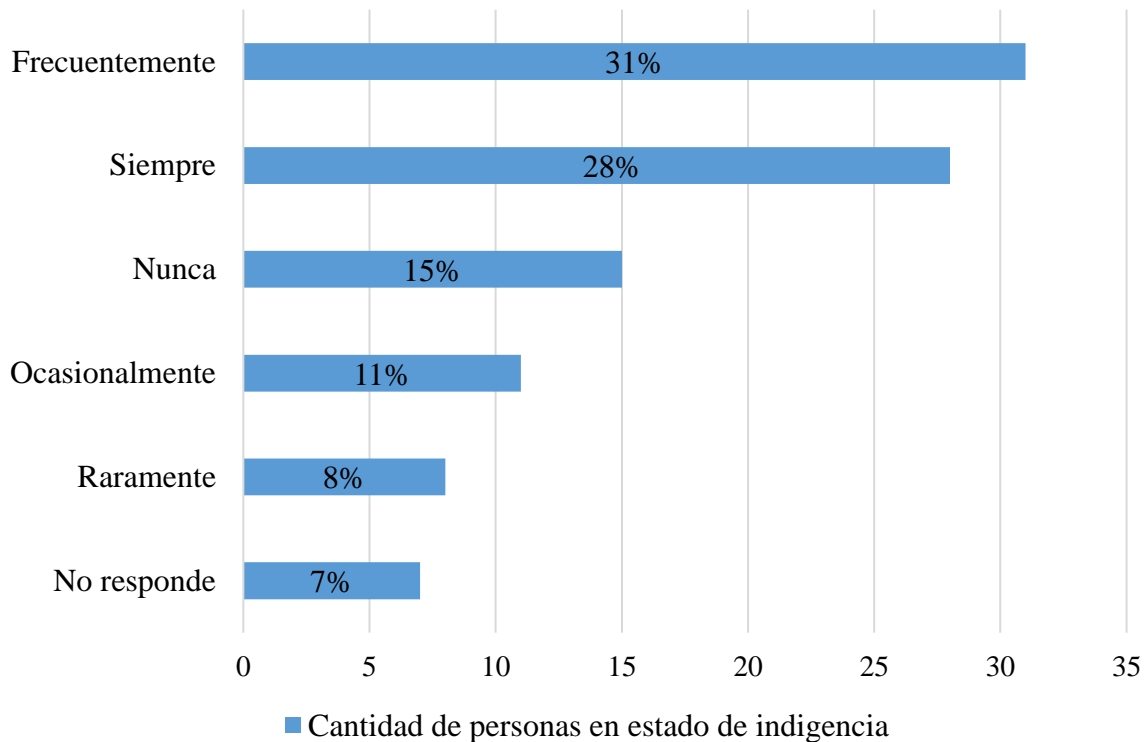
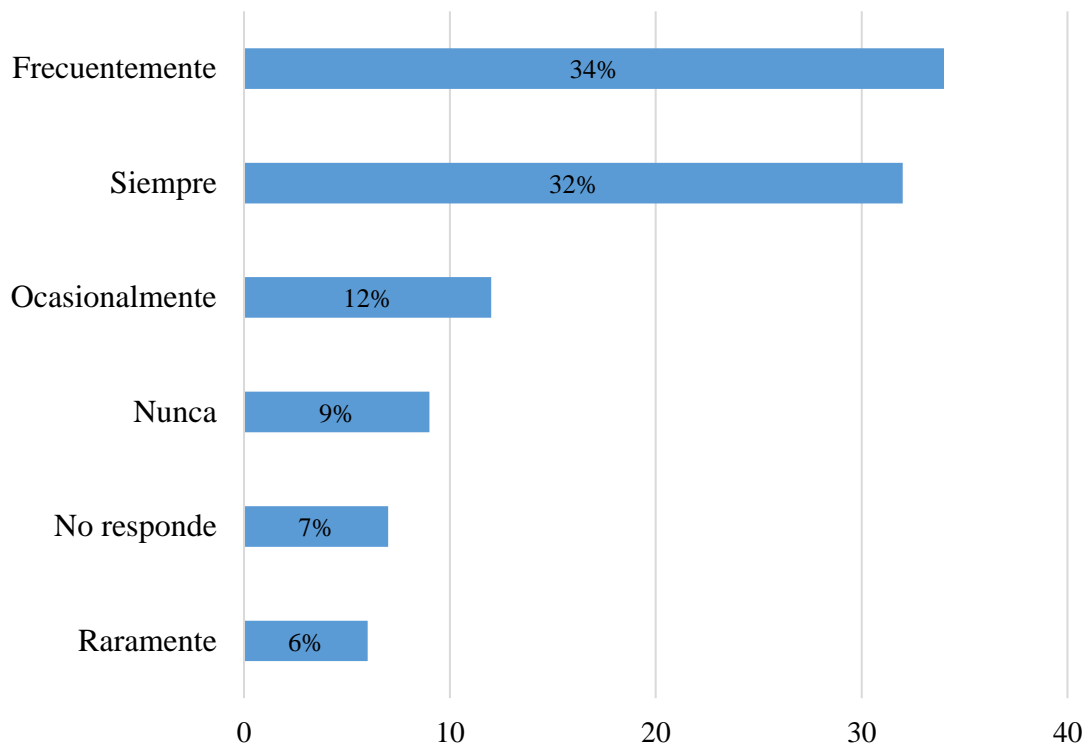


Figura N°17 Distribución porcentual de la población encuestada según pérdida de oportunidades por el consumo, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 31% afirma haber perdido oportunidades laborales, familiares y/o sociales por el consumo de drogas, siendo este el porcentaje más destacado. Mientras que el 8% raramente ha perdido estas oportunidades.



■ Cantidad de personas en estado de indigencia

Figura N°18 Distribución porcentual de la población encuestada según recaída en el consumo de psicoactivos legales e ilegales, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 34% corresponde a las personas en situación de calle estudiadas que frecuentemente presentan recaídas en el consumo de drogas, mientras el 6% refiere recaer raramente, siendo este el valor menor.

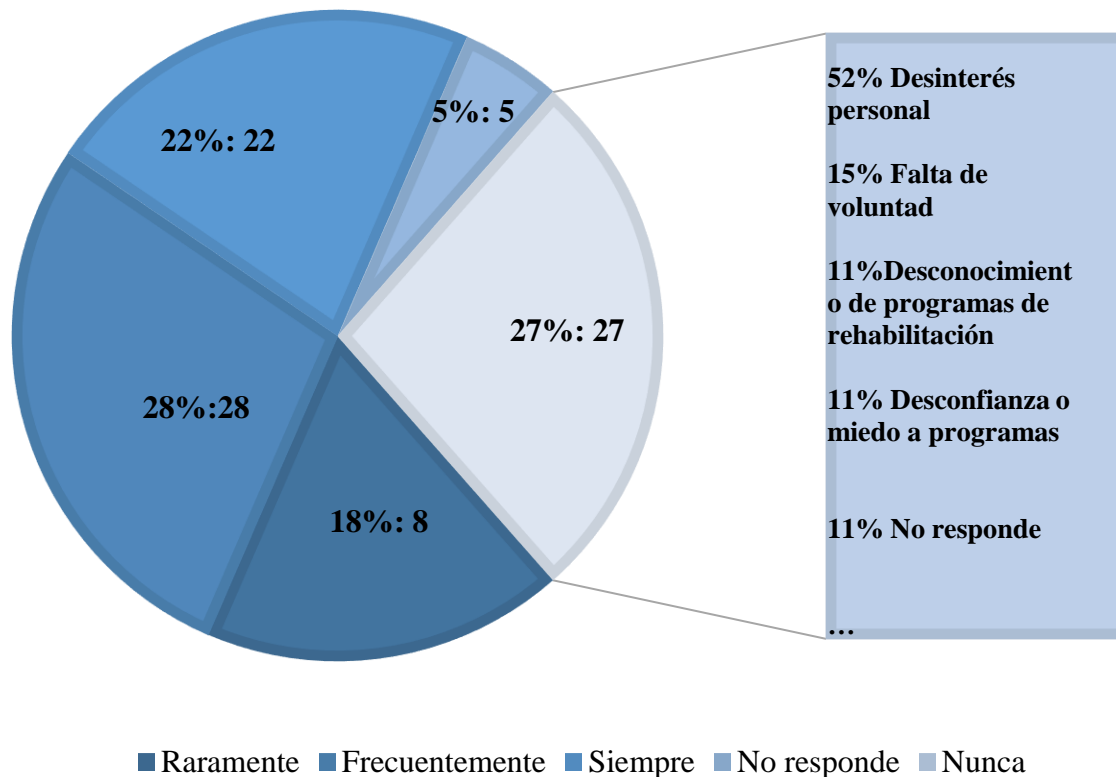


Figura N°19 Distribución porcentual de la población encuestada según búsqueda de atención al problema de dependencia a psicoactivos legales e ilegales, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 28% refiere buscar atención de forma frecuente. Mientras el 27% alega nunca haber buscado ayuda para el problema de dependencia, el motivo que predomina es el desinterés personal-con-el-52%-(n=27).

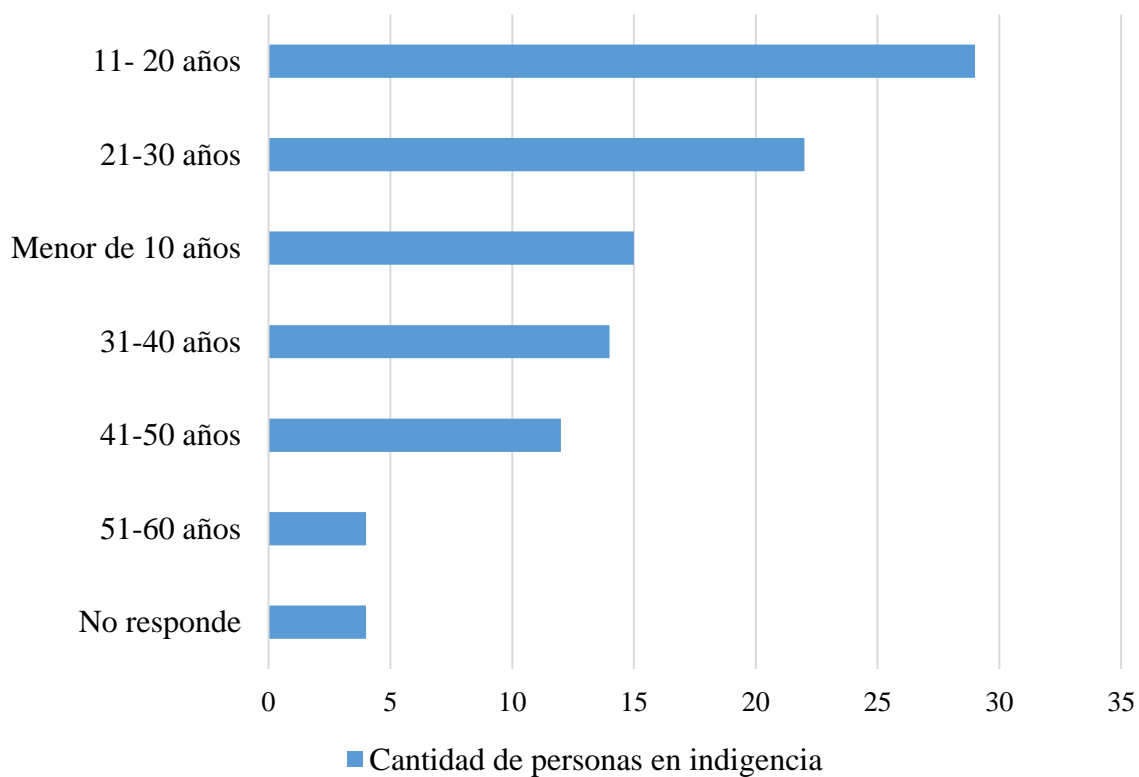


Figura N°20 Distribución de la población encuestada según edad en años cumplidos de inicio en situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

La edad de inicio en situación de calle más sobresaliente es la de 11 a 20 años, seguida de 21 a 30 años. Mientras que la edad menos destacada en las personas entrevistadas es de 51 a 60 años.

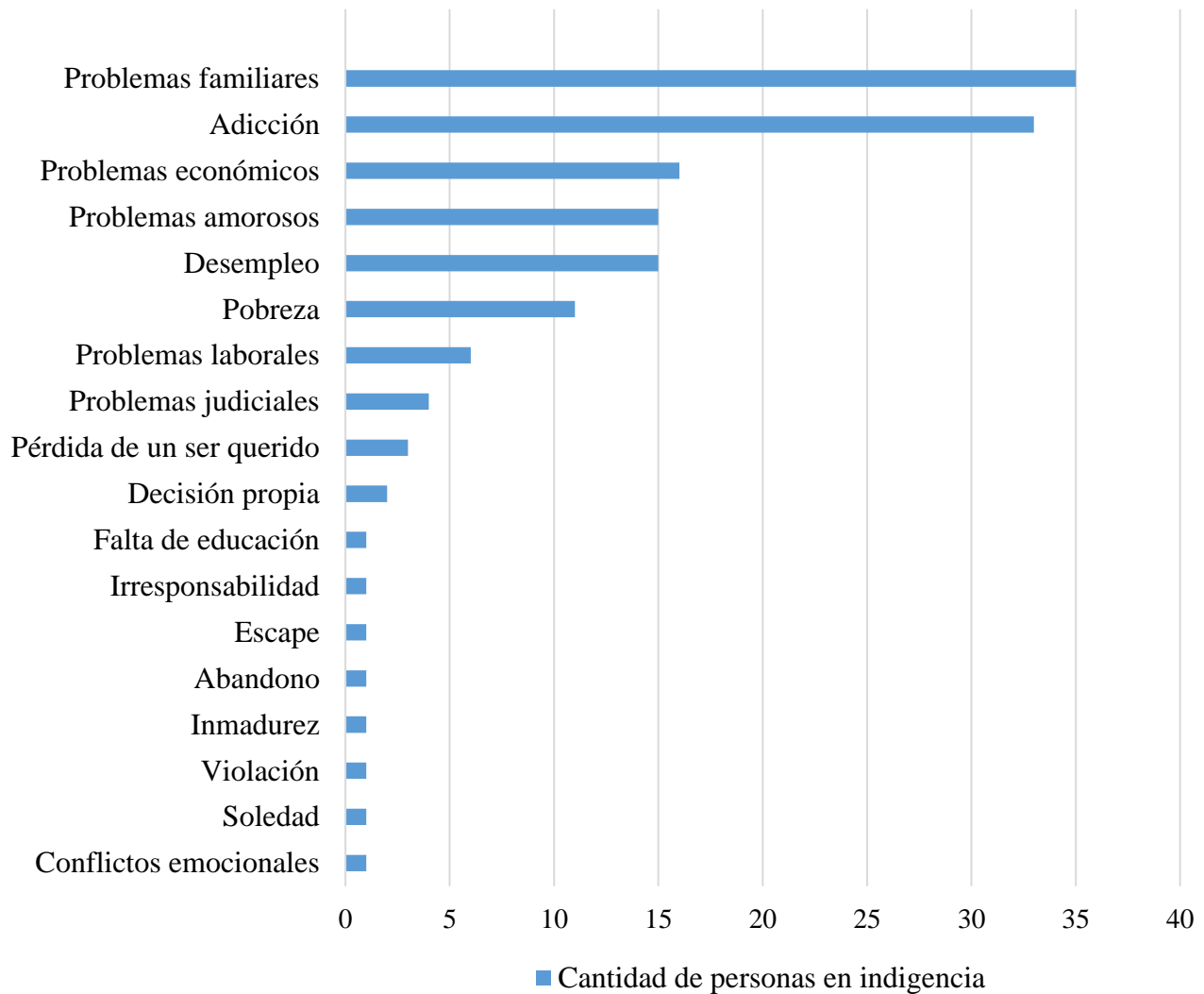


Figura N°21 Distribución de la población encuestada según causas de la indigencia, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Las principales causas de la situación de calle en las personas encuestadas son los problemas familiares y la adicción a psicoactivos. Mientras las causas menos sobresalientes son la irresponsabilidad, escape, abandono, inmadurez, violación sexual, soledad y conflictos emocionales.

