

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SEDE DE OCCIDENTE

**SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE AUTOCUIDADO EN LA POBLACIÓN
DEL PROGRAMA DE RESIDENCIAS ESTUDIANTILES DE LA UNIVERSIDAD
DE COSTA RICA, SEDE DE OCCIDENTE, RECINTO DE SAN RAMÓN,
DURANTE EL AÑO 2017

DIRECTORA

LICDA. KAREL MALESPÍN ÁLVAREZ

PROPONENTES

ALVARADO RODRÍGUEZ BERTHA CRISTINA

CHAVES VARGAS LISSETH

ELIZONDO MEJÍAS LOYDA ESTHER

VARGAS VARGAS ISABEL MILENA

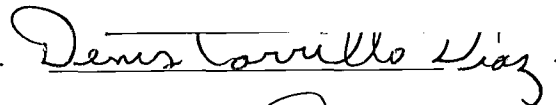
AÑO 2018

SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA

“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE AUTOCUIDADO EN LA POBLACIÓN
DEL PROGRAMA DE RESIDENCIAS ESTUDIANTILES DE LA UNIVERSIDAD
DE COSTA RICA, SEDE DE OCCIDENTE, RECINTO DE SAN RAMÓN,
DURANTE EL AÑO 2017”

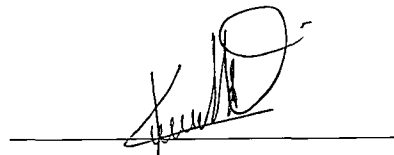
M. SC. DENIS CARRILLO DÍAZ

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.



M. SC. KATTY VARGAS DURÁN

MIEMBRO DEL TRIBUNAL EXAMINADOR



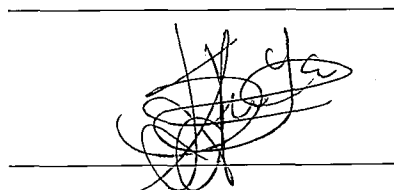
LICDA. KAREL MALESPÍN ÁLVAREZ

DIRECTORA DEL SEMINARIO DE GRADUACIÓN



M. SC. YAMILETH GUTIÉRREZ OBREGÓN

LECTORA.



PHD. ANA LAURA SOLANO LÓPEZ

LECTORA.



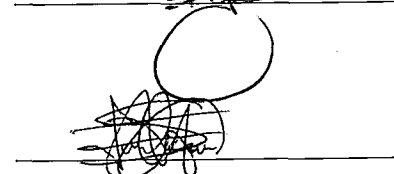
BERTHA CRISTINA ALVARADO RODRÍGUEZ

SUSTENTANTE



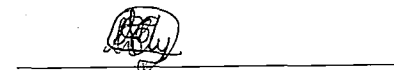
LISSETH CHAVES VARGAS

SUSTENTANTE



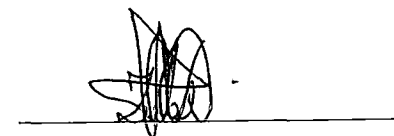
LOYDA ESTHER ELIZONDO MEJÍAS

SUSTENTANTE



ISABEL MILENA VARGAS VARGAS

SUSTENTANTE



Dedicatoria

Al concluir este proceso me embarga un sinfín de emociones, sentimientos y recuerdos de todo lo que ha sucedido para llegar a este momento, tantas personas que me acompañaron durante estos años y sin las cuales no lo hubiera logrado.

A Diosito por darme el don de la vida, por la inmensa bendición de permitirme ingresar a la universidad, por la salud, por ser mi fuerza en los momentos más difíciles, por la sabiduría y la paz que solo Él pueden otorgar.

A mi Mamita, por todo su apoyo, por ser mi mejor amiga, mi confidente, los brazos que me brindaron seguridad y amor infinito cada vez que lo necesite, por estar siempre para mí, por impulsarme a ser mejor cada día, el ángel maravilloso que Diosito me brindo durante unos añitos y que hoy me cuida desde el cielo.

A mi Papito, mi gran apoyo, mi modelo a seguir, la persona que me enseñó que con esfuerzo no hay imposibles, quien siempre a me ha animado a continuar adelante y con el cual hoy tengo la dicha de compartir la bendición de poder concluir mi formación académica.

A mis hermanos Óscar e Idaly, mis compañeros de infancia, mis amigos, sus consejos y apoyo han sido indispensables para mí, sin ustedes no lo habría logrado, los amo.

A mis compañeras y amigas en esta aventura, Loy, Isa y Liss, gracias por todo, han sido una bendición en mi vida, he aprendido tanto de ustedes en este proceso y me han ayudado a ser una mejor versión de mí. Las quiero muchísimo y deseo que Diosito les brinde mil y una bendiciones.

A mi profesora Licda. Karel Malespín Álvarez, por todo su apoyo y acompañamiento en este proceso, a todos los docentes y profesionales de enfermería que de alguna manera han contribuido a mi formación académica, gracias por lo aprendido, que Dios los bendiga.

Bertha Cristina

Dedicatoria

A Dios: al Todopoderoso por permitirme elegir esta preciosa profesión y brindarme tantas bendiciones y momentos que me han permitido crecer, espero me siga brindando la fortaleza para continuar.

A mis padres: agradezco enormemente y dedico este Seminario a mis mentores de vida, mi mamá (Lidieth) y mi papá (Jorge), quienes han estado para mí en todo momento, son mi mayor ejemplo a seguir.

A mis hermanos: quienes han sido mis mejores amigos, mi compañera desde el nacimiento -e incluso mucho antes- Jacque, Víctor el mejor consejero de vida.

Esteban: a mi futuro compañero de vida -si Dios lo permite-, por brindarme tanto apoyo para alcanzar mis metas, gracias por ser tan paciente y asertivo.

A la familia de mi novio: quienes me han acogido y brindado amor, desde que los he conocido.

A Cris, Jaz, Loy e Isa: quienes fueron mis compañeras de carrera y amigas perdurables, agradezco todas esas tardes de desahogo con sabor a café.

A todos mis profesores: en especial a la profe Karel Malespín Álvarez, Noylin Rojas Pacheco, Katty Vargas Durán y por supuesto a la profe Carolayn Rojas Alvarado, cada una ha calado en mí, espero algún día ser una enfermera que logre equipararse a lo excelentes personas y profesionales que son.

Lisseth

Dedicatoria

Al concluir mi Licenciatura en Enfermería me llena de emoción poder dedicar este seminario a quienes formaron parte de mi proceso formativo y estuvieron ahí para mí.

A Dios: quien me dio en todo momento la capacidad para concluir este proceso reconociendo que sin Él no lo habría logrado porque, de Él proviene todo el conocimiento y la sabiduría.

A mi mamá: el motor que me impulsó y animó, quien escucho mis alegrías, tristezas y quejas y estuvo ahí para abrazarme.

A mi papá: quien a pesar de sus malos chistes me dio ánimo en momentos difíciles y me comprendió siempre, por su arduo trabajo que aportó siempre lo que necesité.

A mi esposo: quien a pesar de sus largas jornadas laborales siempre estuvo ahí para escucharme y abrazarme animándome a concluir mi formación académica aunque, eso significara postergar algunos de sus proyectos personales.

A mis hermanos: por su apoyo y su manera chistosa de hacer ver lo peor como algo bueno y lo bueno como algo genial.