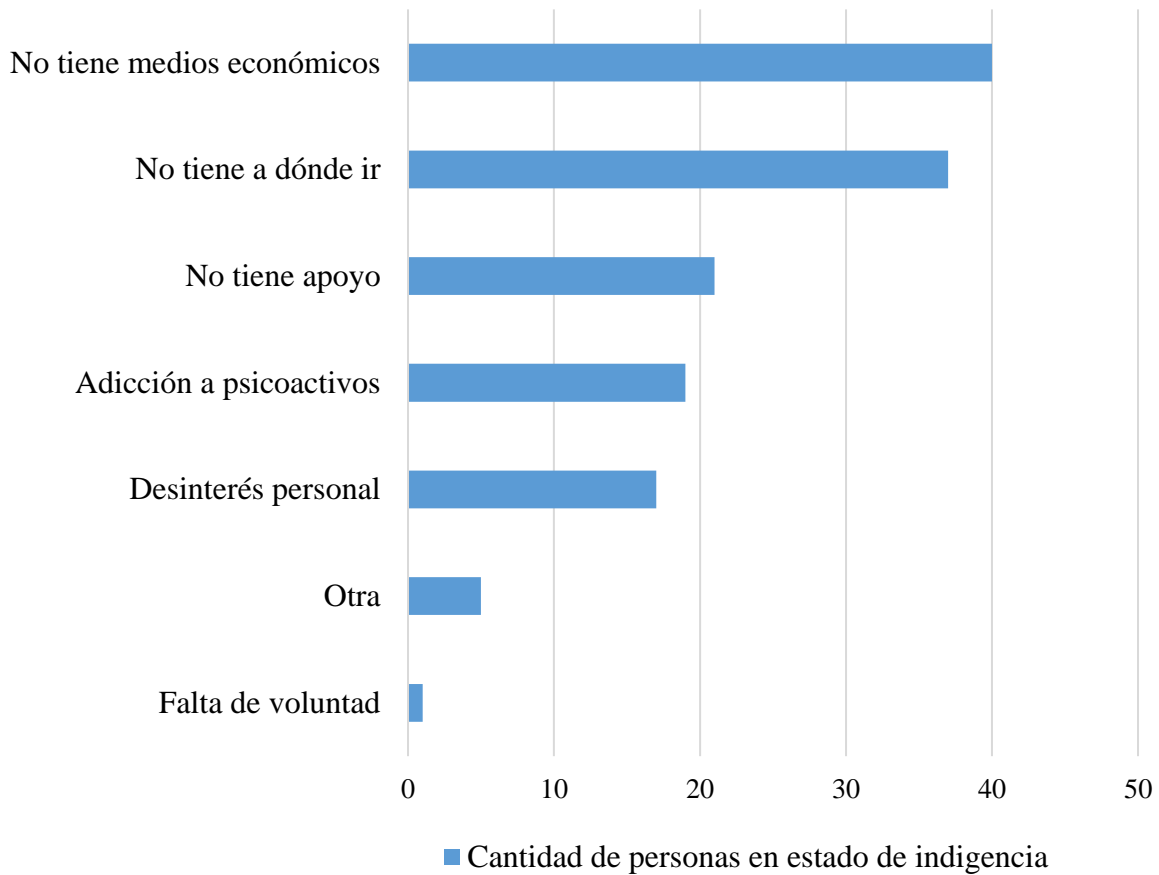


Figura N°22 Distribución de la población encuestada según motivos que impiden salir de situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Los motivos más significativos que influyen en que las personas encuestadas no abandonen la situación de calle que viven son la ausencia de medios económicos y la ausencia de un lugar dónde permanecer. Mientras que la causa menos destacada es la falta de voluntad.

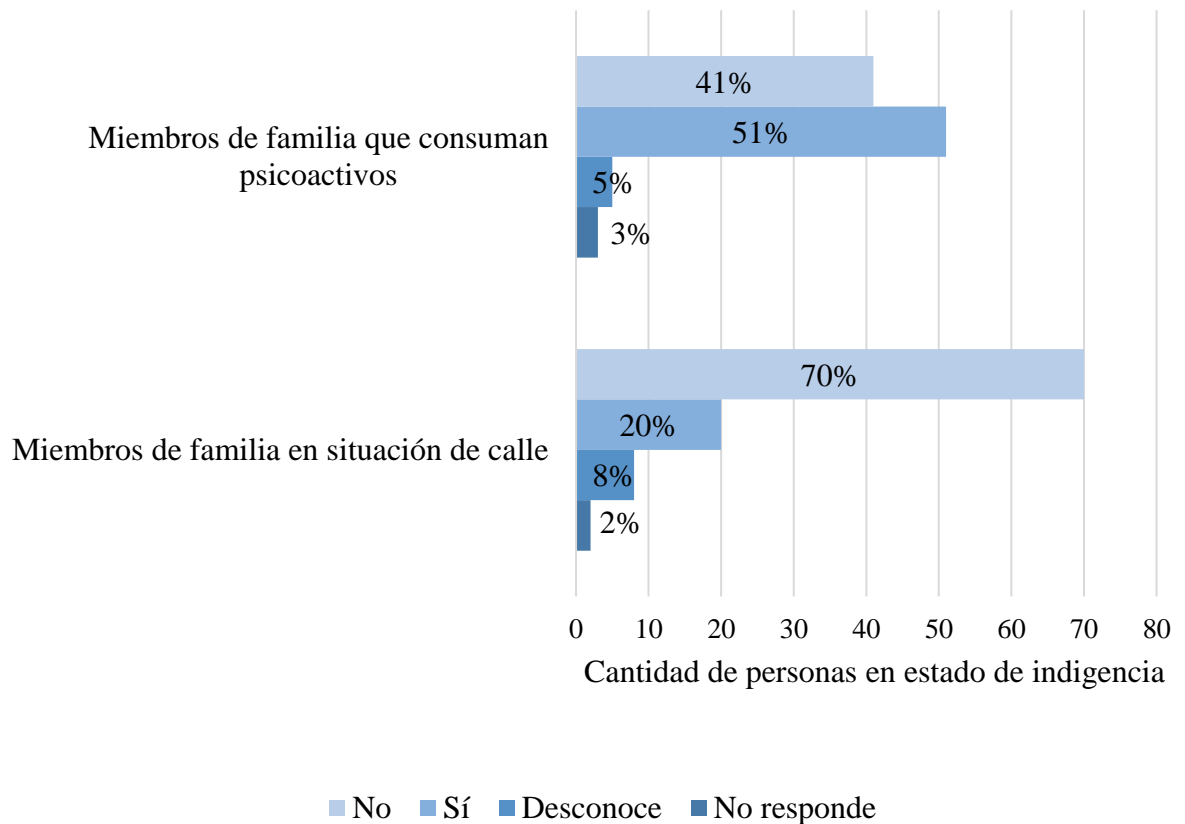


Figura N°23 Distribución de la población encuestada según entorno familiar asociado al consumo de psicoactivos y situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 51% de las personas en situación de calle encuestadas refieren tener miembros en la familia consumidores de psicoactivos. Sin embargo, un 70% de la población estudiada manifiesta no tener miembros de familia que habiten en la calle.

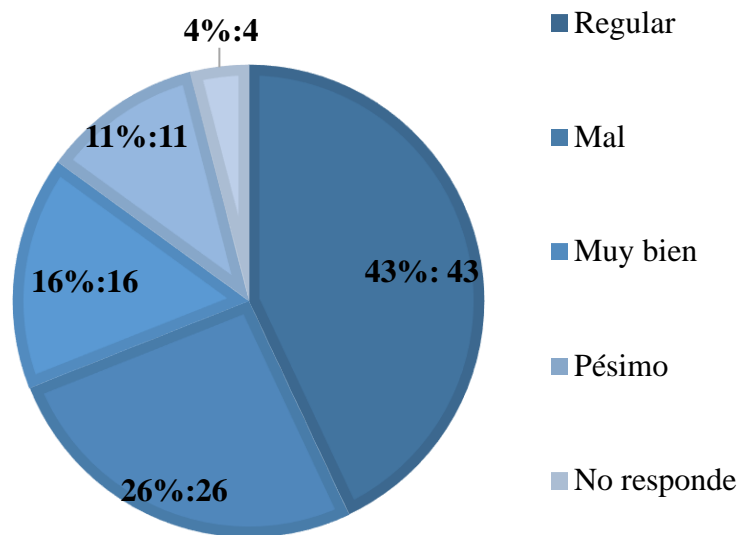


Figura N°24 Distribución porcentual de la población encuestada según percepción del trato social en situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 43% de los encuestados percibe un trato regular por parte de quienes lo rodean por habitar en la calle, mientras el 11% manifiesta un pésimo trato social.

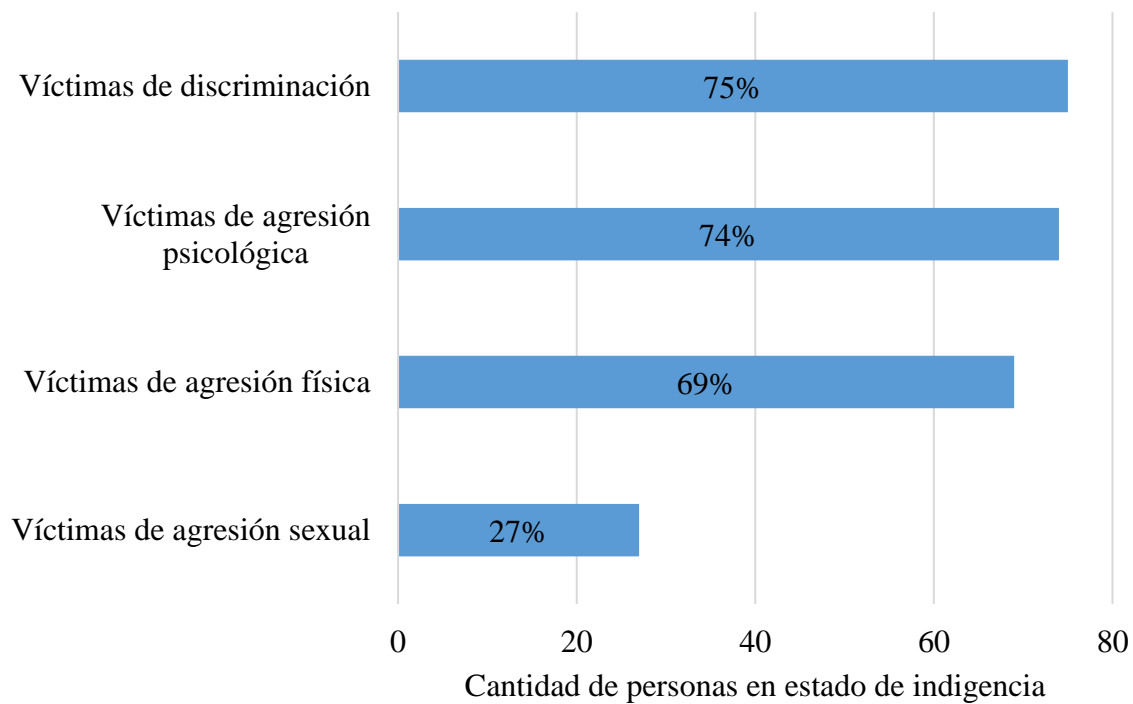


Figura N°25 Distribución porcentual de la población encuestada según discriminación y tipos de agresión, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 75% de los sujetos de estudio manifiestan haber sido o ser víctimas de discriminación, cifra de más predominio. Mientras el 26% del total de la muestra ha sido o es agredido sexualmente.

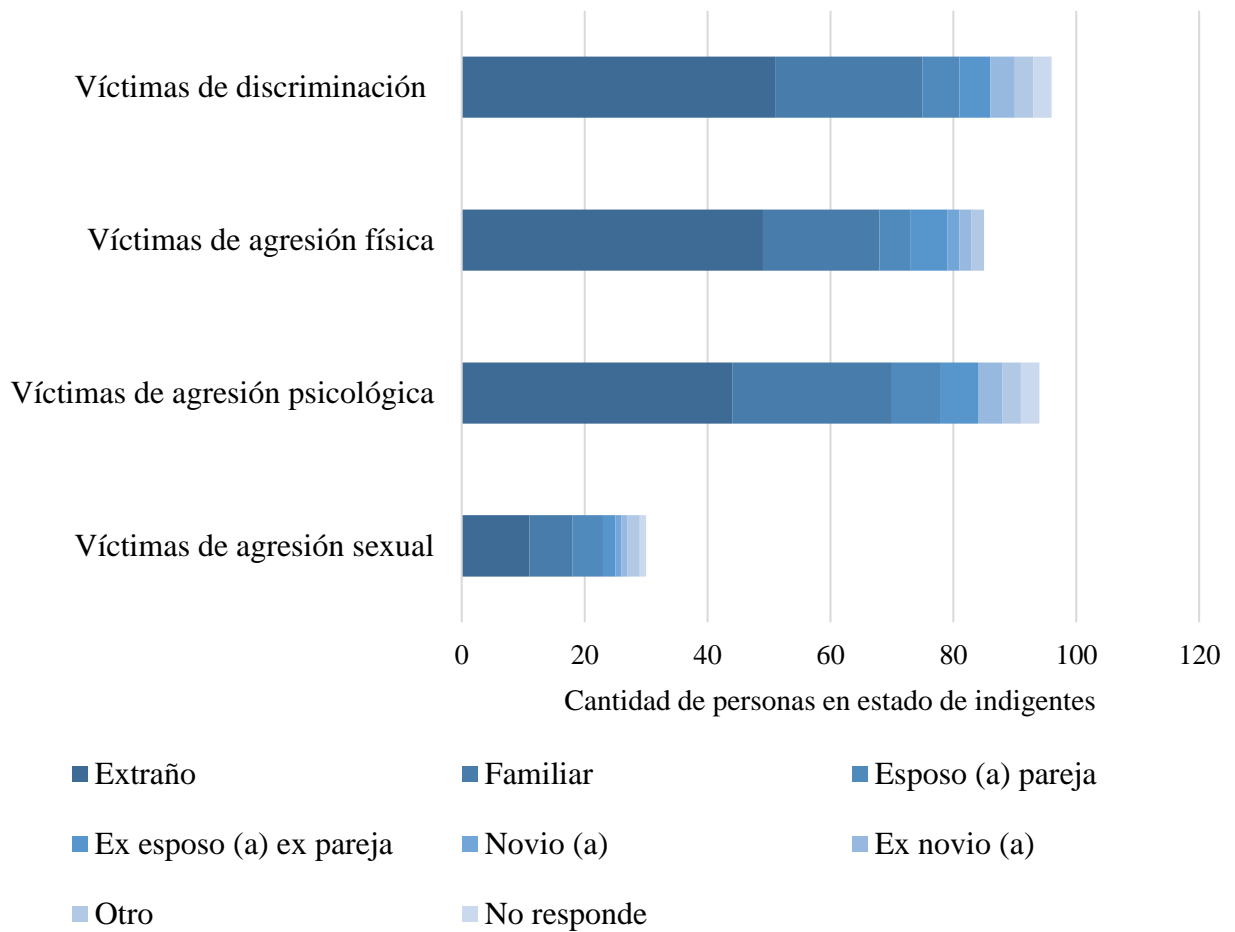


Figura N°26 Distribución de la población encuestada según responsables de discriminación y agresiones, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Los extraños y familiares predominan como responsables en la discriminación y agresiones. Mientras que los novios (a) y ex novios (a) son quienes menos destacan como responsables de cualquier tipo de agresión.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5. Discusión de resultados

La población en situación de calle que sobresale en esta investigación es en su mayoría de sexo masculino, datos coincidentes con los suministrados por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) (52), donde registran a setiembre del 2015 que la mayor cantidad de personas registradas es de 1589 hombres que representan el 87% de la población y 236 mujeres que significa 13% restante de la totalidad. La Política Nacional de Atención Integral a las personas en situación de calle, menciona con relación a este dato, que puede relacionarse a los roles patriarcales impuestos en la sociedad y a la falta de ayuda gubernamental hacia los hombres.

Otro hallazgo importante es que la mayor parte de personas en estado de indigencia son costarricenses, lo cual descarta que el fenómeno en su totalidad se manifieste por motivos migratorios. Del 83% de los costarricenses, el 65% nacieron en la provincia de San José, siendo esta provincia la que incide con mayor concentración de indigentes en el país (52). No existe con exactitud un estudio que determine la situación de callejización por provincia en Costa Rica, por tanto, no se puede analizar el fenómeno en su totalidad.

Las edades predominantes de las personas en estado de indigencia que participan es de 18 a 47 años con el 60% (n=60). Tampoco existe en el país información fundamentada ni actualizada sobre la situación real de las personas adultas y adultos mayores en situación de indigencia, esto dificulta el entendimiento pleno de la magnitud del problema y las necesidades de estas poblaciones.

El 71% (n=71) de las personas en situación de calle encuestadas refieren ser solteros, esto puede relacionarse como un factor riesgo hacia la situación de calle y consumo de drogas, ya que cuentan con un escaso o ineficiente acceso a redes de apoyo afectivas para satisfacer sus

necesidades integrales. La interacción afectiva que establece las personas con sus pares conforma un factor protector externo destacado, ya que provee un soporte afectivo adicional, en algunos casos, suple las necesidades del núcleo familiar disfuncional, permite la socialización. También es importante destacar que, la influencia de los pares puede ser positivamente determinante en el desarrollo de la autoestima y habilidades en la resolución de problemas, lo que facilita el desarrollo de la resiliencia.

En relación con el grado de escolaridad el 25% (n=25) del total de la población no concluyeron la primaria, asimismo un 24% tampoco completó la secundaria, el 4% (n=4) es analfabeta, esto disminuye aún más el acceso a empleos u oficios formales que les permitan obtener ingresos económicos óptimos. La escolaridad se convierte también en un factor de vulnerabilidad que, asociado a la condición de calle, fundamenta, que, a menor grado de escolaridad, mayor la probabilidad de que incida el estado de indigencia. Sin embargo, cabe destacar que el 17% (n=17) posee estudios universitarios, aunado a la falta de empleo, adicción a sustancias psicoactivas y otras causas.

El 5% de la población participante reciben ayuda económica gubernamental, más de 60 personas habitantes de calle se mantienen de trabajos ocasionales informales, de los cuales mencionan ventas ambulantes, trabajos de construcción, trabajos ilícitos, prostitución, sólo el 16% refiere recibir apoyo por donaciones sociales. Asimismo, 24 personas manifiestan no tener medios económicos para mantenerse, cuatro de ellos alegan vivir en situación de calle por problemas judiciales, esto complica más la posibilidad de tener empleo digno. El Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) (52), menciona que en los últimos años los niveles de desempleo han aumentado y que aunado a la pobreza son aspectos que intervienen en el consumo de psicoactivos.