A mis amigas Bertha, Lisseth, Jazmín e Isabel por las risas compartidas y las interminables horas de estudio juntas.

Al personal docente de la carrera de enfermería: por el conocimiento transmitido y las experiencias brindadas en cada proceso.

Loyda

Dedicatoria

A Dios: por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la salud, la sabiduría y la capacidad para lograr este objetivo.

A mi madre: por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por la motivación y su amor.

A mi padre: por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por la motivación y su amor.

A mis hermanos y familiares: gracias por su apoyo en todo momento.

A mis amigas y compañeras: Lisseth Chaves Vargas (Fea te quiero mucho), Jazmín Ramírez Fernández (Guayaba), Bertha Alvarado Rodríguez (Bertilia), Loyda Elizondo Mejías (Loya). Gracias por su apoyo, paciencia, muestras de cariño, amistad, Dios las siga bendiciendo, las quiero mucho.

A mis profesores y profesoras: Mi directora de seminario Licda. Karel Malespín Álvarez, Licda. Carolayn Rojas Alvarado, Licda. Noylin Rojas Pacheco, Licda. Katy Vargas Durán, Lic. Cristian Zúñiga S, Lic. Ronald Ortega Torres. Gracias por sus consejos, muestras de apoyo y cariño. Dios los siga bendiciendo.

Isabel

Agradecimientos

A nuestro Comité Asesor la Licda. Karel Malespín Álvarez como directora, M.Sc Yamileth Gutiérrez Obregón y PhD. Ana Laura Solano López nuestras lectoras, por todo sus sugerencias, apoyo y conocimiento que nos brindaron durante este proceso de investigación, Dios les bendiga y depare mayor éxito profesional.

Al personal de la Coordinación de Vida Estudiantil de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente por las facilidades que nos brindaron durante todo este periodo y que nos permitieron concluir este seminario de graduación.

A los jóvenes residentes que participaron de este seminario, muchas gracias por su anuencia y disposición, ustedes son el motivo y pilar de nuestro trabajo, Dios los bendiga.

Bertha Cristina, Lisseth, Loyda e Isabel.

Citar como:

Malespín, K., Alvarado, B., Chaves, L., Elizondo, L., Vargas, I. (2018). *Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto San Ramón, durante el año 2017*. (Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San Ramón. Costa Rica.

Resumen Ejecutivo

El presente Seminario de graduación posee como objetivo “Analizar el conocimiento y las prácticas de autocuidado en los estudiantes del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto San Ramón, durante el año 2017” para su desarrollo se utilizó un enfoque cualitativo, descriptivo. Tomando una muestra no probabilística a conveniencia, por lo que participaron nueve hombres y ocho mujeres, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada, compuesta por 84 preguntas generadoras. A partir de la sistematización de información se encuentra que las personas participantes poseen una percepción de riesgo no adquirida en lo referente al consumo de drogas, con ingesta de una o más de éstas, y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Se evidencian, además, vacíos de conocimiento y la presencia de mitos provenientes del conocimiento popular referentes a sueño, alimentación y sexualidad. Por otra parte, existe una omisión de pasos al explicar y ejecutar hábitos de higiene, así como la omisión principalmente la merienda matutina y el desayuno. Agregado a esto, el estudiantado no posee una ingesta de frutas y verduras según el requerimiento diario recomendado. Finalmente, a partir de los resultados de este seminario se concluye que la población estudiada presenta una incongruencia entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado, por tanto, es necesario llevar a cabo una intervención educativa como parte del Proceso de Atención de Enfermería grupal.

Palabras clave: autocuidado, persona joven, Enfermería, Dorothea Orem, prácticas, conocimiento, residentes, universitarios, requisitos universales de autocuidado.

Abstract

The current graduation seminar has as main objective to “Analyze the knowledge of and self-care practices in students from the program of student dormitories at University of Costa Rica, Sede Occidente, San Ramón Campus, during 2017”. For its development, a qualitative-descriptive approach was employed with a non-probabilistic sample at convenience; therefore, a semistructured interview was conducted to nine men and eight women. This interview was composed by 84 guiding questions. Upon the sistematization of the gathered data, researchers conclude that participants have a risky non-acquired perception regarding drug consumption and sexually transmitted diseases (STD); there are also gaps in the knowledge and popular knowledge-related myths regarding sleeping, eating, and sexuality. Furthermore, there is omission of steps when explaining and executing hygiene habits; students also skip mainly breakfast and morning snacks. Along the line, participants do not have the required recommended daily consumption of fruit and vegetables. Finally, based on the results of this seminar, it can be concluded that there is incongruency between knowledge and practices that participants have regarding self-care; thus, educational intervention is needed as part of the Group Nursing Attention Processes.

Key Words: Selfcare, young adults, Nursing, Dorothea Orem, practices, knowledge, resident, university students, universal self-care requisites.

Tabla de contenido

Introducción	xiv
Capítulo I	1
1. Justificación	2
1.1 Tema	11
1.2 Objetivo general.....	12
1.3 Objetivos específicos	12
1.4 Antecedentes	12
1.4.1 Antecedentes internacionales.....	13
1.4.2 Antecedentes nacionales.....	19
Capítulo II.....	24
2. Marco referencial.....	25
2.1 Marco teórico.....	25
2.2 Marco conceptual.....	34
Capítulo III	45
3. Diseño metodológico	46
3.2 Estrategia metodológica.....	46
3.2.1 Fase investigativa.....	47
3.2.2 Fase reflexiva.....	79
3.3 Consideraciones éticas	80

Capítulo IV	87
4. Sistematización de la información	88
4.1 Perfil sociodemográfico de los estudiantes del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, recinto San Ramón, durante el año 2017.....	88
4.2 Conocimiento de los participantes acerca del autocuidado	99
4.2.1 El mantenimiento de una ingesta suficiente de aire.....	99
4.2.2. El mantenimiento de una ingesta suficiente de agua	102
4.2.3. El mantenimiento de una ingesta suficiente de comida.....	108
4.2.4 La provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos	109
4.2.5 El mantenimiento de equilibrio entre actividad y descanso	115
4.2.6. El mantenimiento de equilibrio entre soledad y comunicación social.....	117
4.2.7. La prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano..	120
4.2.8 La promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal	152
4.3 Prácticas del estudiantado acerca del autocuidado	166
4.3.1 El mantenimiento de una ingesta suficiente de aire.....	166
4.3.2 El mantenimiento de una ingesta suficiente de agua	168
4.3.3 El mantenimiento de una ingesta suficiente de comida	172

4.3.4 La provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos	184
4.3.5 El mantenimiento de equilibrio entre actividad y descanso	188
4.3.6 El mantenimiento de equilibrio entre soledad y comunicación social.....	205
4.3.7 La prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano ...	214
4.3.8. La promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal.....	260
4.4 Fase reflexiva.....	279
Presentación de los resultados y reflexiones de los profesionales de enfermería y el personal de la Coordinación de Vida Estudiantil.....	279
Presentación de los hallazgos a los participantes del seminario de graduación e impresiones de las personas participantes	303
Capítulo V	311
Conclusiones.....	312
Recomendaciones	319
Alcances y limitaciones del Seminario de graduación	323
Bibliografía	326
Anexos.....	358
Anexo 1. Carta de Aprobación de Coordinación de Vida Estudiantil.....	359
.....	359