El 68% (n=68) de las personas en situación de indigencia se desarrolla en lugares de fácil acceso a drogas y criminalidad, durante la infancia y adolescencia (etapas más vulnerables del ser humano), lo anterior relaciona el núcleo familiar y entorno físico con la vulnerabilidad para consumir sustancias psicoactivas. También los resultados dan que el 94% (n=94) conoce a su madre biológica y el 76% (n=76) conoce a su padre biológico. El 18% afirma haber sido criado por otros miembros de la familia y un 64% corresponde a personas que fueron criados por sus padres biológicos, sin embargo, el 37% (n=37) tiene mala relación con ellos. De ese porcentaje el 65% (n=37) percibe que esto influye en su deseo por consumir drogas, por tanto, se establece que la relación familiar interviene como un factor predisponente en el consumo de drogas.

Los resultados de esta investigación sustentan que el desarrollo dentro del núcleo familiar y promover pautas de crianza son aspectos que disminuye, sin embargo, no elimina por completo la probabilidad de que los hijos desarrollen problemas de conducta, como se ha mencionado a lo largo del estudio el entorno y los lazos familiares sanos se asocian con la seguridad, esto evita buscar aceptación y protección en grupos alternativos o a través de conductas inadecuadas y riesgosas. El 28% (n=28) de la población refiere tener de 4 a 6 hermanos, y un 26% (n=26) posee entre uno y tres hermanos, esto demuestra que no necesariamente el ser hijo único y crecer en una familia disfuncional aumenta la probabilidad de adoptar conductas problemáticas, entre ellas ingerir drogas o presentar situación de calle (56).

El entorno familiar es el encargado de la construcción del auto-concepto y autoestima, ya que ayuda a formar la identidad de los niños. Una buena autoestima está relacionada con la capacidad de disfrutar de la vida y aunque esto no garantiza la felicidad, ayuda a alcanzarla, a

su vez las emociones positivas son una fuente importante de resiliencia. Es importante mencionar, que casi la mitad de la población percibe haber tenido una infancia alegre, y más del 70% una infancia siempre o frecuentemente dolorosa. Esto demuestra la relación de auto-concepto, autoestima y resiliencia son aspectos con mayor influencia en el consumo de psicoactivos. Más de la mitad de la población participante refiere sentirse realizado, querido y feliz consigo mismo, sin embargo, la baja autoestima encabeza las causas que intervienen en el consumo de drogas, esto se puede relacionar los distintos tipos de autoestima, los cuales son: social- familiar, emocional y físico. Para efectos de estos resultados solo se toma en cuenta de manera general la autoestima emocional (auto-concepto). También se consideran a sí mismos amables, humildes y agradecidos, estos resultados muestran un panorama diferente de los habitantes de calle, que permite amortiguar el impacto del estigma social que existe en la actualidad hacia ellos.

Aproximadamente, el 65% de la población analizada ha sufrido algún tipo de discriminación, agresión psicológica y de violencia física. Solamente un pequeño grupo afirma haber sido objeto de agresión sexual, por parte de familiares o extraños al núcleo familiar.

La gran mayoría presenta afectación en las relaciones familiares por la ingesta de drogas, casi la mitad del grupo refiere no tener a nadie para enfrentar los problemas, no cuenta con el apoyo de la familia, resultados que se relacionan estrechamente con el autoestima social y resiliencia. Asimismo, menos de la mitad de las personas en situación de calle no se sienten importantes en su familia. Más de la mitad de las personas en situación de calle consideran tener amigos, pero sólo una minoría no cuenta con apoyo de amigos ante las necesidades. Un dato relevante es que la mitad de las personas participantes ha perdido amigos alguna vez por el consumo de psicoactivos y casi todos han sufrido afectación en las relaciones

interpersonales a causa de las drogas. Como se puede observar, las redes de apoyo familiar o interpersonal ante los problemas en esta población son deficientes, que influye directamente en la resiliencia, y constituye un factor de riesgo importante a consumir psicoactivos.

La mitad del grupo refiere tener familiares consumidores de drogas, y la mitad de este grupo considera que tener un familiar consumidor sí influye en su consumo personal. Se observa la deficiencia de la resiliencia en estas personas. Una tercera parte de las personas encuestadas refieren no enfrentar los problemas de la forma en la que consideran correcta. El 76% (n=76) piensa que las drogas tienen un impacto negativo en sus vidas, y refieren sentir culpa ante el uso de psicoactivos. Una tercera parte de estas personas manifiestan perder oportunidades sociales, familiares y laborales, por consumir drogas, mientras que un grupo muy pequeño refiere que nunca las ha perdido.

Una cuarta parte de las personas en condición de indigencia encuestadas nunca o raramente han buscado ayuda para la dependencia, por razones de desinterés personal y la falta de voluntad mientras que la otra cuarta parte ha asistido frecuentemente a sesiones de rehabilitación. Esto evidencia el poco apego y/o funcionabilidad de los programas de rehabilitación disponibles, ya que el 66% (n=66) frecuentemente o siempre sufren recaídas.

Aproximadamente, el 70% de las personas en situación de calle consume drogas de prescripción médica, así como psicoactivos que se consumen libremente en el mercado costarricense. La Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC), determina en su reporte mundial sobre drogas del 2011 (55), distintos factores que han contribuido a elevar el consumo no médico de estos medicamentos, entre ellos: la percepción de que son menos peligrosos que las drogas de uso ilícito al ser prescritos por médicos, el hecho de que son legales lo que facilita su disponibilidad y acceso, su precio menor en comparación con las

drogas de producción ilícita, su uso socialmente aceptable y, finalmente, que algunos pacientes a los que les prescriben estos medicamentos, los comparten o los venden a familiares, amigos y otras personas que los contactan. Cabe mencionar el decomiso en el año 2011 de 19,501 cápsulas de metilendioximetanfetamina (éxtasis) y 455 pastillas de clonazepam, y 792 tabletas de diazepam, entre 2010 y 2011, según datos reportados por el Departamento de Ciencias Forenses del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) (55). Para efectos de esta investigación, los psicoactivos más utilizados al inicio de consumo en la población en condición de indigencia son el alcohol, la marihuana, tabaco y crack, en menor cantidad la heroína. En la actualidad los psicoactivos que más consume esta población son el alcohol que continúa encabezando la lista de los psicotrópicos más consumidos, el tabaco, marihuana y crack. Es importante señalar que según datos del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) (55), para febrero 2018 han decomisado alrededor de 10.100 piedras de crack en la provincia de San José, dicha provincia tiene el índice más alto de decomiso por este psicoactivo. Asimismo, para ese mismo mes, se decomisaron 1110kg de marihuana y Heredia fue la provincia que más se incautó esta droga.

El 82% de la población analizada en situación de calle consume de 1-3 psicoactivos, y un grupo minoritario de 13% consume más de 4 psicoactivos, pero la mitad de estos individuos los consume a diario, siendo una cantidad considerable, sin embargo, la mayoría alega abstenerse una semana o más de consumir psicotrópicos. Dentro de los principales motivos que intervienen en el consumo de drogas son la baja autoestima y conflictos familiares como ya se mencionó, seguido de curiosidad y rebeldía, influencia de personas cercanas y problemas amorosos; en menor cantidad la recreación, hobbies y enfermedad. Mientras que las principales causas de la situación de calle son problemas familiares y económicos,

adicción, y problemas amorosos, en menor cantidad están el escape, soledad y abandono. Otros estudios (55) señalan que existen múltiples causas que pueden ser asociadas al problema, como son: el ensanchamiento de la pobreza, crecimiento del desempleo, el incremento de la violencia intrafamiliar y ausencia de una política social en este campo.

La edad de inicio en situación de calle que más sobresale es de los 11 a 20 años, seguida de los 21 a los 30 años. Preocupa y es importante mencionar ya que al menos 15 personas en situación de calle expresaron vivir desde antes de los 10 años en la calle. Lo que evidencia que la salud mental de un adulto se define y se determina en la niñez. Dentro de los obstáculos más significativos que impiden a estas personas abandonar la condición de calle son: la ausencia de medios económicos, no tener lugar donde permanecer y ausencia de apoyo. Las vivencias compartidas y la diversidad de pensamiento por parte de las personas en situación de calle durante la ejecución del estudio, deben ser tomadas en cuenta para mostrar un panorama desconocido sobre estas personas. Ver anexo n° 7

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Se concluye que los factores socio personales que intervienen en el consumo de psicoactivos en población indigente mayor de edad, en el Gran Área Metropolitana son: el sexo (afecta más a hombres) y género (roles sociales patriarcales), estado civil (población soltera con falta de relaciones afectivas), nivel de escolaridad (estudios incompletos). Así como también el entorno familiar (relaciones parentales, lazos afectivos, comunicación efectiva, auto-concepto, autoestima), entorno social (lugar de nacimiento, de crianza y residencia con fácil acceso a consumo de drogas, relaciones interpersonales ineficientes, rol social, redes de apoyo poco sólidas), etapas de desarrollo del ser humano (niñez y adolescencia) y resiliencia (autoestima, inteligencia emocional, experiencias vividas, mecanismos de afrontamiento). Siendo estos últimos los de mayor asociación con la ingesta de drogas.

El sexo que más predomina en las personas encuestadas es el masculino con edades entre los 18 a 47 años, solteros, costarricenses, analfabetas y con ingresos económicos de trabajos informales en su mayoría.

Para finalizar, casi la totalidad de la población en situación de calle consume de 1-3 psicoactivos, el alcohol que continúa encabezando la lista de los psicotrópicos más consumidos, seguidos del tabaco, la marihuana y el crack, estos son los psicoactivos más consumidos por esta población.

6.2 Recomendaciones

Para los grupos organizados de Iglesias (Iglesia Nuestra Señora de la Merced) y voluntarios (Parque Central):

- Contribuir en programas de voluntariado (necesidades básicas y salud mental) en pro de esta población, para que se fomente la salud mental, resolución de problemas, expresión de emociones y la comunicación asertiva y afectiva en los niños, la salud mental del adulto se define en la niñez.
- Proporcionar lugares aptos y seguros para la atención integral a estas personas en situación de calle.
- Crear base de datos que permita cuantificar e identificar a los habitantes de calles que asisten a estos comedores voluntarios.
- Evitar la estigmatización hacia estos individuos, son seres humanos, merecen inclusión y tolerancia en nuestra sociedad. Se debe instar a todo aquel que tenga conflictos emocionales no resueltos a buscar ayuda profesional, para evitar conductas riesgosas como método de escape.
- Comprender la importancia de generar un cambio en el pensamiento de las personas acerca de la profesión de Enfermería, los enfermeros (a) realizan muchas funciones además de inyectar, nos encargamos del cuidado integral de la salud.
- Fomentar el apoyo y la participación en las investigaciones futuras sobre este y cualquier tema.

Para las autoridades asistenciales y docentes en enfermería

- Demostrar que enfermería es una disciplina que necesita y merece incursionar en campos no explorados en la investigación y la práctica. Se debe fortalecer el ámbito de investigación en Enfermería.
- Destinar recursos económicos que faciliten la investigación científica en estos campos (transporte, lugares aptos para entrevistas, seguridad, etc.)

- Incentivar a los estudiantes y personal general de la carrera de Enfermería para la realización de estos proyectos investigativos, trabajos comunales o ferias de salud dirigidos a los habitantes de calle, constantemente.
- Impartir talleres y charlas educativas en las personas de situación de calle, aplicando la ética profesional a cerca de hábitos de higiene, enfermedades de transmisión sexual (ETS), promoción de la salud, en especial la salud mental (métodos de afrontamiento, escucha activa, expresión de emociones, resolución de conflictos, redes de apoyo, etc.) y prevenir enfermedades crónicas no trasmisibles.
- Educar a la sociedad sobre lo factores socio personales de riesgo que se asocian al consumo de drogas, mediante campañas de salud que beneficien a las personas en estado de indigencia.
- Liderar o participar en programas de voluntariado en pro de las personas en situación de indigencia.

Para las Instituciones Gubernamentales que atienden a esta población:

- Darle la importancia que tiene esta población mediante campañas de inclusión social, creando campañas de tolerancia y no discriminación hacia esta población.
- Destinar más recursos económicos que combatan la indigencia para la creación o fortalecimiento de lugares aptos para la atención integral de estas personas, con capacidad y seguridad suficiente para albergar a esta población. Actualmente, se observa que los centros dormitorio y comedores no logran abastecer la alta demanda de personas en situación de calle.
- Proporcionar acceso a baños públicos y lugares acondicionados para lavar prendas de ropa de esta población. La ausencia de estos lugares provoca desechos fecales y suciedad, esto

representa un problema de salud pública para los comerciantes y los peatones que deambulan en estas zonas.

- Tomar acciones legales y judiciales en las zonas que más presentan cifras de criminalidad y narcotráfico y mayor control judicial y migratorio en las fronteras del país.
- Capacitar y sensibilizar a los funcionarios del sector público, en especial a la policía municipal sobre el trato humanizado a las personas en estado de indigencia.
- Abordar las causas ya mencionadas del consumo asociado a la situación de calle, creando equipos interdisciplinarios capacitados para trabajar con esta población.
- Fortalecer los programas de rehabilitación, evaluando la funcionabilidad de los mismos. Creando más acceso a la información, generando interés en esta población. De igual forma con programas de educación sobre el consumo de drogas a niños y adolescentes sobre el consumo de drogas.
- Supervisar con más rigor las instituciones gubernamentales y privadas que proveen estos programas de rehabilitación, se debe comprender que el alimento y el descanso no son las únicas necesidades importantes que se deben abordar en la población en estado de indigencia.
- Crear y fortalecer empleos a nivel nacional, con el fin de combatir la pobreza. Asimismo, se debe garantizar el acceso a la información de becas, pensiones, ayudas sociales disponibles para esta población.

Para el Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José:

- Crear un espacio apto (seguro, exclusivo y privado) para la atención integral de las personas en situación de calle.

- Destinar un equipo interdisciplinario destinado a la atención constante de esta población en el Centro.
- Facilitar el proceso de aprobación para la realización de visitas y desarrollo de estudios científicos al Centro Dormitorio Municipal.
- Mejorar la base de datos registrada de esta población (incorporar expediente clínico, anamnesis etc.)
- Mejorar infraestructura física (acceso a espacios de recreación y ocio).

Para las universidades estatales y privadas:

- Este documento sirve de guía para futuras investigaciones sobre el tema, ya que, a nivel nacional e internacional, los estudios sobre el consumo de drogas en niños, adolescentes y estudiantes abundan. Sin embargo, las investigaciones sobre esta población en específico, que determine las causas del consumo de psicoactivos relacionadas a la callejización son escasas y casi inexistentes. La investigación refleja aspectos que la sociedad desconoce sobre las personas consumidoras que viven en situación de calle.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta L., Fernández R., Pillon C. Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2011 [citado febrero 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2814/281421968014/>
2. Navarro E., Tomás J.M., Oliver A. Factores personales, familiares y académicos en niños y adolescentes con baja autoestima. Boletín de Psicología, No. 88, noviembre 2006. Universidad de Valencia, España. [citado febrero 2018]. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N88-1.pdf>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas. Primera edición, mayo de 2017. Argentina. [citado febrero 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf
4. Ramírez N. Factores sociodemográficos y familiares relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes. [Internet]. Costa Rica 2014. [citado 7 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v34n1/art2.pdf>
5. Murillo L., Inocenti A. Visión de jóvenes costarricenses, de zonas rurales, en un programa de rehabilitación, sobre el consumo de drogas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Costa Rica 2011 [citado febrero 2018]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2112/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=614c8d98-aea7-4bfe-8d17-1739b9001d5b%40sessionmgr102>

6. Alejandro S-H, María Guadalupe A-P, Andrés Martín S-C, Jolly Josefina H-S, Julio C-L. Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Tob Drugs Consum Stud Two Univ Mex.* enero de 2017;28(1):11-27. Disponible en: <http://201.195.87.22:2112/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=e36a7167-527e-47df-bd74-7d322402d3d3%40pdc-v-sessmgr01>

7. Melo Hurtado, Dora Stella, Castanheira Nascimento, Lucila, Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet] 2010 : [Fecha de consulta: febrero 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421939024>

8. Orte C, Ballester L, Amer J, Vives M. Género y cambio de actitudes ante el consumo de drogas. Los efectos del Programa de Competencia Familiar con adolescentes (12-14 años). *Gend Attitude Change Drug Abuse Eff Fam Competence Program Adolesc 12-14 Years.* agosto de 2017;16(4):1-12. Disponible en: <http://201.195.87.22:2112/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=85564af4-587b-41b2-8267-8fed6a9a69bd%40sessionmgr101>

9. Cortes E. Personas jóvenes usuarias de sustancias psicoactivas en Costa Rica: Análisis comparativo de varias encuestas nacionales. [Internet]. [citado abril 2018]. Disponible en: http://cpj.go.cr/revista/file/44/download?token=dzfi_mLm

10. *CR_Situacion_Nacional_Drogas_ActivConexas_2017.pdf* [Internet]. [citado 15 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_Situacion_Nacional_Drogas_ActivConexas_2017.pdf

11. Estrategia-Nacional-Drogas-Final.pdf [Internet]. [citado 7 de febrero de 2018].
Disponible en: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/Estrategia-Nacional-Drogas-Final.pdf>
12. Leiva V. Caracterización de estudiantes de la carrera de enfermería sobre consumo de drogas lícitas e ilícitas [Internet]. [citado 28 de febrero de 2018]. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a12v18nspe.pdf>
13. ley_8204.pdf [Internet]. [citado 7 de febrero de 2018]. Disponible en:
http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/CR/ley_8204.pdf
14. LEY-5395.pdf [Internet]. [citado 7 de febrero de 2018]. Disponible en:
<https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2015/LEY-5395.pdf>
15. PND_2013_2017_mar_2015.pdf [Internet]. [citado 3 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/PND_2013_2017_mar_2015.pdf
16. Plan de Ordenamiento Territorial de la Gran Área Metropolitana. [Internet]. [citado abril 2018]. Disponible en:
https://www.mivah.go.cr/Documentos/potgam/PROPUESTAS-3_21_AGOSTO_2012.pdf
17. Calvo Z. Drogas en Costa Rica: características y desafíos. Rev Costarr Salud Pública [Internet]. [citado abril 2018]. Disponible en:
<http://www.bvs.sa.cr/tabaquismo/drogascr.pdf>
18. E. Cortés. La resiliencia: una mirada desde la enfermería.[Internet]. [citado febrero de 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n3/art_04.pdf