Anexo 2. Carta de Aprobación de anteproyecto por Comisión de Trabajos Finales de Graduación Enfermería Sede de Occidente	360
Anexo 3. Acta de aprobación de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación Enfermería Sede de Occidente.....	362
Anexo 4. Consentimiento informado.....	367
Anexo 5. Entrevista semiestructurada	374
Anexo 6. Cronograma de actividades de TFG.....	379
Anexo 7. Carta de aprobación de protocolo de Comité Ético Científico, Universidad de Costa Rica	383
Anexo 8. Carta de revisión filológica del protocolo.....	384
Anexo 9. Carta de aceptación de la prórroga del Comité de Trabajos Finales de Graduación de Enfermería de la Sede de Occidente.....	386
Anexo 10. Carta de aceptación de la prórroga del Comité Ético Científico	387

Introducción

El presente Seminario de graduación fue elaborado por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica, para optar por el grado de licenciatura. Este tuvo como objetivo analizar el conocimiento y las prácticas de autocuidado en los estudiantes del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el año 2017. Por tanto, dicho estudio pretende relacionar un elemento teórico propio del quehacer de Enfermería como lo es la Teoría General de Autocuidado de D. Orem y su aplicabilidad a un grupo de personas estudiantes.

La metodología utilizada para el desarrollo de la fase investigativa es cualitativa, basada en una población estudiantil que habita en las residencias estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede Occidente, Recinto San Ramón.

La necesidad de indagar sobre esa temática surgió a raíz de los resultados encontrados en la investigación llevada a cabo por Fernández y Meza (2015), quienes concluyen que los estudiantes de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede Occidente poseen una agencia de autocuidado regular, por lo que fue necesario conocer a cerca del conocimiento y prácticas de los estudiantes¹ residentes que influyen en su autocuidado.

Por consiguiente, se eligió como método de recolección de información la entrevista semiestructurada a aplicar a las personas participantes, ahora bien, la información fue analizada por medio de la metodología de triangulación de la información tales como: teorías y datos utilizando la información obtenida a raíz de las entrevistas

semiestructuradas, la teorizante de D. Orem (1983), el criterio de un grupo de expertos en la temática y los aportes de las investigadoras

Capítulo I

1. Justificación

El autocuidado debe ser concebido como un componente inherente del ser humano porque la persona tiende de manera natural a cuidar de sí mismo lo que se refleja en sus prácticas, las cuales se ven mediadas por el conocimiento que posee el individuo; no obstante, el autocuidado como un determinante de la salud de la persona debe ser visto desde enfermería como la responsabilidad individual de mantenerla.

El autocuidado es definido por Orem (1983) como “la práctica de actividades que las personas inician y hacen por sí para el mantenimiento de la vida, salud y bienestar, partiendo de que generalmente los adultos se cuidan voluntariamente” (p. 55); es decir, los individuos son los responsables de las decisiones tomadas durante el transcurso de su vida, por lo tanto, toda elección favorable o no es producto del conocimiento y prácticas ejercidas con una finalidad.

Dicha práctica tiene como objetivo favorecer el desarrollo de la persona en los aspectos de la salud, físico, social, psicológico y espiritual, así como la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano, tales como el sueño, la alimentación, la higiene, entre otros.

De igual manera, no se considera algo estático, debido a que es llevado a cabo por la persona y esta, como ser integral, se encuentra expuesta a constantes cambios, puesto que el autocuidado es visto como un proceso dinámico, por medio del cual el ser humano realiza las acciones para satisfacer sus necesidades. Por tanto, realizado de manera efectiva trae resultados positivos a la salud de la persona mas, ejercido de forma ineficaz,

puede resultar perjudicial para la salud del individuo, ya sea a corto, mediano o largo plazo. También, es un proceso dinámico modulado por el contexto y las etapas de la vida del ser humano, como la expresa Orem (1983) mediante el desarrollo de prácticas y toma de decisiones según el criterio de la persona.

En relación con lo anterior, Orem (1983), plantea que los factores individuales de edad, estado de desarrollo y salud determinan la amplitud de actividades de autocuidado que puede hacer una persona. Además, el patrón establecido de cada adulto para responder estímulos externos e internos, afectarán las decisiones y otras acciones que tienen relación con el autocuidado. Los valores y metas de los adultos también afectan la selección y realización de acciones de autocuidado de la salud y la enfermedad (p.55).

De esta forma, las personas ejercen su autocuidado considerando una serie de aspectos individuales pertenecientes a la etapa de vida en la que se encuentran, así como los mecanismos de adaptación encontrados por el sujeto para afrontar los estímulos recibidos del ambiente en el momento. Dichas acciones dependen de la afinidad en cuanto a sus creencias y valores, así como de su conocimiento, que se traducen en la práctica del autocuidado.

El ciclo vital, está formado por una serie de etapas según el desarrollo de la persona, de las que cada una implica retos y situaciones que requieren ser completadas para que el individuo pueda cumplir con las expectativas correspondientes al desarrollo. Específicamente, al periodo entre la adolescencia y la edad adulta, es determinado por la transición de roles: al respecto Kail y Cavanaugh (2011) mencionan que “el criterio más

ampliamente utilizado para decidir si una persona ha alcanzado la edad adulta se refiere a las transiciones de roles, mismas que tienen que ver con asumir nuevas responsabilidades y obligaciones” (p. 359). En dicha etapa la persona debe lidiar con un nivel mayor de responsabilidad y -socialmente- se espera más del individuo, por lo que en este punto debe decidir, enfrentar, asumir, o postergar el reto, lo cual requiere integrar las capacidades y herramientas con las que cuenta el ser humano.

Considerando lo anterior, el ingreso a un sistema de Educación Superior representa una condición que marca un hito en el desarrollo del ser humano, un evento que da inicio a la materialización del proyecto de vida, por ello para los jóvenes en transición de la adolescencia a la edad adulta, la exposición a un nuevo ambiente educativo o de trabajo, en ocasiones lejos del hogar de la niñez, ofrece la oportunidad de afinar habilidades, cuestionar suposiciones mantenidas durante mucho tiempo y probar nuevas formas de ver el mundo. Para el número creciente de estudiantes de edad no tradicional, la educación en la universidad o el lugar de trabajo presenta la oportunidad de reavivar la curiosidad intelectual, mejorar las oportunidades de empleo y aumentar las habilidades de trabajo (Papalia, Wendkos, Duskin y Gross, 2011. p. 535).

En cuanto a lo mencionado, Papalia, Wendkos, Duskin y Gross (2011), señalan que la integración al ambiente universitario posibilita el crecimiento personal; sin embargo, el desplazamiento del hogar familiar al centro educativo resulta de una decisión voluntaria desde la cual la persona se responsabiliza de su autocuidado, asumiendo el rol de agente de cuidado que gestiona aspectos como alimentación, horas de sueño, recreación,

asistencia en el proceso salud-enfermedad y la administración de los recursos económicos.

Ante esa realidad, Orem (1983), refiere que “en la sociedad moderna, se espera que los adultos sean autosuficientes y responsables de sí y del bienestar de los que dependen de ellos” (p.18). Principalmente, porque se da la separación de la tutela paterna, lo que podrían mantenerse o cambiar los conocimientos y prácticas de autocuidado adquiridos en el hogar.

Otro aspecto por considerar en el contexto universitario es la interacción social con grupos diferentes al ambiente familiar y académico, lo cual implica el compartir momentos recreativos en los que los universitarios crean sus propios rituales de iniciación, como el consumo de alcohol o la integración a ciertas organizaciones. En el caso de los universitarios según Kail & Cavanaugh (2011), la ausencia de rituales claramente definidos obstaculiza la demostración de un indicador del paso de la adolescencia a la edad adulta. Aunque la tendencia es considerar la independencia respecto de los padres, la solvencia económica y la participación en relaciones sexuales como signos de adopción de roles adultos, los patrones individuales son extremadamente diversos.

Ahora bien, en cuanto a las repercusiones que se pueden evidenciar a corto y mediano plazo sobre la salud y el desarrollo de la persona, una vez que inician estudios universitarios se detecta una baja en el rendimiento académico, según Assaad, Costanian, Haddad y Tannous (2014), quienes atribuyen a la gran presión psicológica, sustentada en

el cambio en las carreras de mercado y un aumento de la competencia laboral que genera el estrés y la ansiedad.

Una consecuencia a mediano plazo corresponde a temas de salud, debido al estrés producido por las exigencias académicas, respecto de lo que Ticona, Paucar y Llerena (2010), exponen que

esta situación genera un grado de atención importante con consecuencias que modifican sus estilos de vida según se acerca el periodo de exámenes, convirtiéndose así sus hábitos en insalubres, lo que, a la larga, puede llevar a la aparición de trastornos de salud como gastritis, cefaleas, etc. (p.12)

Aparte de lo mencionado, es importante destacar que las exigencias académicas influyen en la rutina diaria del estudiante inmerso en el sistema de Educación Superior, lo que afecta directamente sus prácticas de autocuidado y ocasiona manifestaciones físicas en la persona, debido a que estas se van sumando durante todo el ciclo lectivo y que -a largo plazo- pueden convertirse en un problema para la salud. Al respecto, Gutiérrez et al. (2010), indican que

las condiciones de la salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad pueden verse afectadas en la medida en que las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas plantean situaciones de fracaso o éxito, que acompañadas con el ritmo de estudio, la intensidad horaria, la exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, los cambios en los horarios de

alimentación y los cambios en el ciclo sueño-vigilia, pueden alterar esas condiciones de salud. (p.8)

Además, los autores mencionan que el nivel de estrés experimentado por los estudiantes universitarios en periodo lectivo, aunado a los antecedentes personales y familiares, representa un factor desencadenante para la aparición de trastornos depresivos, condiciones que afectan a mediano plazo la calidad de vida y la salud mental de la población.

En torno a las consecuencias por las decisiones de la población universitaria sobre las prácticas de autocuidado, a largo plazo se evidencia que la inactividad física no solo contribuye a agravar las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), sino que puede predisponer a enfermedades mentales, la aparición de estrés, un menor rendimiento escolar e, incluso, afectar negativamente la interacción interpersonal (Organización Panamericana de la Salud, 2006) entre otras que afectan el desarrollo y la calidad de vida del individuo.

En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2010, afirmó que las enfermedades no trasmisibles representan la principal causa de mortalidad en la población adulta en general en todo el mundo. Además, estableció que “de los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones -casi dos terceras partes- se debieron a ECNT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas” (OMS, 2010, p. 5).

En el caso de la población costarricense, según datos de la Organización Mundial de la Salud (2014), durante el 2012 en el rango de edad comprendida entre los 18 y 65 años se presentaron 392 muertes por cada 100 000 habitantes, debido a patologías crónicas no trasmisibles. A partir de estos indicadores es posible establecer la alta mortalidad por enfermedades crónicas no trasmisibles en la población costarricense, motivo por el que es de suma importancia favorecer el desarrollo de medidas y estrategias que promuevan un mayor autocuidado, en especial en la población adulta joven, con el objetivo de disminuir la incidencia de estas enfermedades.

En torno al tema, Sánchez, Álvarez, Flores, Arias y Saucedo (2013), explican que la incidencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles se ha acrecentado en la población adulta joven y que además se ha visto una relación directa entre el inicio de los estudios en Educación Superior y la aparición de este tipo de patologías.

A nivel nacional se ha evidenciado que las poblaciones universitarias implementan prácticas inadecuadas referentes al autocuidado, las cuales pueden afectar a futuro la salud y la calidad de vida de estos grupos estudiantiles. Al respecto, Fernández y Meza (2015) mencionan que la población universitaria de las residencias estudiantiles en la Universidad de Costa Rica, Sede Occidente, practica una agencia de autocuidado regular.

Por su parte, Loría (2014) destaca que a pesar de que la mayoría de los estudiantes (tanto hombres como mujeres) reportan índices de masa corporal (IMC) dentro del rango normal, los estilos de vida sedentarios y el tiempo de permanencia en la universidad

representan un riesgo importante para el aumento de estos valores a niveles de sobrepeso u obesidad.

Las investigaciones mencionadas permiten conocer aspectos sobre las características de población en estudio, inclusive, de la agencia de autocuidado. No obstante, se requiere explorar el conocimiento y las prácticas de autocuidado que posee este grupo estudiantil del Programa de Residencias de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón.

Por consiguiente, a partir de los resultados de dicha investigación esta población podría ser abordada por un profesional de enfermería, como lo menciona Orem (1983), desde el sistema sustentador educativo, ya que “el usuario puede realizar medidas de cuidado de sí, pero requiere dirección, por lo que el rol de enfermero es como apoyo o consultor dentro del ambiente donde se encuentra inmerso el usuario con el objetivo de mejorar su calidad de vida” (p.135).

A partir de la situación señalada, se plantea el siguiente estudio desde la enfermería, debido al conocimiento teórico y práctico de este profesional, con el propósito de caracterizar sociodemográficamente a esta población, así como determinar el conocimiento y prácticas de autocuidado de los estudiantes que integran el Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón. Esta investigación podría orientar y guiar la ejecución de una posible intervención de enfermería en el futuro.

Vale destacar que la principal herramienta que posee la disciplina profesional de enfermería es el proceso de atención de enfermería, definido por Gonzales (2011) como la “aplicación del método científico en la práctica existencial que nos permite a los profesionales de enfermería, prestar cuidados que se nos demandan, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática” (p. 18).

Por otra parte, realizar el presente estudio enriquece el acervo de la disciplina profesional de enfermería, puesto que, como señala Quintero (2005), por medio de la investigación se construye el conocimiento. Se realiza una recopilación de información a través de una entrevista semiestructurada para analizar el conocimiento y prácticas de autocuidado, con el fin de analizar la situación de la población participante.

Además, el proceso investigativo fomenta el desarrollo de criterio a través del uso del conocimiento teórico que ha permitido el desarrollo de la disciplina profesional de enfermería, tal es el caso de la teoría generada por Orem. La cual representa la visión y marco de acción de enfermería de este estudio y permite conocer de manera concreta el conocimiento y prácticas que posee el estudiantado residente, con el fin de brindar una perspectiva clara de la población a las entidades a cargo para que intervengan en aquellos aspectos que podrían afectar negativamente la salud de las personas y mejorar la calidad de vida del grupo en estudio.