19. González Trujillo K, Londoño Pérez C. Factores personales, sociales, ambientales y culturales de resgo de consumo de marihuana en adolescente. Revista Psicología y Salud [Internet]. (2017, July), [cited march 16, 2018]; 27:(2)Available from: <http://201.195.87.22:2051/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=125024456&lang=es&site=ehost-live>
20. tesis-personas-en-situacion-de-calle-macarena-weason.pdf [Internet]. [citado 18 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://movilizachile.files.wordpress.com/2007/11/tesis-personas-en-situacion-de-calle-macarena-weason.pdf>
21. Pardo L. Drogas desde la perspectiva de género. 217.pdf [Internet]. [citado 05 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/217.pdf>
22. Adolescencia una etapa fundamental. pub_adolescence_sp.pdf [Internet]. [citado 05 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
23. López T., Fernández J., Frutos A. La Edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. Intervención psicosocial [Internet]. (2009, Sep) [citado 16 de marzo 2018] Disponible en: <http://201.195.87.22:2051/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=125024456&lang=es&site=ehost-live>
24. Domicilio [Internet]. [citado 01 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/domicilio/domicilio.htm>

25. Factores_Demografico_Sustancias_Psicoactivas.pdf [Internet]. [citado 01 de marzo de 2018]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4238/1/Factores_Demografico_Sustancias_Psicoactivas.pdf
26. Guzmán R. El consumo de drogas como una práctica cultural dentro de las pandillas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/23.pdf>
27. aportes-desarrollo-2015.pdf [Internet]. [citado 10 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/aportes-desarrollo-2015.pdf>
28. ENAHO. 2017. Asistencia a educación regular y nivel educativo de la población según zona y región de planificación, julio 2017. pdf.[Internet]. [citado 08 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/educacion>
29. Desigualdades_socioeconomicas_consumo_de_drogas_y_territorio.pdf [Internet]. [citado 11 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Desigualdades_socioeconomicas_consumo_de_drogas_y_territorio.pdf
30. capitulo1.pdf [Internet]. [citado 11 de marzo de 2018]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/gonzalez_c_ci/capitulo1.pdf
31. Guzmán R. Factores de riesgo personales e interpersonales en el consumo drogas ilícitas en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles. Rev Latino-am

- Enfermagem 2008. [Internet]. [citado 11 de marzo de 2018]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/dika/v21n2/v21n2a03.pdf>
32. Fuentes M., Alarcón A., García F. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. Anales de psicología. [Internet]. (2017 mayo). [citado 16 de marzo 2018]. Disponible en:
<http://201.195.87.22:2051/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=110104347&lang=es&site=ehost-live>
33. Moreno N., Palomar J. Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. Revista Interamericana de Psicología. [Internet] (2017) [citado 15 de marzo 2018]. Disponible en:
<http://201.195.87.22:2051/login.aspx?direct=true&db=fap&AN=127418631&lang=es&site=ehost-live>
34. Revista_de_Sistemas_Experimentales_V2_N5-32-46.pdf [Internet]. [citado 14 de marzo de 2018]. Disponible en:
http://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Sistemas_Experimentales/vol2num5/Revista_de_Sistemas_Experimentales_V2_N5-32-46.pdf
35. Becoña E. Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. Addiciones [Internet] 2007;19 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122034010>
36. Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Internet]. [citado 15 de marzo de 2018]. Disponible en:
https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

37. Criterios para el Diagnóstico de Adicción. :4.pdf [Internet]. [citado 15 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/adicciones/13_-_criteriosparaeldiagnosticodeadiccion.pdf
38. lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf [Internet]. [citado 18 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
39. Velasco A. Farmacología y toxicología del alcohol etílico, o etanol. Real Acad Med Cir Vall 2014 [Internet]. [citado 15 de marzo 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-FarmacologiaYToxicologiaDelAlcoholEtilicoOEtanol-5361614.pdf>
40. Mondragón DM. Comisión Nacional contra Las Adicciones. :84.[Internet]. [citado 15 de marzo 2018]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/Guia_Preventivas/Hablemos.pdf
41. López Vantour Ana, Aroche Arzuaga Alina, Bestard Romero Jamet, Ocaña Fontela Nelaines. Uso y abuso de las benzodiazepinas. MEDISAN [Internet]. 2010 Jun [citado 2018 Mar 17] ; 14(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000400017&lng=es.
42. Malgor LA, Valsecia ME. FARMACOLOGÍA DE LAS DROGAS ANTIDEPRESIVAS. :11.[Internet]. [citado 16 marzo de 2018]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/6_depresiv.pdf

43. Bosque J. La cocaína: consumo y consecuencias. v21n2a03.pdf [Internet]. [citado 17 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dika/v21n2/v21n2a03.pdf>
44. 978-la-herona-abuso-y-adiccin.pdf [Internet]. [citado 18 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/978-la-herona-abuso-y-adiccin.pdf>
45. lsd.pdf [Internet]. [citado 18 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.brunete.org/brunete/juventud/lsd.pdf>
46. rrinhalantes.pdf [Internet]. [citado 18 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/rrinhalantes.pdf>
47. Camejo S, Monetti S, Pérez D, Pintado N, Santos R. SITUACIÓN DE CALLE Y LEY DE FALTAS. :36.[Internet]. [citado 16 de marzo 2018]. Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2014/09/Situaci%C3%B3n-de-Calle-y-Ley-de-Faltas-soledad-Camejo.pdf>
48. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España; 2008. 850 p. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&dq=modelo+del+sistema+conductual+de+dorothy+johnson+pdf&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjQ47zC0cfZAhUmw1kKHTneDScQ6AEIJTAA#v=onepage&q&f=false>

49. TeoriasYModelos.pdf [Internet]. [citado febrero de 2018]. Disponible en:
http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Teorias_modelos/Unidad%204/TeoriasYModelos.pdf
50. Hernández, R. Metodología de la investigación.(6a. ed.) McGraw-Hill Interamericana. [Internet]. 2016 [citado abril 2018]. Disponible en:
<http://201.195.87.22:2222>
51. Gran Área Metropolitana. [Internet] [citado febrero 2018]. Disponible en:
<http://ougam.ucr.ac.cr/index.php/la-gam>
52. Documento Política final 3 de julio (5-7-16).pdf [Internet]. [citado abril de 2018]. Disponible en: [https://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/Documento%20Poli%C4%9Btica%20final%203%20de%20julio%20\(5-7-16\).pdf](https://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/Documento%20Poli%C4%9Btica%20final%203%20de%20julio%20(5-7-16).pdf)
53. C. Rodríguez. Factores personales y familiares asociados a los problemas de comportamiento en niños. [Internet] Universidad de La Sabana, Colombia 2010. [citado febrero 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/02.pdf>
54. lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf [Internet]. [citado 28 de febrero de 2018]. Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
55. Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas. Instituto Costarricense sobre Drogas. [Internet]. Costa Rica 2018. [citado julio 2018]. Disponible en:

https://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/boletin_esta_uid/BE_2018/BE_UID_Feb-18.pdf

56. R. Naranjo. Rasgos psicológicos del hijo único, adolescente de 12 a 15 años. [Internet]. Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador 2004. [citado julio 2018]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/3021/1/UPS-QT01497.pdf.pdf>

GLOSARIO

Alucinaciones: percepción de una imagen, un objeto o un estímulo exterior inexistentes que son considerados como reales

Caracterización: determinar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás.

Delirios: es una condición que presenta rápidos cambios en el estado mental. Esto causa confusión y cambios en el comportamiento.

Encefalopatía de Wernicke: es un trastorno cerebral debido a la deficiencia de vitamina B1 (tiamina).

Estigmatización: provoca su deshumanización, la amenaza y aversión al otro y la despersonalización de los demás a través de estereotipos.

Hepatotoxicidad: enfermedad hepática tóxica inducida por drogas.

Hiperreflexia: es una reacción anormal y exagerada del sistema nervioso involuntario (autónomo) a la estimulación.

Introspección: observación que una persona hace de su propia conciencia o de sus estados de ánimo para reflexionar sobre ellos.

Polineuritis: inflamación simultánea de varios nervios, debida a una intoxicación o a una infección.

Psicosis: es una pérdida de contacto con la realidad, incluyendo generalmente falsas creencias acerca de lo que está sucediendo.

Síndrome de Korsakoff: es un trastorno mental donde el aprendizaje y la memoria se ven afectadas, siendo el resultado de un daño cerebral.

ABREVIATURAS

CEN CINAI - Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral

DSMV- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

ETS – Enfermedades de transmisión sexual

IAFA- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

ICD- Instituto Costarricense sobre drogas

IMAS – Instituto Mixto de Ayuda Social

INEC- Instituto Nacional de Estadística y Censo

INVU- Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo

OIJ- Organismo de Investigación Judicial

OMS- Organización Mundial de la Salud

PANI- Patronato Nacional de la Infancia

UCR- Universidad de Costa Rica

UNICEF- Fondo de las Naciones Unidas

ANEXOS

Anexo no. 1

AGRADECIMIENTOS

A mi profesora tutora MSc. María Cecilia Astúa Vega, por su profesionalismo y pronta resolución de dudas, por sus recomendaciones, su dedicación y apoyo.

A Ramón Arroyo Castro, director del Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José y a todos los trabajadores que allí laboran, por su apoyo y anuencia para poder aplicar el instrumento de investigación.

A los párrocos Fernando Muñoz Mora y Juan Paniagua encargados de programas de voluntariado para personas en situación de calle en la Parroquia Nuestra Señora de la Merced y la Catedral Metropolitana de San José por la colaboración y el permiso para aplicar el instrumento de investigación.

A Sael Pasos Castro, diplomado en Ingeniería en Sistemas por la paciencia y la resolución de dudas.

¡Muchas Gracias!

Karina Phillips Hidalgo

Anexo no. 2: Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Karina Phillips Hidalgo, cédula de identidad número 1-1589-0871, en condición de egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertida de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado “ Factores socio-personales que intervienen en el proceso de consumo de psicoactivos en población indigente mayor de edad, en el Gran Área Metropolitana, II cuatrimestre 2018” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que establece: “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, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el día 27 de julio de 2018.



Karina Phillips Hidalgo

Cédula 1-1589-0871

Anexo no. 3 cartas de permiso tutor

San José, 25 de julio 2018.

Msc.
Vanessa Aguilar Zeledón
Directora Carrera de Enfermería. a.i.
Universidad Hispanoamericana

Estimada Msc. Aguilar

La estudiante **KARINA PHILLIPS HIDALGO** ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **FACTORES SOCIO-PERSONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE CONSUMO DE PSICOACTIVOS EN POBLACIÓN INDIGENTE MAYOR DE EDAD, EN EL GRAN ÁREA METROPOLITANA, II 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%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL		98%

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

Atentamente,


Msc. María Cecilia Astúa V., Tutora.
Cédula 3-213-890
maryastua@gmail.com

Anexo no.4 Carta de permiso de lector

CARTA DE LA LECTORA

San José, 4 de octubre 2018.

Máster Vanessa Aguilar Zeledón
Directora Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante KARINA PHILLIPS HIDALGO, cédula de identidad número 1-1589-0871 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **"FACTORES SOCIO-PERSONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE CONSUMO DE PSICOACTIVOS EN POBLACIÓN INDIGENTE MAYOR DE EDAD, EN EL GRAN ÁREA METROPOLITANA, II CUATRIMESTRE 2018."** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría 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.

Por consiguiente, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,


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

Anexo no.5 Carta de filólogo

San José, 8 de octubre, 2018

MSc. Vanessa Aguilar Zeledón

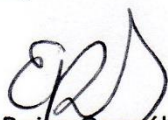
Directora de la Escuela de Enfermería a.i.

Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez

Leí y corregí el Trabajo Final de Graduación: “Factores socio-personales que intervienen en el proceso de consumo de psicoactivos en población indigente mayor de edad, en el Gran Área Metropolitana, II cuatrimestre 2018”, elaborado por la estudiante Karina Phillips Hidalgo, cédula 1-1589-0871, para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

Corregí el trabajo en aspectos, tales como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación, por cuanto cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Hispanoamericana.

Atentamente,



MSc. Edgar Rojas González

Carné 2443

Teléfono: 88822158

Correo: edgarrojasg27@gmail.com

Anexo no. 6 Instrumento

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Instrumento de Investigación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

Estimado participante:

El presente instrumento pretende recolectar información, para determinar la intervención de los factores socio-personales y su relación con el consumo de psicoactivos en hombres y mujeres mayores de edad, que se encuentren en situación de calle en la Gran Área Metropolitana, en el período mayo-agosto 2018.

La información que usted brinde será de gran valor para el estudio y con fines meramente académicos, por lo que se le garantiza total confidencialidad a la información que usted brinde. Su respuesta es importante para la investigación, por lo que agradezco su sinceridad al responder.

- A.** 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.
- B.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.
- C.** Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla comunicándose con el investigador a cargo. Cualquier consulta adicional puede hacerla en el momento que guste.

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.

FECHA: _____

Firma del sujeto

Firma del Investigador

Karina Phillips Hidalgo

Estudiante enfermería Universidad Hispanoamericana

Instrucciones generales: Marque con una equis (X) sobre la respuesta que coincida con su situación o que usted considere que se acerque a su opinión personal. Solo se permite una respuesta por cada pregunta, excepto cuando se indique lo contrario. En caso de preguntas semi-abiertas responda lo más claro posible.

Sí No

7. ¿Tiene una buena relación con sus padres biológicos?

Sí No

En caso de que su respuesta sea NO, ¿piensa usted que esto influye en el consumo de drogas?

Sí No

8. ¿Tiene usted hermanos (as)?

Sí No ¿Cuántos? _____

9. Dentro del entorno de su hogar, ¿quién se encargó de su crianza?

Padres biológicos Otros miembros de su familia Nadie
 Padres adoptivos Tutor

10. Considera que su infancia fue:

Alegre Dolorosa Solitaria Otra: _____

En caso de que su respuesta sea DOLOROSA, indique:

Siempre Frecuentemente Ocasionalmente

11. ¿En los lugares donde vivió durante su infancia y adolescencia tenía fácil acceso a drogas?

Sí No Desconoce

12. ¿Se considera un miembro importante en su familia?

Sí No A veces

13. ¿Su familia lo apoya cuando usted lo necesita?

Sí No A veces

14. ¿Considera que su consumo de drogas ha causado problemas entre usted y sus padres o su pareja?

Sí No

15. ¿Considera que tiene amigos?

Sí No

16. ¿Esos amigos lo apoyan cuando usted lo necesita?

Sí No A veces

17. ¿Ha perdido alguna vez amigos debido a su consumo de drogas?
 Sí No
18. ¿Con quién cuenta para resolver sus problemas?
 Familia Nadie Amigos Otros
19. ¿Considera que enfrenta sus problemas de manera correcta?
 Sí En ocasiones No Nunca
20. En este momento ¿recibe ayuda económica por parte de alguna institución o de alguna persona?
 Ayuda económica gubernamental Trabajos informales
 Donaciones de las personas Otros: _____
21. ¿Con qué ingreso económico se mantiene? Puede marcar varias opciones.
 Trabajos ocasionales informales Apoyo económico familiar
 Ayudas sociales Ninguno

III PARTE – CONSUMO DE PSICOACTIVOS

1. ¿Ha consumido drogas de prescripción médica?
 Sí No
2. ¿Ha consumido otras drogas que no sean las recetadas por razones médicas?
 Sí No
3. ¿Con cuál droga o psicoactivo inició su consumo? **Puede marcar varias opciones**
 Alcohol Heroína LSD
 Marihuana Medicamentos Tabaco
 Cocaína Hongos Otra: _____
 Inhalantes Crack
4. ¿Cuáles drogas o psicoactivos de consumo habitual? **Puede marcar varias opciones.**
 Alcohol Heroína LSD
 Marihuana Medicamentos Tabaco
 Cocaína Hongos Otra: _____
 Inhalantes Crack
5. ¿Cuál fue el motivo que lo llevó a consumir drogas o alcohol? **Puede marcar varias opciones**
 Baja autoestima Influencia de personas cercanas
 Carencia de dinero Pérdida de un ser querido
 Rebeldía Prácticas comunes en la familia
 Curiosidad Presión de familiares
 Conflictos familiares Otro: Indique _____
 Problemas en relaciones amorosas
6. Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido psicoactivos- drogas?