El desarrollo de esta investigación contribuye al enriquecimiento del saber de enfermería ya que, como lo menciona Durán (2005), “la investigación científica es el método por excelencia para la producción de conocimiento empírico, debido a que la naturaleza de la

práctica de enfermería, orientada por metas concretas, requiere la prueba teórica como método de desarrollo fundamental” (p. 91). Es decir, por medio del desarrollo de la investigación científica se obtiene el conocimiento para el quehacer de la disciplina profesional de enfermería, por tanto, los estudios científicos constituyen un pilar para el enriquecimiento y mejoramiento del saber y de la práctica profesional de enfermería.

En torno a lo mencionado, es esencial indicar que dentro de los ejes de acción de la enfermería se encuentra la investigación, lo que permite a los estudiantes de esta disciplina enriquecer su conocimiento y formación académica: en este Seminario de graduación, las estudiantes de enfermería desarrollan habilidades que les permitirán enriquecer su práctica profesional puesto que, al intervenir indagando, pueden ampliar el marco de conocimientos y pensamiento crítico desde el que logran un mejor desempeño profesional a futuro y brindan atención de calidad a las personas a quienes presten su servicio.

Finalmente, con base en este marco general, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el conocimiento y las prácticas de autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el año 2017?

1.1 Tema

Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el año 2017.

Con la finalidad de desarrollar la temática seleccionada, es necesario establecer objetivos claros que determinen el rumbo del actual Seminario, por lo que se planteó objetivos generales y específicos que demarcan las principales acciones para cumplir con lo propuesto en este trabajo.

1.2 Objetivo general

Analizar el conocimiento y las prácticas de autocuidado en los estudiantes del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el año 2017.

1.3 Objetivos específicos

1. Identificar el perfil sociodemográfico de los estudiantes del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto San Ramón, durante el año 2017.
2. Determinar el conocimiento del estudiantado acerca del autocuidado.
3. Describir las prácticas del estudiantado acerca del autocuidado.
4. Reflexionar acerca del conocimiento y prácticas de autocuidado de los estudiantes.

1.4 Antecedentes

Con la finalidad de conocer el estado de la cuestión sobre la temática, y vinculado a los objetivos planteados, así como la metodología y los hallazgos de los estudios realizados, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de material con carácter científico, publicado en

el periodo comprendido de 2011 a 2017. Cabe destacar que los hallazgos de este apartado se dividen en internacionales y nacionales que se exponen de manera cronológica.

1.4.1 Antecedentes internacionales

En el 2012 en San Luís Potosí (México), Rocha et al. desarrollaron la investigación *Agencia de Autocuidado en alumnos de nuevo ingreso en la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media*, la cual se enmarca en el paradigma cuantitativo, corresponde a un diseño descriptivo de corte transversal con una población total de 281 estudiantes de primer ingreso de diferentes carreras con una edad promedio entre los 16 y los 34 años.

Los investigadores se plantearon como principal objetivo “determinar la agencia de autocuidado en los estudiantes de nuevo ingreso en la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media”. Al concluir, determinaron que -a pesar de que el estudiantado posee los conocimientos para cuidarse- muestra un déficit de autocuidado. Además, los autores mencionan que los participantes experimentan cierta satisfacción con la manera en la cual gestionan el autocuidado. Finalmente, establecen que la educación debe ser un proceso permanente con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

En el 2013, en Hidalgo, México, Sánchez et al., llevaron a cabo el estudio *El reto del estudiante universitario ante su adaptación y autocuidado como estrategia para disminuir problemas crónicos degenerativos*, desarrollado mediante una búsqueda

minuciosa de material bibliográfico, por lo tanto, se empleó el análisis y la síntesis como herramientas metodológicas.

Los investigadores indican que los problemas crónicos degenerativos se presentan actualmente en personas muy jóvenes, por tanto, es de vital importancia monitorear en el estudiantado la presencia de cualquiera de las manifestaciones descritas para implementar estrategias que disminuyan las cargas de estrés, favorecer una mejor adaptación a la universidad y eliminar factores de riesgo que pueden llevarlos a presentar cuadros hipertensivos, gástricos o, inclusive, ser el origen de problemas crónicos como la diabetes, obesidad e hipertensión, razón por la que es necesaria una pronta adaptación y autocuidado.

Como conclusión, se determina que al ingresar a la universidad la persona rompe con la tutela familiar por lo que el autocuidado depende únicamente de las habilidades del individuo, es decir, la probabilidad de presentar enfermedades crónicas está ligada a la capacidad de cuidar de sí.

Por otro lado, también en el 2013, Báez, Zenteno, Flores y Rugerio, en Puebla, México realizaron el estudio *Capacidades, acciones de autocuidado e indicadores de salud en adultos jóvenes universitarios de enfermería*, cuyo objetivo principal fue “identificar la relación de las capacidades y acciones de autocuidado con indicadores de salud: colesterol total, triglicéridos, glucemia capilar en ayunas, índice de masa corporal, circunferencia cintura y presión arterial, en un grupo de adultos jóvenes universitarios”.

Las principales conclusiones se refieren a que la población estudiantil universitaria posee los conocimientos suficientes como para emplear conductas y prácticas propias de autocuidado; sin embargo, no llevan a cabo uno eficiente. Por último, la relación de los conceptos de autocuidado con los indicadores de salud evidencia la necesidad de desarrollar más investigaciones sobre el fenómeno de estudio.

Otro estudio fue *Estilos de autocuidado de estudiantes de enfermería en el contexto universitario: un análisis desde la teoría de Dorotea Orem, Chiclayo, Perú* (2013), de Rueda y Gálvez, cuyo enfoque fue cualitativo. El objetivo fue “caracterizar, analizar y discutir los estilos de autocuidado de estudiantes de Enfermería de la Universidad de San Martín de Porres-Filial Norte, en Chiclayo 2013”, a partir de la teoría de Orem. Al respecto, se encontró que las estudiantes de enfermería, en su proceso de adaptación a la vida universitaria, realizan ciertas prácticas que no favorecen el autocuidado tales como el consumo de alimentos de alto nivel calórico, alteración de horas de sueño, problemas de estrés y poco tiempo para la comunicación familiar (Rueda y Gálvez, 2013, p.252).

Además, las investigadoras determinaron que conforme los estudiantes de enfermería avanzan en su carrera, la planificación de las labores académicas y el autocuidado mejoran, debido al bagaje de conocimiento teórico adquirido durante el proceso de formación académica.

Ese mismo año en Colombia, Escobar y Pico publican *Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011*, investigación en la que se planteó como objetivo general “describir algunas características de las prácticas de autocuidado de la salud en

jóvenes universitarios”. En dicho estudio se obtuvo como hallazgo que las prácticas de autocuidado de la salud fueron saludables según la puntuación establecida en la metodología implementada para la dimensión de autocuidado de la salud. Se plantea la necesidad de educar a los jóvenes universitarios para su autocuidado como parte del proceso de la formación integral (Escobar y Pico, 2013, p. 187).

En el año 2013, Rodríguez, Jordán, Olvera y Medina, en Nayarit, México, realizaron el trabajo *Formación profesional y desarrollo de capacidades en estudiantes de Licenciatura en Enfermería*, un estudio correlacional transversal, con un total de 90 personas estudiantes de la carrera de Enfermería. El objetivo principal de este proyecto respondió a la necesidad de medir la relación entre el grado de formación profesional y el desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de licenciatura en enfermería.

Al concluir el estudio, los autores establecen que el estudiantado de enfermería está consciente de la importancia del autocuidado de su salud y su impacto en el desempeño de la práctica profesional de enfermería. De igual forma, existen situaciones que limitan el gestionar adecuadamente su autocuidado, tales como el abandono del hogar para desplazarse a la universidad, el nivel socioeconómico, así como asumir las exigencias propias de la carrera que impide a los participantes.