- 1- 2 veces a la semana Más de 5 veces a la semana
 3 - 5 veces a la semana Diariamente

7. ¿Puede pasar una semana sin consumir drogas?
 Sí No

8. ¿Considera que el consumo de drogas ha tenido efectos positivos en su vida?
 Sí No

9. ¿Se ha sentido alguna vez mal por su abuso de las drogas?
 Sí No

10. Ha buscado atención para su problema de dependencia a sustancias?
 Siempre Raramente
 Frecuentemente Nunca

Si su respuesta es NUNCA, por favor indique el motivo:

- Desinterés personal Desconocimiento de programas de rehabilitación
 Falta de voluntad Desconfianza y/o miedo a los programas de rehabilitación
 Otro: **Indique** _____

11. ¿Ha perdido alguna oportunidad, laboral, social o familiar como consecuencia del consumo de sustancias?
 Siempre Ocasionalmente Nunca
 Frecuentemente Raramente

12. ¿En alguna ocasión, ha prometido que no volvería a consumir psicoactivos y luego no lo ha cumplido?
 Siempre Ocasionalmente Nunca
 Frecuentemente Raramente

13. ¿A qué edad comenzó a vivir en la calle?
 Menor de 10 años 31- 40 años Mayor a los 61 años
 11-20 años 41-50 años
 21- 30 años 51- 60 años

14. ¿Cuál fue la **SITUACIÓN ESPECÍFICA** que lo llevo a la situación de calle?
 Pobreza Problemas familiares
 Desempleo Problemas económicos
 Adicción a drogas Problemas laborales
 Problemas amorosos Falta de ayuda económica gubernamental
 Problemas judiciales **Otro:** _____

15. ¿Cuáles son los motivos que le impiden salir la situación de calle?
 Desinterés personal Adicción a drogas

23. Observaciones: _____

Anexo no. 7: El Rostro Humano de esta Investigación

Caso 1

Masculino de 35 años de edad aproximadamente, persona en estado de indigencia en San Sebastián, San José, Costa Rica, afirma mantenerse del ingreso generado por cuidar calle, botar basuras, delinquir cuando es necesario, señala:

“me tiré a la calle cuando tenía 9 años, mi mamá se murió y mi papá se volvió a casar, me hizo a un lado y yo, simplemente no pude soportarlo. Empecé a portarme mal en la escuela, a ser agresivo, hasta que un día no quise volver, empecé a consumir desde esa edad”.

Cuando se le pregunta cómo sobrevivió en las calles a esa corta edad, el individuo con lágrimas en los ojos exclama:

“nadie quiere saber cómo sobrevive un chiquito en la calle, nadie se imagina lo que tenemos que hacer, pero véame aquí sigo...”

Caso 2

Femenina de 45 años de edad aproximadamente, hondureña, persona en estado de indigencia en los alrededores del Parque de la Merced, San José, Costa Rica. Refiere ser estudiante de Enfermería en su país y en Costa Rica ser vendedora ambulante, no reside en la calle de forma permanente, sólo en ocasiones cuando consume alcohol de forma descontrolada. Sin embargo, según expresa, actualmente se encuentra en un periodo de recaída.

Caso 3

Masculino 50 años de edad aproximadamente, persona en estado de indigencia en los alrededores del parque de la merced, comparte una de sus peores experiencias como habitante de calle:

" me han golpeado, insultado, se cambian de calle cuando me ven, pero lo peor que me ha pasado, fue una vez que por aquí cerca, tenía mucha hambre y le pedí a un señor comida, casi de rodillas, me tiró una sopa en la cara, solo por pedir comida, eso es peor que me ha pasado, no me pude defender, me sentí como una basura..."

Caso 4

Masculino de 25 años aproximadamente, persona en estado de indigencia en Calle 12, San José Costa Rica, refiere consumir drogas desde niño, no tener quien lo apoyo ni dónde ir.

Comparte:

"cuando yo era pequeño, mi mamá se murió al frente mío, la atropelló un carro, ese recuerdo me viene a la mente siempre, desde ese momento perdí todo, consumo aún más cuando me viene a la mente la imagen del accidente".

Caso 5

Masculinos, hermanos de sangre, ambos de 35-38 años aproximadamente, personas en estado de indigencia en los alrededores del Hospital San Juan de Dios, San José Costa Rica, refieren tener problemas con el alcohol, ser estudiados, venir de una buena familia y no residir en la calle de forma permanente, actualmente atraviesan un lapso de recaída. Alegan pasar todo el día compartiendo con otros habitantes de calle, durmiendo, riendo de viajas anécdotas y contando experiencias paranormales que han sufrido de noche. Expresan no estar interesados en abandonar la situación de calle por ahora, ya que mientras estén juntos

enfrentan los problemas. Uno de ellos, el menor de los hermanos, me regala una especie de “medalla” en símbolo de agradecimiento por brindarles escucha activa. Expresa:

“tome, le regalo esto, pero lléveselo con el corazón, para que nos tenga presente cada vez lo vea, nadie se toma el tiempo de venir a estos lugares a compartir con nosotros, todos nos miran feo, con miedo, les damos asco. Muchas gracias por hablar con nosotros”.

Caso 6

Masculino de 45 años de edad aproximadamente, persona en estado de indigencia en los alrededores del parque de la Merced, San José Costa Rica. Exclama:

“aquí desayunamos, pero el resto del día no tenemos que comer, si tenemos suerte agarramos una ficha para el dormitorio, sino toca dormir en cartones, tenemos que aprovechar cuando podemos desayunar aquí, vivir en la calle es muy difícil, aquí solo los fuertes sobreviven...”

Anexo no. 8: plan piloto

Tabla N°1

Distribución porcentual de la población encuestada según sexo, en el Gran Área Metropolitana.
2018

Sexo	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Masculino	18	90%
Femenino	2	10%
	20	100%

Fuente:
e:

elaboración propia, 2018.

Tabla N°2

Distribución porcentual de la población encuestada según nacionalidad, en el Gran Área Metropolitana.
2018

Nacionalidad	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Costarricense	19	95%
Ecuatoriana	1	5%
	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°3
Distribución porcentual de la población encuestada según edad, en el Gran Área
Metropolitana
 2018

Edad en años cumplidos	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
18-27 años	2	10%
28-37 años	8	40%
38-47 años	4	20%
48-57 años	2	10%
58-67 años	4	20%
	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°4
Distribución porcentual de la población encuestada según provincia donde nació, en el
Gran Área Metropolitana
 2018

Provincia	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
San José	8	40%
Limón	4	20%
Puntarenas	3	15%
Guanacaste	2	10%
Alajuela	2	10%
Cartago	1	5%
	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°5

Distribución porcentual de la población encuestada según estado civil, en el Gran Área Metropolitana
2018

Estado civil	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Soltero (a)	14	70%
Casado (a)	3	15%
Unión libre	3	15%
	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°6

Distribución porcentual de la población encuestada según escolaridad, en el Gran Área Metropolitana
2018

Grado de escolaridad	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Primaria completa	6	30%
Primaria incompleta	5	25%
Secundaria incompleta	4	20%
Secundaria completa	2	10%
Universidad incompleta	1	5%
Técnico	1	5%
No fue a la escuela	1	5%
	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°7

Distribución porcentual de la población encuestada según descripción personal, en el Gran Área Metropolitana

2018

Descripción personal	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Amable	6	30%
Amoroso (a)	5	25%
Simpático (a)	3	15%
Agradecido (a)	2	10%
Tímido (a)	2	10%
Humilde	2	10%
	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°8

Distribución porcentual de la población encuestada según percepción de aprecio, felicidad y realización personal, en el Gran Área Metropolitana

2018

	Sí		No		A veces		Total	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
Percepción de aprecio a sí mismo	11	55%	3	15%	6	30%	20	100%
Percepción de felicidad consigo mismo	8	40%	11	55%	1	5%	20	100%
Percepción de realización personal	8	40%	11	55%	1	5%	20	100%

Percepción de infancia deseada	7	35%	13	65%	-	-	20	100%
--------------------------------	---	-----	----	-----	---	---	-----------	-------------

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°9
Distribución porcentual de la población encuestada según relaciones afectivas interpersonales, en el Gran Área Metropolitana
2018

	Sí		No		Total	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
Conoce a su madre biológica	19	95%	1	5%	20	100%
Conocer a su padre biológico	8	40%	12	60%	20	100%
Buena relación con padres biológicos	8	40%	12	60%	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°10

*Distribución porcentual de la población encuestada según relaciones afectivas y consumo de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana
2018*

	Sí		No		Total	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Absoluto	%
En caso de ser NO tener buena relación con los padres biológicos, ¿influye en su consumo de drogas?	11	92%	1	8%	12	100%
Afectación en relación familiares por consumo de psicoactivos	16	80%	4	20%	20	100%
Afectación en relación interpersonales por consumo de psicoactivos	18	90%	2	10%	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°11

*Distribución porcentual de la población encuestada según cantidad de hermanos que poseen, en el Gran Área Metropolitana
2018*

Cantidad de hermanos	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
1-3 hermanos	8	44%
4-6 hermanos	1	6%
Más de 7 hermanos	2	11%
No responde	7	39%
	18	100%

Fuente: elaboración propia, 2018

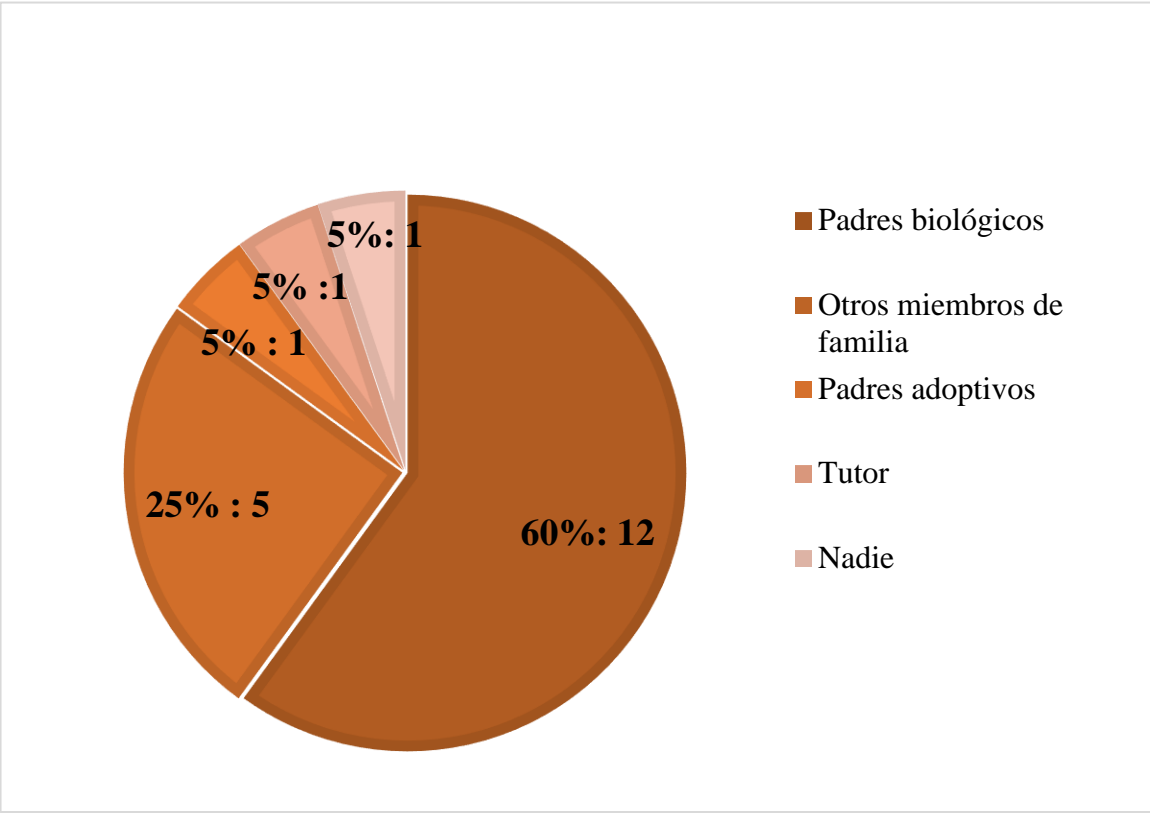
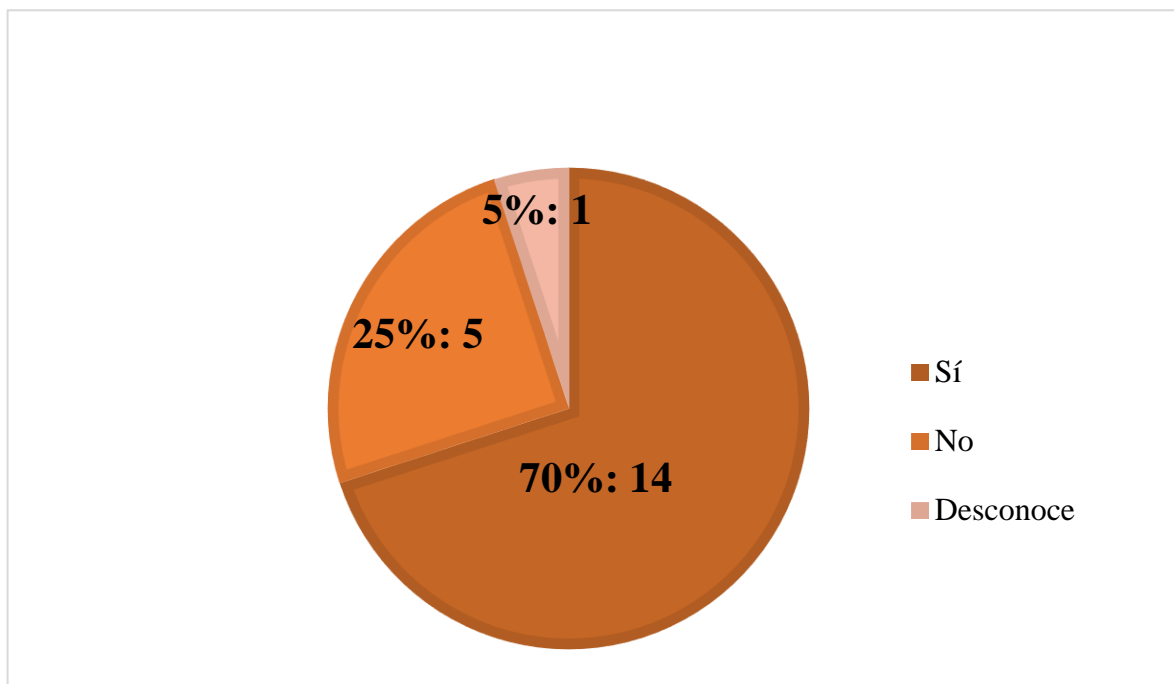


Figura N°1 Distribución porcentual de la población encuestada según encargado de crianza, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018

Figura N°2 Distribución porcentual de la población encuestada según acceso a drogas en



el lugar donde vivió infancia y adolescencia, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°12

Distribución porcentual de la población encuestada según percepción de relaciones afectivas y redes de apoyo en el Gran Área Metropolitana 2018

	Sí		No		A veces		Total	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
Percepción de importancia en su familia	8	40%	9	45%	3	15%	20	100%
Apoyo familiar cuando lo necesita	5	25%	12	60%	3	15%	20	100%
Tiene amigos	13	65%	7	35%	-	-	20	100%
Apoyo de amigos cuando lo necesita	4	20%	14	70%	2	10%	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

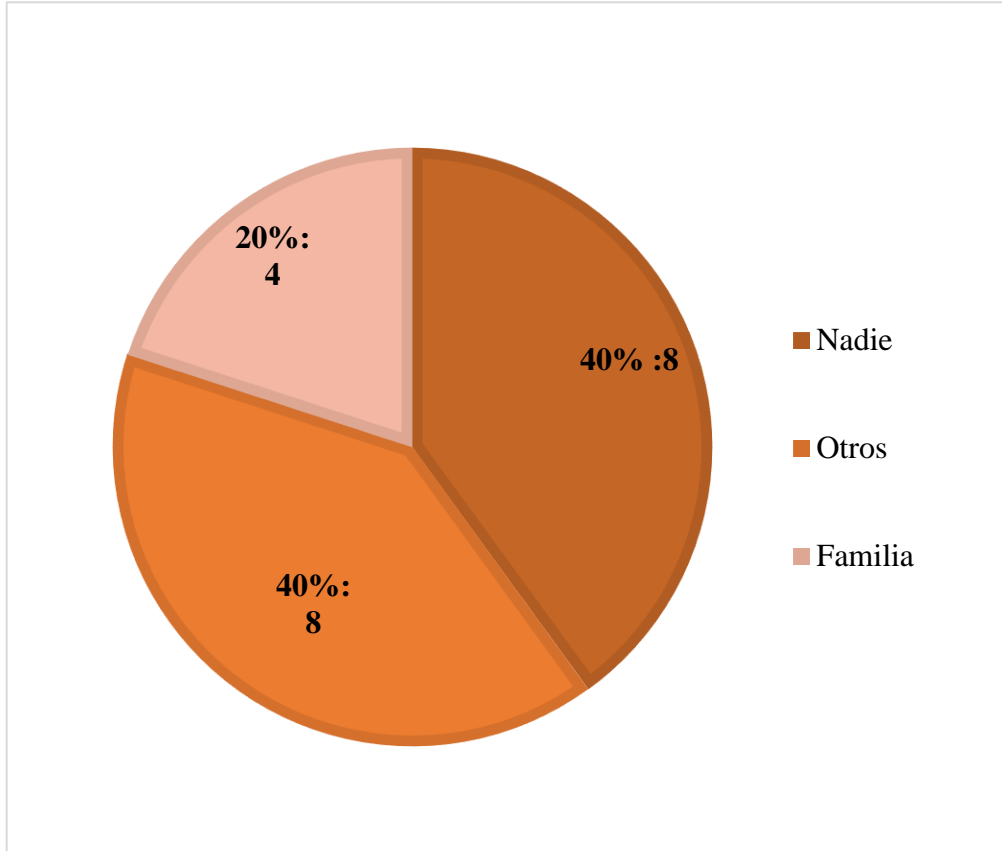


Figura N°3 Distribución porcentual de la población encuestada según redes de apoyo ante los problemas, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