También en el 2013, en Querétaro, México, en *Acciones de autocuidado en aspectos alimentarios en relación con la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la licenciatura en Enfermería*, Silva se propuso como objetivo principal “determinar la diferencia entre las acciones de autocuidado respecto al aporte de alimentos suficientes y

la percepción de la imagen corporal en estudiantes de licenciatura de enfermería”. Las principales conclusiones del estudio muestran que la población masculina posee una mayor proporción de deficiencia en cuanto a acciones propias de autocuidado; además, mediante el uso de índice de masa corporal (IMC) se identificó ocho estudiantes con obesidad; sin embargo, se evidenció disposición para cambiar ciertos hábitos a fin de mejorar el estado nutricional.

Teleman, Waure, Soffiani, Poscia y Di Pietro (2015), publican *Los hábitos nutricionales en los estudiantes universitarios italianos*, en el que analizaron los datos recogidos de los estudiantes universitarios italianos en relación con el consumo de frutas, verduras, comidas rápidas, dulces, bebidas energizantes, y el café, el número medio de episodios de comida por día y la regularidad de hábitos de desayuno.

Se demostró que el consumo de las frutas y verduras por día es relativamente bajo, ya que “un 44% de la población de estudiantes universitarios se come media porción de 1 fruta al día [...], mientras que un 11.3% consume cantidades excesivas de cafeína” (2015, p. 99). Por otra parte, las mujeres son quienes consumen más frutas y verduras según lo recomendado, mientras que el grupo etario de 25 - 30 años consumía mayor cantidad de café, en comparación con los estudiantes universitarios de 18 - 21 años.

Los autores recomiendan intervenciones centradas en la prevención de las enfermedades crónicas, mediante estrategias educativas como boletines y medios digitales de comunicación que puedan aumentar la eficacia del consumo de las frutas y de verduras entre los estudiantes universitarios, así como la mejora en sus hábitos alimenticios.

También, en el año 2016, en Colombia, Rodríguez, Restrepo y Deossa realizaron el estudio *Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios de Medellín-Colombia*, en el que se plantea como objetivo “evaluar los conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio de estudiantes universitarios y la relación de factores como sexo y nivel socioeconómico”. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 210 hombres y 210 mujeres.

En esta investigación es importante destacar como hallazgo “que la percepción de los estudiantes, sobre sus hábitos alimenticios y la actividad física es regular o mala” (Rodríguez, Restrepo y Deossa, 2016, p. 50). Además, los investigadores señalan que las mujeres presentan mayor conocimiento sobre algunos hábitos de salud que constituyen parte del autocuidado en comparación con los hombres, así como respecto de las personas de estratos sociales altos en relación con las personas de estratos más bajos.

Al analizar los resultados de las investigaciones antes descritas es posible establecer que la temática de autocuidado en poblaciones estudiantiles universitarias ha sido estudiada, sin embargo, existe un común denominador: las personas poseen conocimiento sobre la temática, no obstante, la práctica de acciones para mejorar el autocuidado no corresponde al acervo intelectual con el que cuentan. Además, las mujeres son el grupo poblacional que presenta mayor conocimiento y prácticas sobre el autocuidado.

1.4.2 Antecedentes nacionales

A continuación, se presenta los antecedentes sobre conocimientos y prácticas de autocuidado en universitarios costarricenses, tema sobre el que las publicaciones disponibles son limitadas.

En 2013, Duarte y Anderson realizaron una intervención desde enfermería, denominada *Programa de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida de atletas universitarios*, la cual corresponde a un estudio de tipo descriptivo-exploratorio en primera fase. La población total fue de 40 estudiantes deportistas de diferentes disciplinas con edades entre los 17 y 30 años. El principal objetivo del estudio fue “desarrollar un programa de enfermería para la promoción de autocuidado en los y las deportistas de la Asociación Deportiva Universitario durante el año 2012”.

Las investigadoras concluyen que el desarrollo de programas para el autocuidado favorece la prevención del déficit y refuerza los hábitos positivos de autocuidado, al brindar educación, orientación y acompañamiento, de manera que el abordaje interactivo y práctico, con temáticas variadas, estimule el proceso de aprendizaje y el aprovechamiento y propicie las relaciones interpersonales, tanto entre los compañeros del equipo, como entre el equipo y su respectivo cuerpo técnico.

El estudio destaca la importancia de contribuir con el desarrollo de estrategias para propiciar el autocuidado desde enfermería, a partir de un enfoque integral y holístico propio de la disciplina.

Otra investigación referente a conocimientos y prácticas de autocuidado es la desarrollada por Loría, *Caracterización de los estilos de vida, nivel de actividad física y prevalencia de obesidad en la población estudiantil de la Sede de Occidente de la Universidad de Costa Rica: aporte para un plan de intervención* (2014). Dicho estudio describe y analiza la situación de los estudiantes y desarrolla programas de forma teórica que mejoran la calidad de vida de los estudiantes en su transición universitaria.

La investigación constó de tres etapas; en la primera se desarrolla el plan de acción con apoyo de las autoridades de la institución y se caracterizó los estilos de vida, nivel de actividad física y prevalencia de obesidad de los universitarios con una muestra de 590 sujetos (n=260 hombre, n=330 mujeres) de 25 diferentes carreras universitarias. Dicho antecedente muestra cómo los hábitos de los jóvenes se relacionan con los días de la semana; no obstante, este estudio no esclarece qué hábitos son exclusivos de los universitarios participantes del Programa de Residencias estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente. De acuerdo con el análisis del trabajo, “se encontró que el domingo es el día cuando los sujetos tienen en promedio, mayor tiempo libre que los otros días de la semana” (Loría, 2014, p. 45).

Durante el año 2014, Gonzales, Loría, Ugalde y Villalobos desarrollaron el estudio *Validación de contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación y Agencia de Autocuidado (ASA) para el grupo etario adolescentes en Costa Rica*. Este estudio es de tipo no experimental de carácter descriptivo y transversal. El objetivo principal responde a la necesidad de verificar la validez de apariencia, contenido y la consistencia interna de la Escala ASA segunda versión para Costa Rica en población adolescente.

Al concluir, se determinó que la aplicación de la Escala ASA permite evaluar la agencia de autocuidado en la población adolescente que atraviesa procesos de enfermedad, así como en los adolescentes sanos.

Luego, está el trabajo de Fernández y Meza, *Análisis de la apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado en la población adulta joven residente de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, mediante la escala de ASA en el año 2015*, el cual se abordó metodológicamente desde el enfoque cuantitativo, con un diseño transaccional y de tipo descriptivo-exploratorio; la muestra fue constituida por 94 personas: 41 hombres y 53 mujeres.

Entre los principales resultados se identificó una capacidad de agencia de autocuidado dominante en la categoría de regular para la población general, así como por sexo y año universitario. Asimismo, se evidenció problemáticas relacionadas con el mantenimiento de actividades como la alimentación, el sueño, el descanso, la actividad física y la limitación de actividades de riesgo para el bienestar, tal como la automedicación.