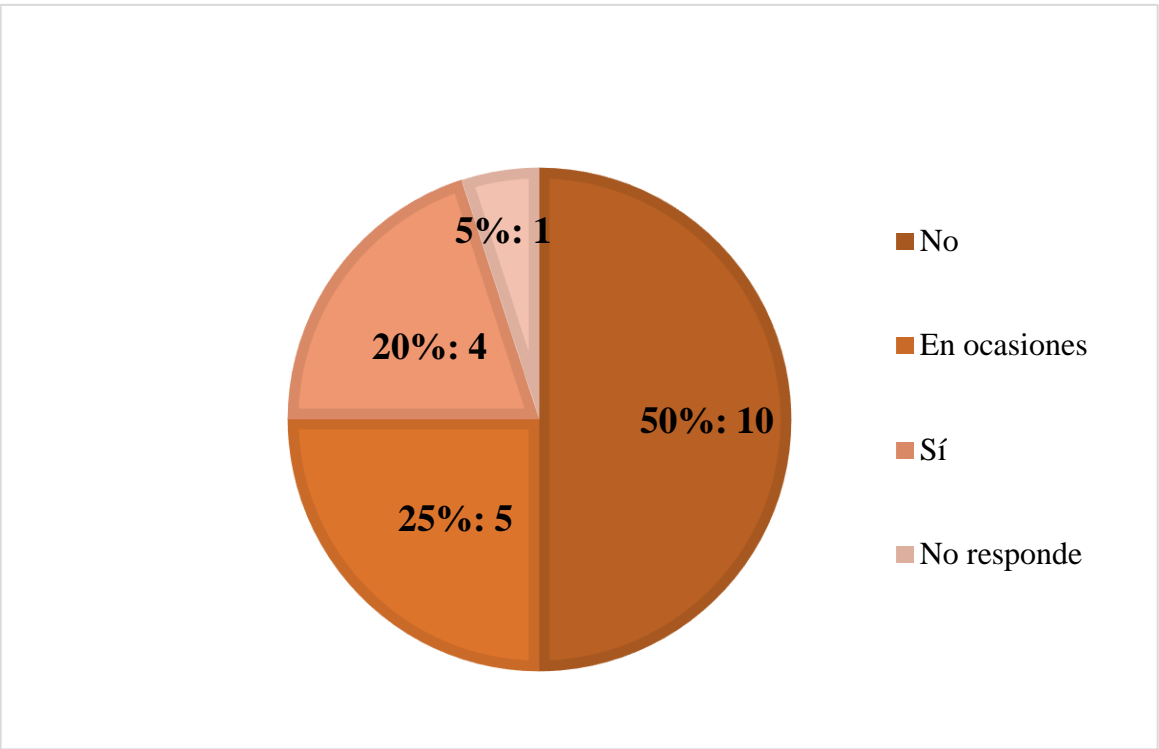


Figura N°4 Distribución porcentual de la población encuestada según método correcto de afrontamiento a los problemas, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°13

Distribución porcentual de la población encuestada según apoyo económico, en el Gran Área Metropolitana
2018

Apoyo económico recibido	Total de personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Trabajos informales	7	35%
No responde	6	30%
Ayuda económica gubernamental	2	10%
No recibe apoyo económico	3	15%
Otros	1	5%
Donaciones	1	5%
	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°14

Distribución porcentual de la población encuestada según ingreso económico percibido, en el Gran Área Metropolitana
2018

Ingreso económico percibido	Total	
	Absoluto	%
Trabajos ocasionales	10	50%
Ninguno	7	35%
Ayudas sociales	1	5%
Apoyo familiar	1	5%
No responde	1	5%
	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

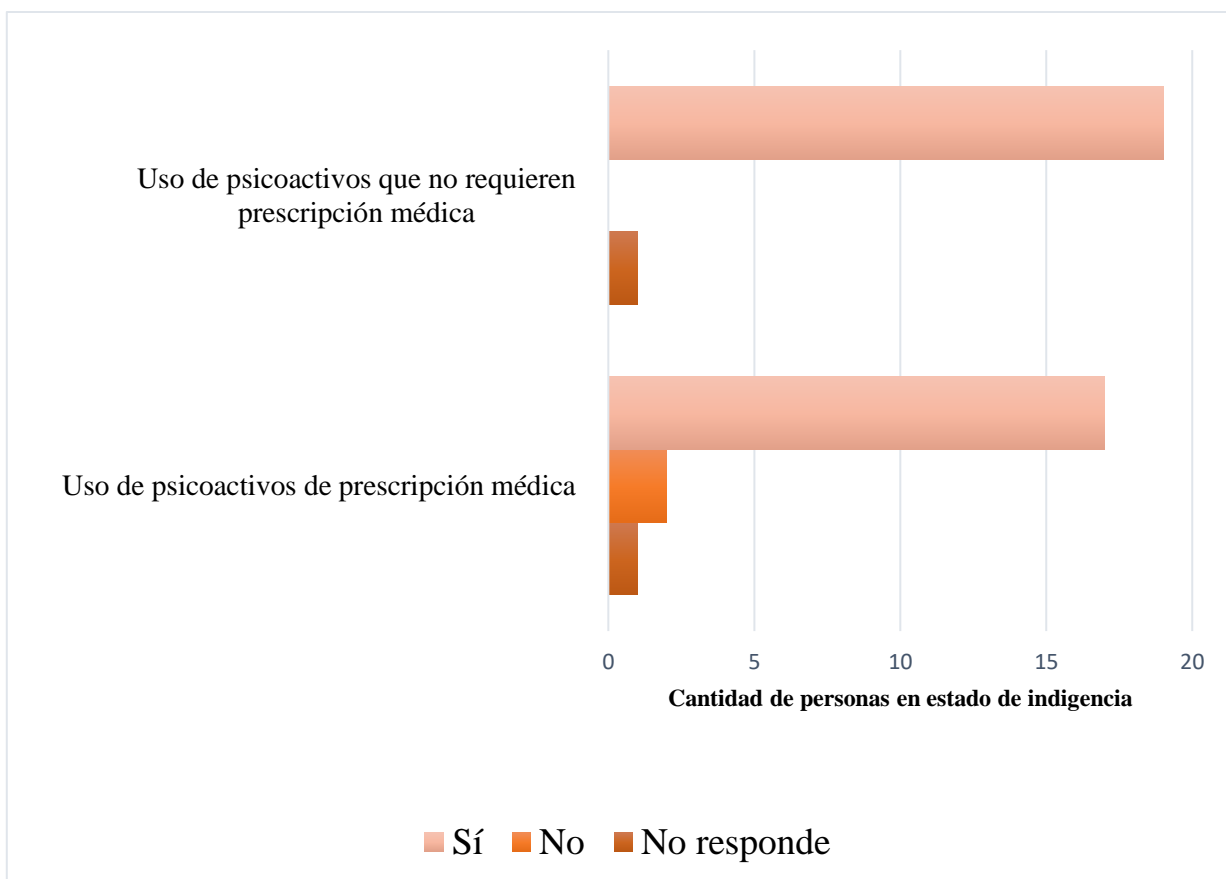


Figura N°5 Distribución de la población encuestada según uso de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

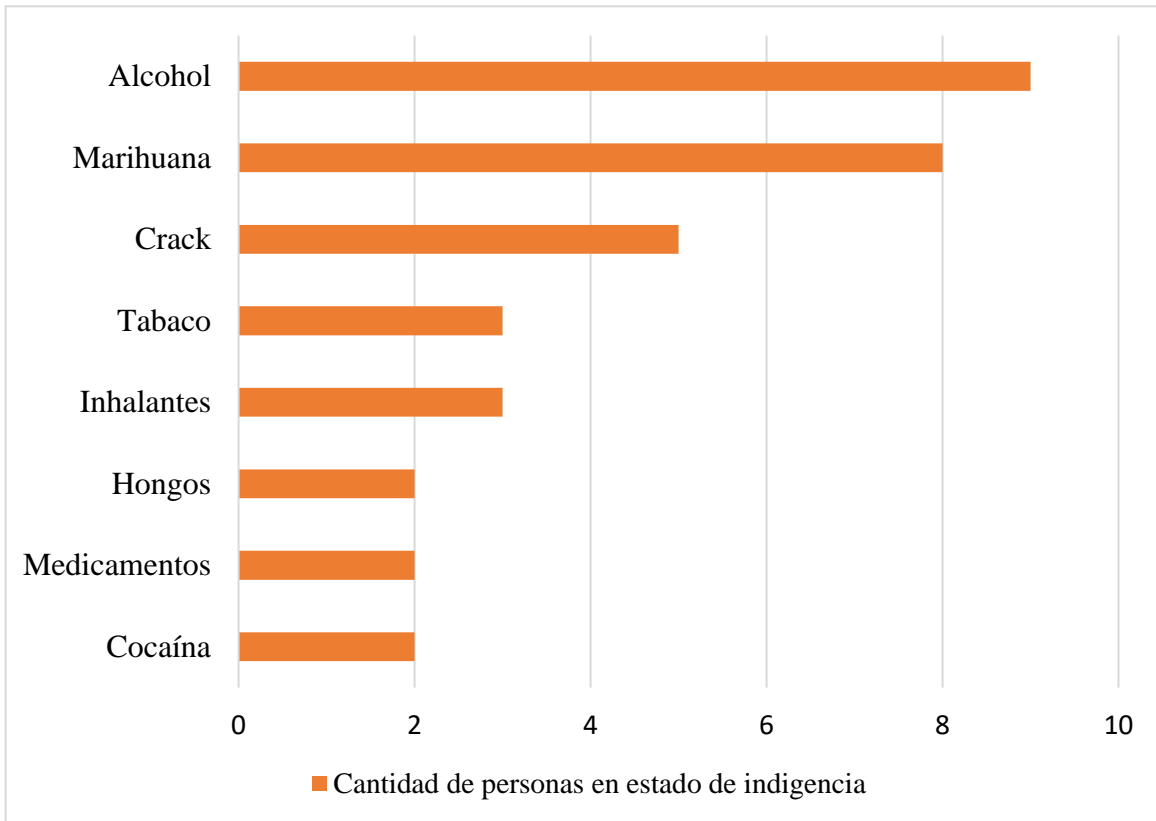


Figura N°6 Distribución de la población encuestada según psicoactivos legales e ilegales de inicio de consumo, en el Gran Área Metropolitana 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

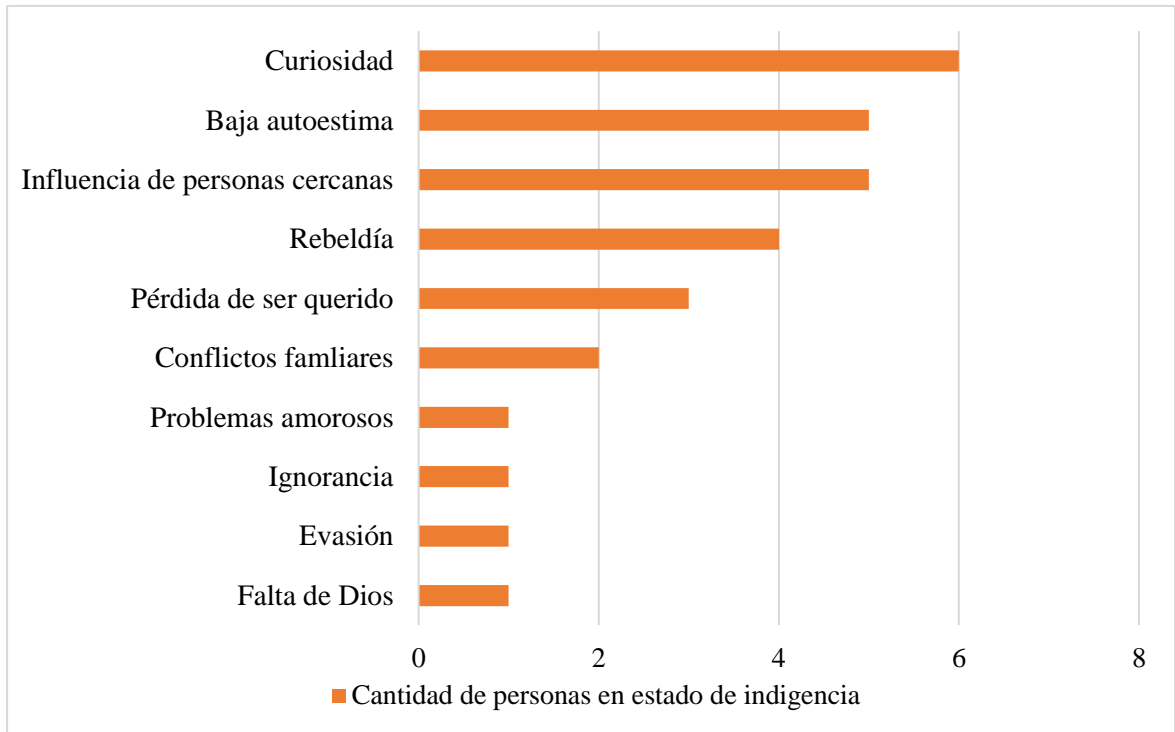


Figura N°7 Distribución de la población encuestada según psicoactivos legales e ilegales de mayor consumo, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

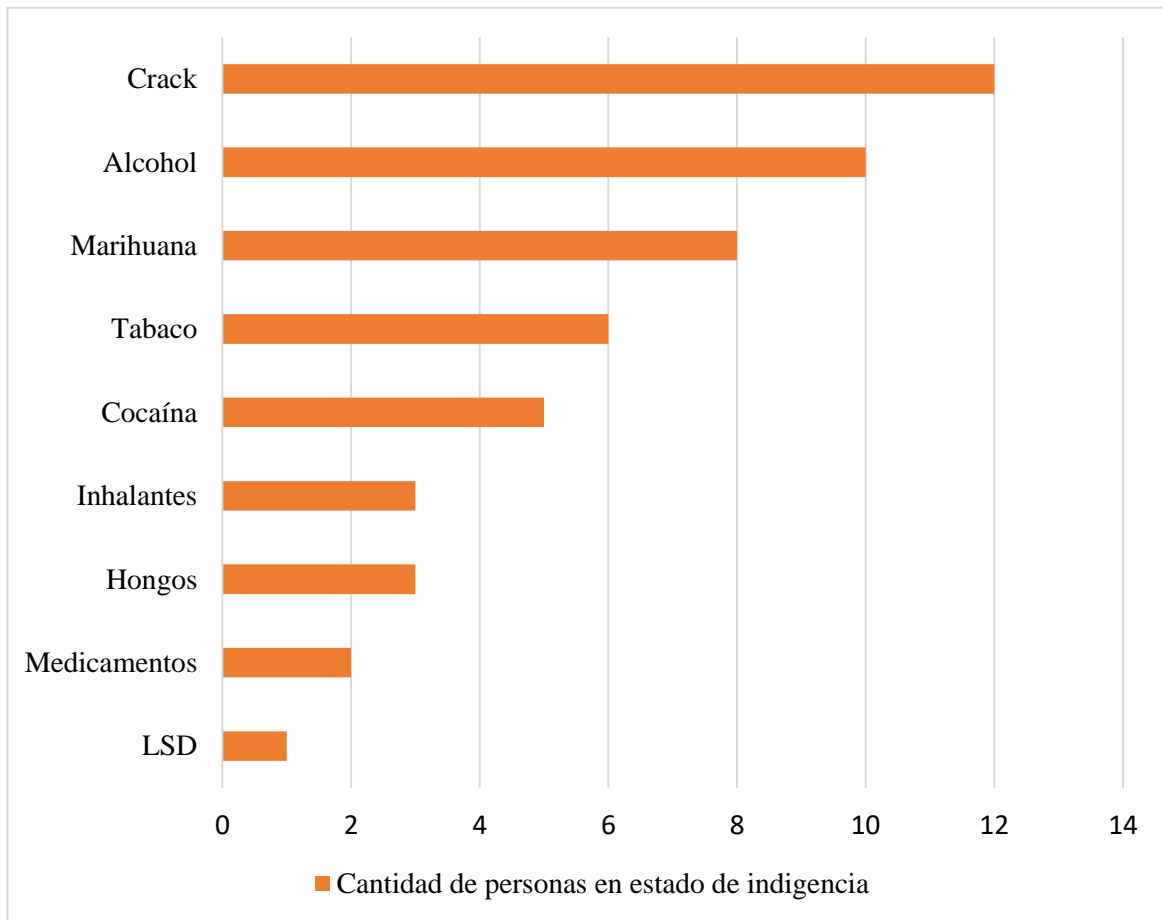


Figura N°8 Distribución de la población encuestada según motivo de consumo de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

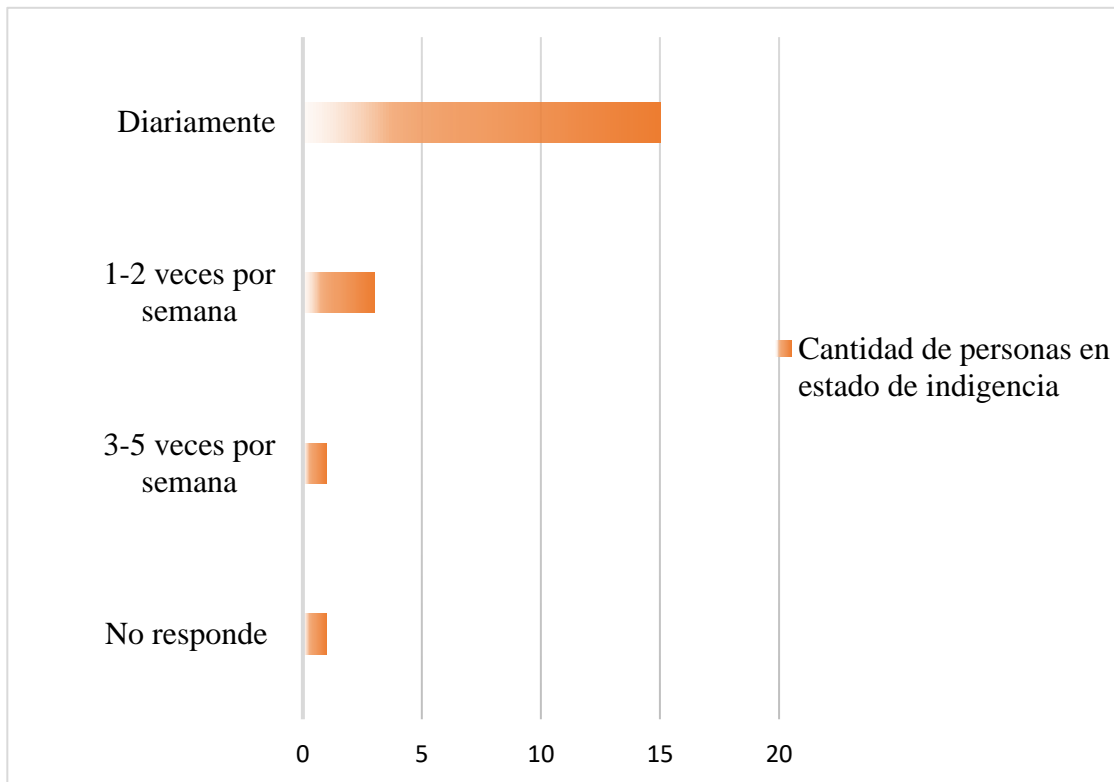


Figura N°9 Distribución de la población encuestada según frecuencia de consumo de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

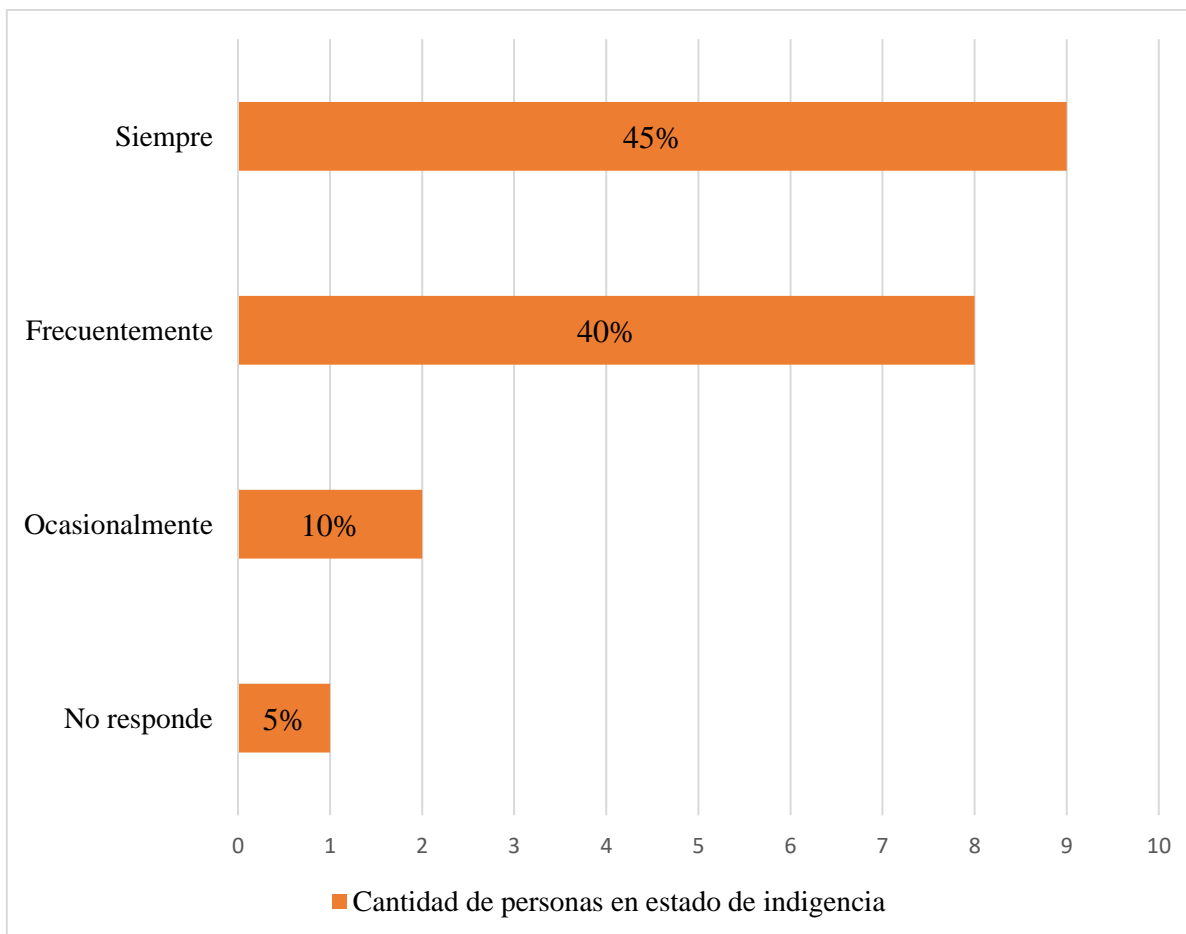


Figura N°10 Distribución porcentual de la población encuestada según pérdida de oportunidades por el consumo, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°15

Distribución porcentual de la población encuestada según impacto personal, abstinencia y culpa ante el uso de psicoactivos, en el Gran Área Metropolitana
2018

	Sí		No		No responde		Total	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
Impacto personal positivo	2	10%	17	85%	1	5%	20	100%
Abstinencia al no consumo de psicoactivos durante una semana	14	70%	5	25%	1	5%	20	100%
Culpa ante el uso de psicoactivos	18	90%	1	5%	1	5%	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

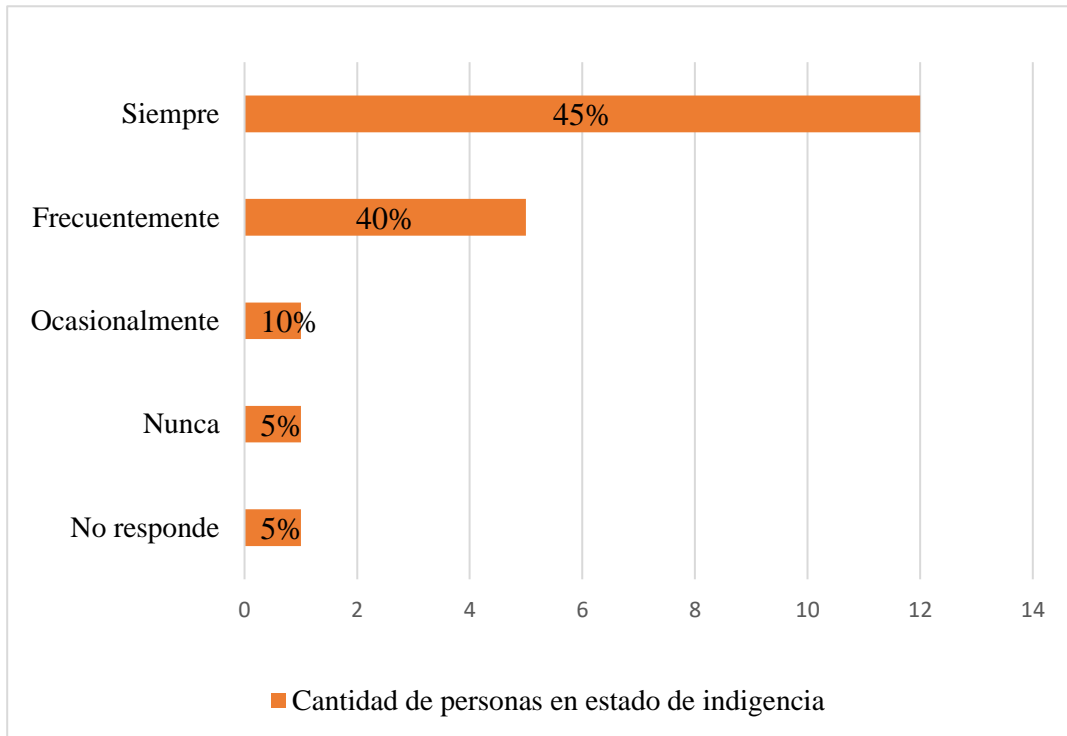


Figura N°11 Distribución porcentual de la población encuestada según recaída en el consumo de psicoactivos legales e ilegales, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

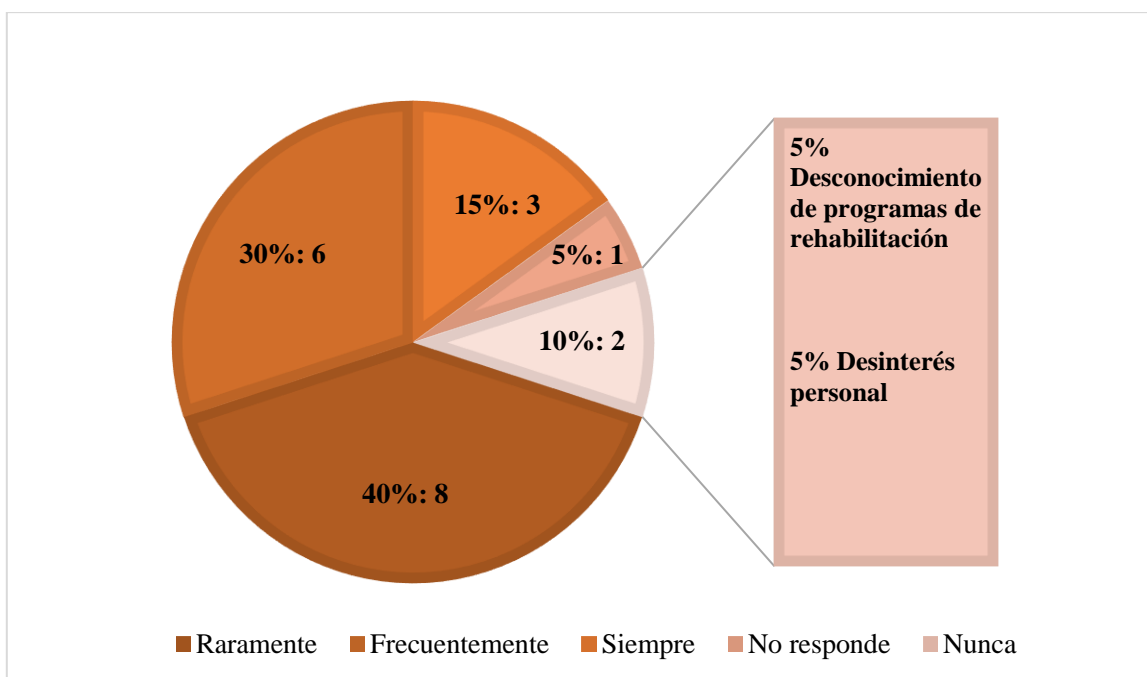


Figura N°12 Distribución porcentual de la población encuestada según búsqueda de atención al problema de dependencia a psicoactivos legales e ilegales, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

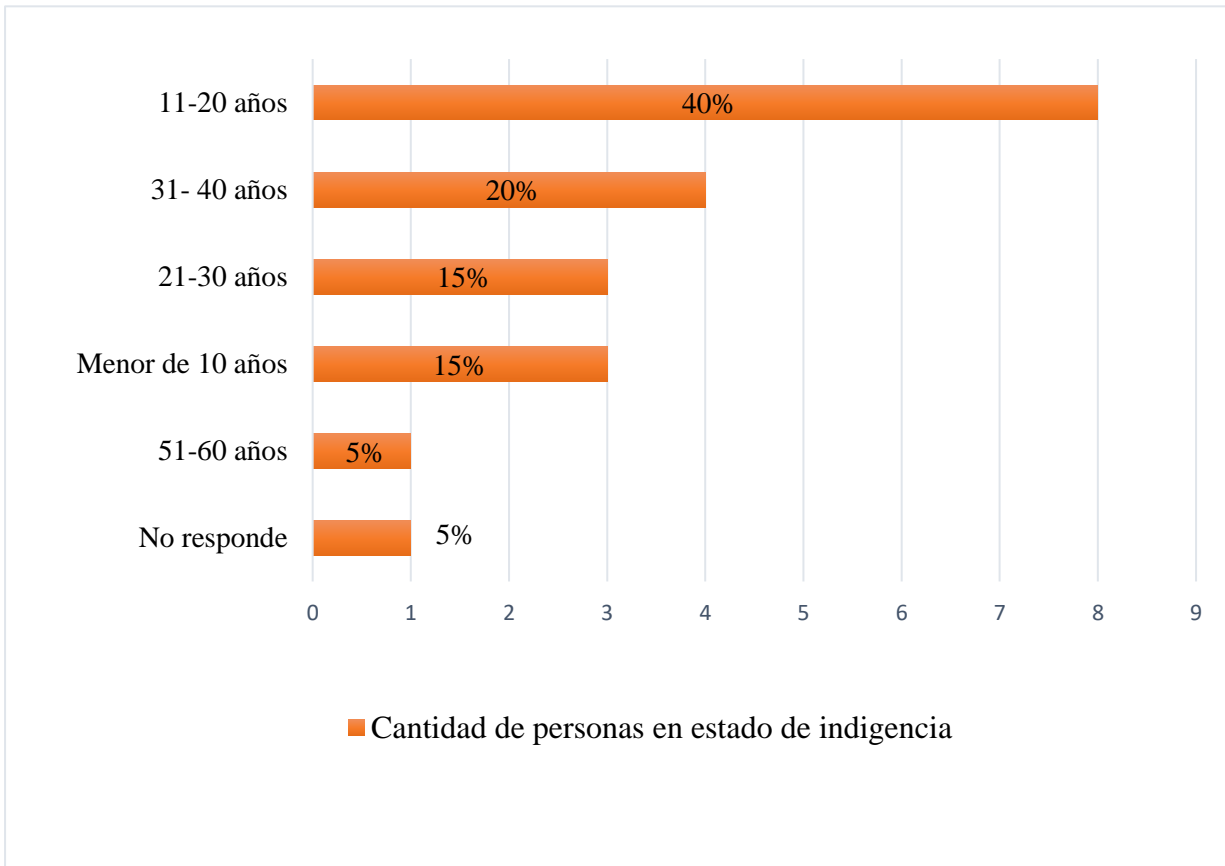


Figura N°13 Distribución porcentual de la población encuestada según edad en años cumplidos de inicio en situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

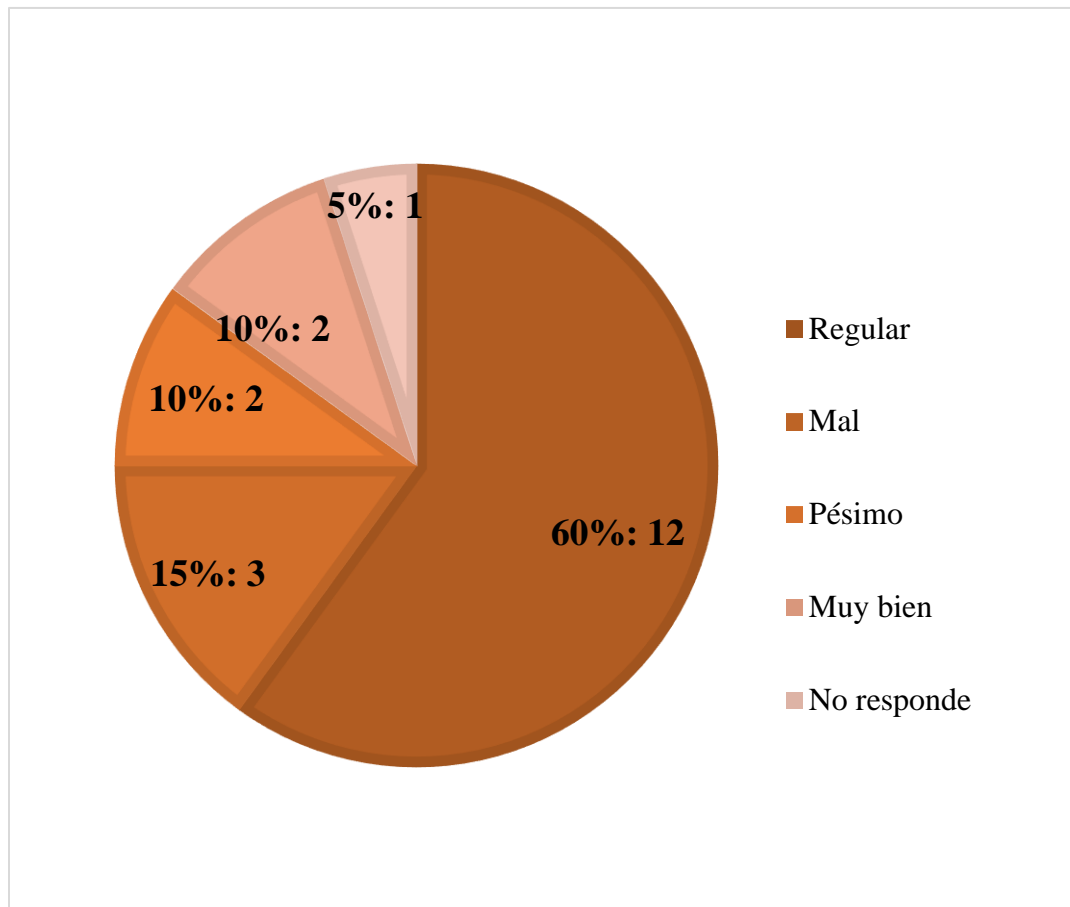


Figura N°14 Distribución porcentual de la población encuestada según percepción del trato social en situación de calle, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°16