Entre las conclusiones se obtuvo que la mayoría de los participantes no realizan cambios en los hábitos alimenticios con el fin de mantener un peso adecuado. Asimismo, a esa población se le dificulta tomar decisiones y llevar a cabo acciones de autocuidado en relación con el equilibrio del descanso – actividad (Fernández y Meza, 2015, p. 147)

En el año 2016, Jiménez y Hernández desarrollaron la investigación *Actividad física y otros hábitos de vida de estudiantes de medicina de la Universidad de Costa Rica*, de tipo transaccional con los estudiantes de primero a quinto año de la carrera del bachillerato en ciencias médicas y licenciatura en medicina y cirugía de la Universidad de Costa Rica, durante el segundo curso lectivo 2014 (agosto a diciembre). Como objetivo principal se planteó determinar si, como médicas y médicos en formación, las y los estudiantes de medicina de la Universidad de Costa Rica cumplen con las recomendaciones nacionales e internacionales en componentes claves de un estilo de vida saludable.

Como principal hallazgo, se concluyó que existe una alta prevalencia de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes de medicina de la Universidad de Costa Rica (52.91 %), contrario a la prevalencia de tabaquismo que es baja (3.39 %). El consumo diario de frutas y vegetales es estadísticamente mayor a las recomendaciones nacionales e internacionales, mientras que el consumo diario de legumbres y verduras harinosas se ajusta a los requerimientos mínimos. A pesar de lo anterior, un alto porcentaje (40%) de los sujetos no realizaba ejercicio físico diariamente y, entre quienes sí lo hacían, el 68.93 % dedicaba en promedio solamente 7.78 minutos diarios a dicha actividad.

A nivel nacional, según los estudios recopilados en este apartado es posible mencionar que en general las prácticas de autocuidado de la población estudiantil resultan insuficientes para gestionar su autocuidado, lo cual representa un factor de riesgo para la salud de los individuos, dado que aumenta la probabilidad de presentar enfermedades crónicas no transmisibles.

Ahora bien, el presente Seminario de graduación permite acrecentar el conocimiento existente sobre la temática y de esta manera enriquecer el saber de la disciplina de enfermería ya que, si bien es cierto existen investigaciones nacionales e internacionales que relacionan el autocuidado con poblaciones universitarias, en el país existen escasas investigaciones respecto al conocimiento y prácticas de autocuidado de esta población específica.

Por último, es importante recalcar que existen diferentes estudios acerca de la manera en la cual los estudiantes universitarios gestionan su autocuidado, sin embargo, no son concisos en cuanto a cuáles son las prácticas de autocuidado y, por ende, las necesidades de la población estudiantil, motivo por el cual esta investigación pretende ahondar sobre las características y situaciones referentes al autocuidado en los estudiantes de residencias de la Universidad de Costa Rica, Recinto de San Ramón.

Capítulo II

2. Marco referencial

2.1 Marco teórico

En este apartado se plantea la fundamentación teórica necesaria para comprender la temática sobre el conocimiento y prácticas de autocuidado de las personas adultas jóvenes desde el modelo conceptual de Dorothea Orem. Dicha información respalda la investigación a partir de principios científicos, además de que dota de veracidad el análisis de la información.

Dorothea Orem propone la Teoría General de Enfermería, la cual brinda una visión de la disciplina profesional y su metaparadigma, sobre la cual afirma que “se puede establecer por adelantado la existencia de relaciones entre acontecimientos, desde qué condiciones y relaciones deben ser deliberadamente efectuadas para asegurar que los sucesos permanezcan dentro de las escalas deseadas” (Orem, 1983, p. 44).

Lo anterior significa que la teoría permite a los profesionales de enfermería realizar cambios en sus acciones para ajustarse a la variedad de necesidades de cada individuo y asociar los acontecimientos con los impactos que traen en la persona. A su vez, las teorías fomentan el crecimiento de la disciplina, como el respaldo ante su campo de acción y futura investigación. En relación con lo anterior, cabe resaltar que, al tratarse la enfermería de una disciplina concreta, cuenta con una base de fundamentos teóricos que le permiten constituirse en ciencia como tal.

Además, como todas las disciplinas, enfermería tiene un eje central de acción, basado en teorizantes que permiten centrarse en temas de interés, tal es el caso de la Teoría General de Enfermería de Orem que propone el autocuidado como tema principal, visto y puesto en práctica desde enfermería.

Sobre la teoría, Orem (1983), expone que

La enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración de modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos (p.19).

Lo anterior, implica realizar acciones que fortalezcan la continuidad de la salud en la persona mediante su propio autocuidado, al brindarle una educación que le permita ejercer su cuidado sin la necesidad de depender de otra persona. No obstante, para el desarrollo de la práctica profesional de enfermería es necesario que sea llevada a cabo de manera sistemática, máxime considerando que es una disciplina profesional que se encarga del cuidado de la persona.

Al hablar del autocuidado, es necesario identificar la existencia de diferentes sistemas de enfermería que estructuran el desarrollo del quehacer enfermero, debido a que las

acciones tienen dos orientaciones [...] la capacidad de participar eficaz y continuamente en el autocuidado y la satisfacción continua y eficaz de los

requisitos presentes de autocuidado de otros en caso de déficits de autocuidado derivados de la salud o relación con ella (Orem, 1983, p. 123).

Por lo anterior, desde la enfermería se espera tener una participación efectiva y continua en el autocuidado de otros que satisfaga las necesidades de aquellas personas que reciben el cuidado de la enfermera o el enfermero lo cual significa, como bien lo menciona Orem (1983), la organización de un sinnúmero de acciones ejercidas por el profesional enfermero, consideradas un sistema de enfermería. Del mismo modo, “los productos” que las enfermeras hacen para los pacientes, pueden ser entendidos como sistemas de acción hechos a partir de las contribuciones de las enfermeras con o sin la colaboración de sus pacientes” (Orem, 1983, p. 123), en otras palabras, las acciones de enfermería deben ser llevadas a cabo con un objetivo ya sea a partir de la colaboración de la persona que requiere el cuidado o sin esta, al punto de que el desempeño de la enfermera se considera un sistema.

De la misma manera, Orem (1983), esclarece que cada una de aquellas acciones que se llevan a cabo para satisfacer una necesidad de autocuidado en el ser humano forman parte de un conjunto llamado *sistema de acciones* que, a su vez, constituyen una unidad específica y se desarrollan con un objetivo.

De igual forma, Orem (1983), menciona que los sistemas de enfermería deben ser vistos en tres dimensiones que incluyen los sistemas sociales, interpersonales y tecnológicos, porque es imposible aislar al individuo, su necesidad y verlo como dos unidades, debido a que es un ser biopsicosocioespiritual, por consiguiente, es necesaria “la naturaleza

tridimensional de los sistemas de enfermería como un grupo jerárquico de sistemas que se entrelazan” (Orem, 1983, p. 124), para alcanzar un objetivo guiado por el conocimiento de enfermería que se encarga de analizar y entender las diferentes situaciones de enfermería y su relación con la persona.

Orem (1983), establece que los sistemas de enfermería están compuestos por la enfermera, el paciente y los eventos derivados de la interacción entre ambos, así se constituye el metaparadigma de enfermería y es la base sobre la cual se desarrolla todo el quehacer enfermero como un sistema. En este caso, los sistemas de enfermería poseen un diseño básico que, como lo menciona Orem es un sistema de ayuda al paciente, el cual va a depender de manera directa de las situaciones de enfermería con base en las necesidades de la persona y los roles que deba desempeñar la enfermera.