Distribución porcentual de la población encuestada según entorno familiar asociado al consumo de psicoactivos y situación de calle, en el Gran Área Metropolitana 2018

	Sí		No		Desconoce		Total	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Absoluto	%
Miembros de familia consumidores de psicoactivos legales e ilegales	11	55%	8	40%	1	5%	20	100%
Miembros de familia en situación de calle	4	20%	14	70%	2	10%	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

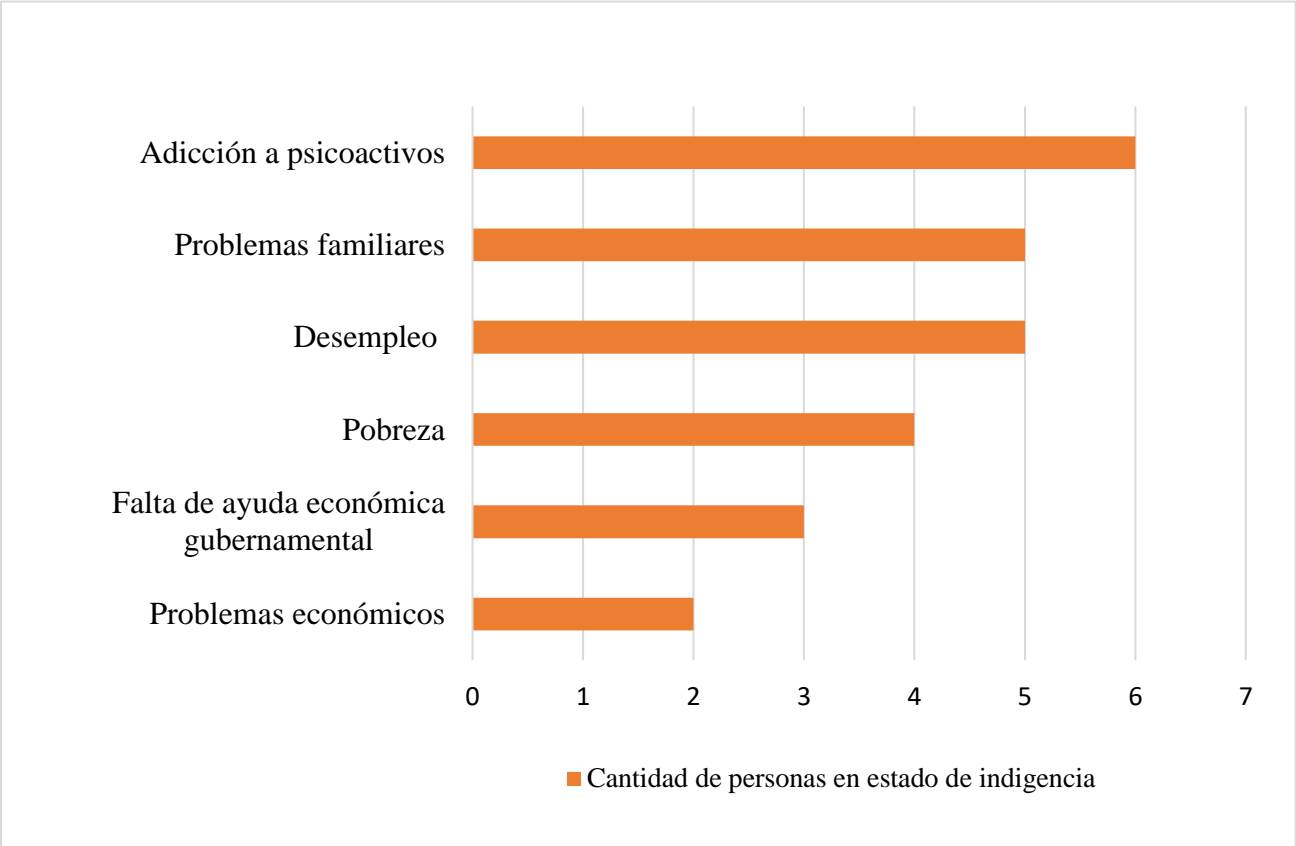


Figura N°15 Distribución de la población encuestada según causas de la indigencia, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

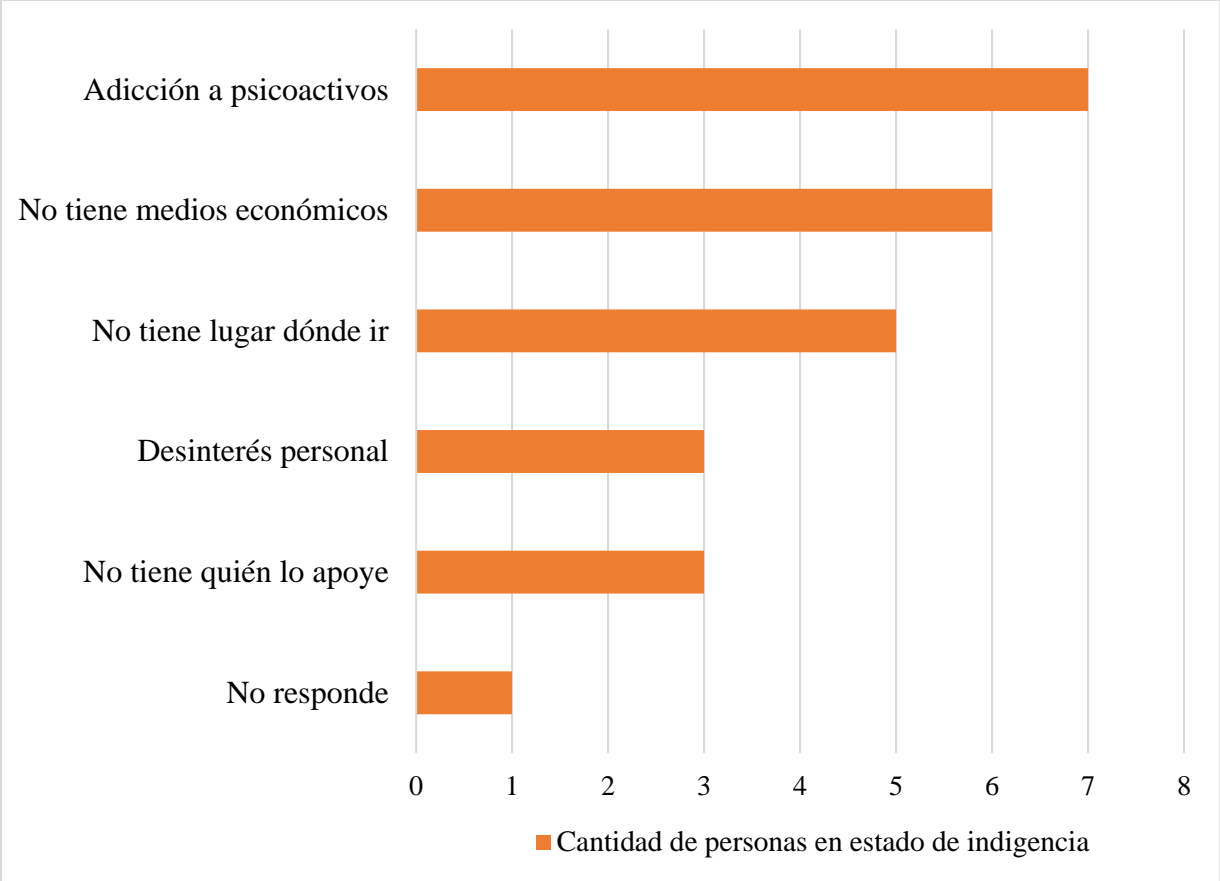


Figura N°16 Distribución porcentual de la población encuestada según causas de la indigencia y motivos que impiden abandonar la situación de calle, en el Gran Área Metropolitana 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

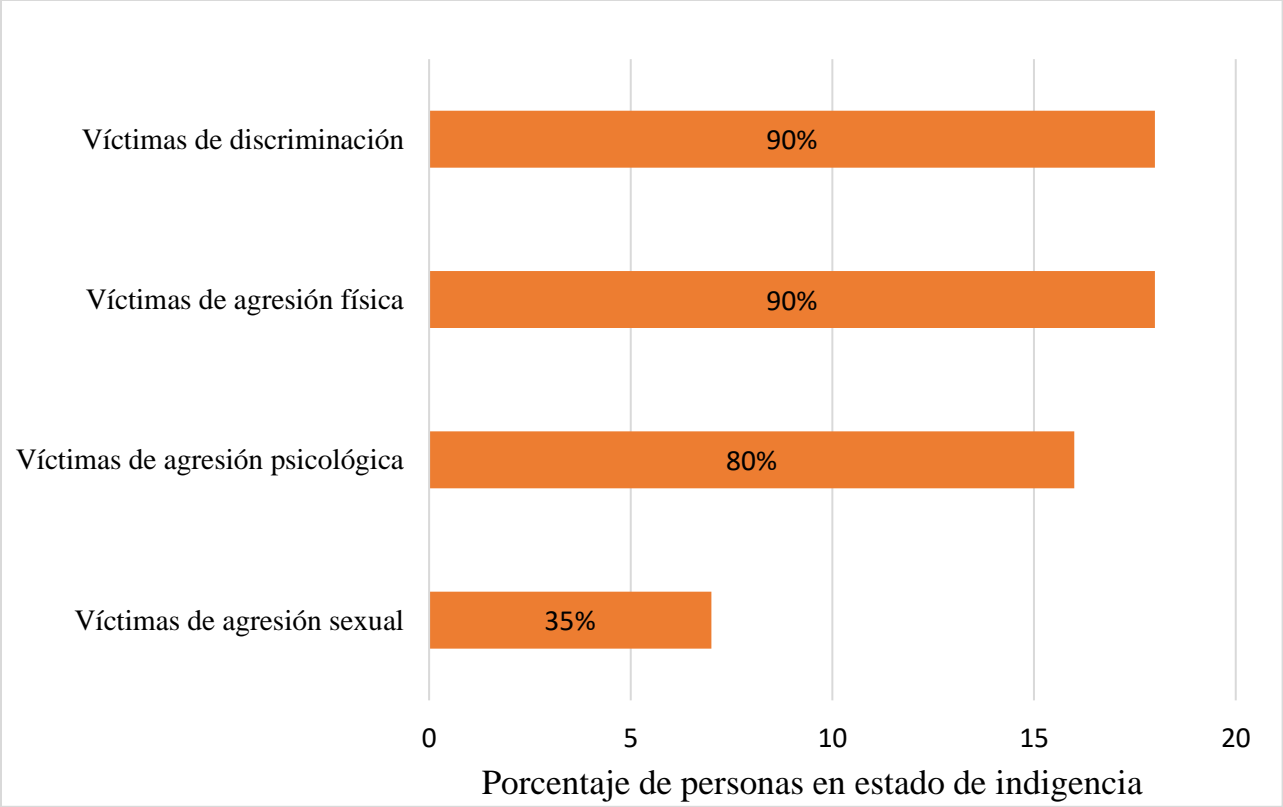


Figura N°17 Distribución porcentual de la población encuestada según discriminación y tipos de agresión, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

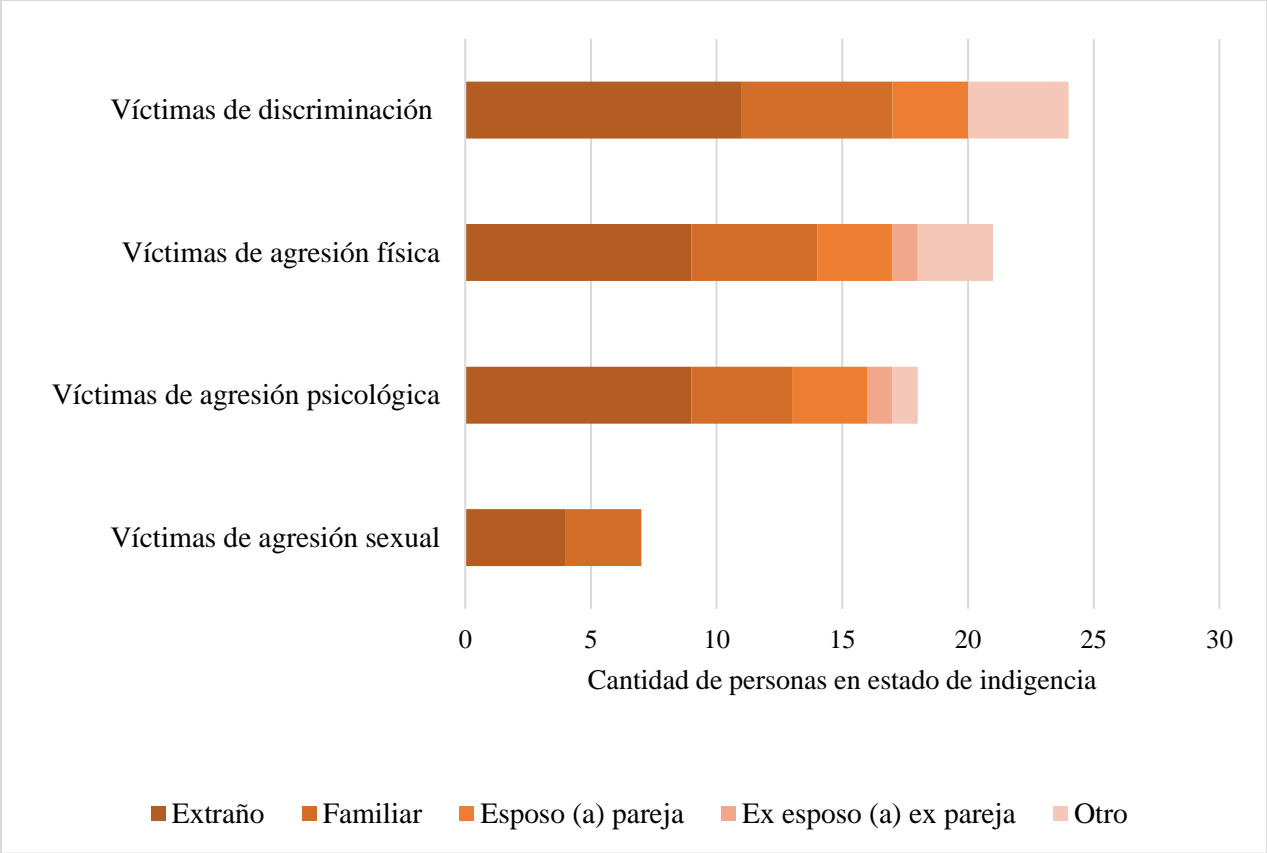


Figura N°18 Distribución de la población encuestada según responsables de discriminación y agresiones, en el Gran Área Metropolitana, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Anexo no. 10: Tabla del programa STATA

average						
Item	item-test	item-rest	interitem	interitem	covariance	
	Obs	Sign	correlation	correlation	alpha	
-----+-----						
cp1	97	+	0.4160	0.3051	.0109984	0.7205
cp2	97	+	0.3715	0.2715	.0112676	0.7230
cp3_1	98	+	0.2613	0.1411	.0116601	0.7329
cp3_2	98	+	0.4065	0.2946	.0110466	0.7215
cp3_3	98	+	0.5285	0.4588	.0108755	0.7122
cp3_4	98	+	0.3172	0.2535	.0116579	0.7248
cp3_6	98	+	0.3605	0.2920	.0115006	0.7226
cp3_7	98	+	0.5197	0.4777	.0113574	0.7178
cp3_8	98	+	0.3709	0.2723	.0112479	0.7223
cp3_9	98	+	0.2318	0.1902	.0119668	0.7283
cp3_10	98	+	0.3882	0.2727	.0110969	0.7226
cp4_1	98	+	0.3881	0.2744	.0111261	0.7231
cp4_2	97	+	0.4053	0.2935	.0110638	0.7217
cp4_3	98	+	0.4617	0.3864	.0110863	0.7165
cp4_4	98	+	0.4452	0.3995	.0115011	0.7206
cp4_5	98	+	0.0527	0.0276	.0122265	0.7320
cp4_6	98	+	0.2573	0.1917	.0118017	0.7274
cp4_7	98	+	0.3522	0.3078	.0117278	0.7244
cp4_8	98	+	0.3965	0.2823	.0110413	0.7213
cp4_9	98	+	0.2305	0.2065	.01207	0.7292
cp4_10	98	+	0.3296	0.2116	.0113789	0.7280
cp5_1	97	+	0.3536	0.2425	.0112886	0.7252
cp5_2	97	+	0.4459	0.3998	.0115003	0.7206
cp5_3	97	+	0.4752	0.3789	.0108264	0.7152
cp5_4	97	+	0.2481	0.1341	.011724	0.7328
cp5_5	97	+	0.2686	0.1535	.0116395	0.7316
cp5_6	97	+	0.3355	0.2449	.01145	0.7245
cp5_7	97	+	0.3481	0.2451	.0113442	0.7247
cp5_8	97	+	0.1436	0.0615	.0120741	0.7339
cp5_9	97	+	0.1283	0.0930	.0121316	0.7308
cp5_10	97	+	0.3678	0.2991	.0114816	0.7223
cp5_11	97	+	0.0672	-0.0159	.0122684	0.7373
-----+-----						
Test scale					.0114821	0.7311