De modo que los métodos de ayuda de enfermería según la teorizante D. Orem pueden ser

1. Haciendo por o actuando por otro, desde el que la enfermera tiene el papel de actuar en el lugar del paciente para satisfacer sus necesidades, mientras que el paciente es un receptor del cuidado.
2. Guiando y dirigiendo a otro, en el que la enfermera desempeña un papel de educadora en el que suministra información concreta y tecnológica a la persona, referente al autocuidado, mientras el ser humano es receptor, procesador de la información y ejecutor de acciones.

3. Proporcionando apoyo físico, de forma que la enfermera actúa como colaboradora en la realización de acciones de autocuidado y la persona es ejecutora de acciones para satisfacer sus requisitos de autocuidado.
4. Proporcionando apoyo psicológico, puesto que el personal de enfermería es un oyente, prestador de atención y la persona enfrenta y resuelve las situaciones.
5. Proporcionando un ambiente que apoye el desarrollo, en tanto la enfermera provee y regula las condiciones ambientales esenciales y es alguien importante para la persona, quien se enfrenta a vivir en un ambiente que la apoya y promueve su desarrollo personal (Orem, 1983, p.87).

Basados en estos cinco diseños de métodos de ayuda, se desarrolla los diferentes sistemas de enfermería, los cuales se llevan a cabo desde las siguientes tres condiciones (Orem, 1983):

1. El paciente tiene limitaciones fisiológicas o psicosociales de movimientos controlados en la realización del autocuidado necesario.
2. El paciente tiene un requisito de autocuidado de limitar su desgaste de energía debido a su estado de salud.
3. El paciente carece de conocimientos o habilidades, o no está preparado psicológicamente para realizar acciones de autocuidado que necesitan movimientos controlados que hay que hacer solo una vez o continuamente durante algún periodo (p.129).

Lo mencionado significa que, al escoger un sistema de enfermería, el personal de enfermería basado debe considerar esas tres condiciones porque de estas van a depender las acciones que deba planear y ejecutar, así se constituye el sistema que sea óptimo para satisfacer las necesidades de la persona.

Para continuar y mejorar su condición de salud, es imprescindible que las personas adultas ejerzan su propio autocuidado de una manera efectiva con el conocimiento y prácticas que permitan mantener una calidad de vida óptima, entendiendo el autocuidado como

el cuidado que se hace uno mismo dirigido hacia él, cuando ha llegado a un estado de madurez que le permite tomar iniciativas de modo continuo, controlado y eficaz y útil. [...]. Es la contribución constante de un adulto a su propia vida, salud y bienestar continuo. [...], es la acción que tiene un modelo y un desarrollo y, cuando se hace eficazmente, contribuye de forma específica a la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo humano (Orem, 1983, p. 53-55).

La suma de tales acciones contribuye a mejorar la calidad de vida y en la salud de la persona con el fin de se mantenga en el mayor tiempo posible sin problemas que resten capacidad en la vida de los individuos.

Por otra parte, Orem (1983), indica que la Teoría General de Enfermería está formada por estructuras teóricas como la *Teoría de Déficit de Autocuidado*, la cual plantea la ayuda y guía desde enfermería en grupos sociales que necesiten apoyo para identificar y reconocer factores que afectan la salud en la persona.

Entre su conceptualización teórica, Orem establece que la persona es un agente activo y dinámico en su proceso de salud-enfermedad, mediante la aplicación de acciones de autocuidado en la cotidianidad que repercuten directamente en la condición de salud del individuo.

Por lo tanto, Orem (1983), menciona que la persona establece acciones de autocuidado por costumbre o hábito y que el individuo no es consciente del papel que desempeña como agente de autocuidado, motivo por el que es necesario visibilizar la agencia de autocuidado que realizan para comprender los conocimientos que guían las prácticas que realizan y valorar sus capacidades de acuerdo con el autocuidado que practican. A su vez, la capacidad de autocuidado remite a una conducta innata del ser humano que posee un propósito claro: la conservación de la salud mediante el cumplimiento de los requisitos de autocuidado.

El autocuidado implica acciones que son implementadas por el individuo, Orem (1983), expresa que “el autocuidado tiene forma y contenido: su forma es la acción intencional y sus fases, la cual surge de un conjunto de capacidades humanas para la acción intencional” (p.112) es decir, el autocuidado es la manera como la persona emplea sus capacidades de forma intencional para cuidar de sí mismo.

A partir de lo expresado, es posible establecer que para realizar operaciones de autocuidado no se requiere únicamente la intención del individuo, sino de un conjunto de capacidades que posibilitan este fin, por ello Orem (1983), explica que el profesional de enfermería debe tener la destreza de reconocer las capacidades con las que cuenta cada

persona para llevar a cabo su autocuidado tomando en cuenta las etapas del desarrollo de los individuos, familias y comunidades.

En relación con lo anterior, el profesional de enfermería cuenta con los conocimientos teóricos, conceptuales y prácticos para identificar en la persona las capacidades de operación que presenta respecto del autocuidado, necesidades que según su condición serán abordadas por el profesional, quien motivará -en todo momento- la colaboración de la persona implicada y su familia.

Continuando con la Teoría de General de Autocuidado, cuenta con premisas definidas por Orem como “requisitos universales de autocuidado” que demuestran su nivel de trascendencia cultural y temporal en la cotidianidad. Al respecto, la autora aclara que están relacionados con los procesos vitales y con el mantenimiento de la integridad de la estructura humana y su funcionamiento.

Asimismo, están asociados a los procesos de desarrollo humano, las condiciones y acontecimientos que ocurren en varias etapas de vida y circunstancias que puedan afectar negativamente el desarrollo. Cuando hay una alteración de la salud, estos se vinculan a defectos genéticos y constitucionales o a alteraciones de la estructura y funcionamiento humano, a sus efectos, diagnósticos médicos y al tratamiento. Los requisitos universales de autocuidado según Orem (1983), son:

1. El mantenimiento de una ingesta suficiente de aire.
2. El mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.

3. El mantenimiento de una ingesta suficiente de comida.
4. La provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos.
5. El mantenimiento de equilibrio entre actividad y descanso.
6. El mantenimiento de equilibrio entre soledad y comunicación social.
7. La prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano.
8. La promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal (p. 63- 64).

Por otro lado, Orem (1983), determina que las prácticas, técnicas y el conocimiento sobre el autocuidado en muchos casos forman parte del conocimiento colectivo y son replicables a través de la historia, la familia y las condiciones sobre la salud, así como también representan un punto de aprendizaje.

Por lo anterior, toda práctica de autocuidado debe tener un claro objetivo desde el momento en que se ejecuta una acción planteada en función de la necesidad o una demanda experimentada por la persona, en la cual el profesional de enfermería debe realizar un proceso con la finalidad de que la persona sea capaz de identificar sus propios requerimientos de autocuidado.

Al respecto Orem (1983), expresa que “las capacidades del individuo de tomar parte en su autocuidado o en el cuidado de una persona dependiente está condición por la edad, el estado de desarrollo, las experiencias de su vida, su estatus sociocultural, su salud y sus recursos disponible” (p. 45). Es por este motivo que la persona llevaría a la práctica el

autocuidado considerando los factores de condicionamiento básico como elementos que determinan las acciones de autocuidado.

2.2 Marco conceptual

En este inciso se expone la fundamentación conceptual que establece una relación estrecha con la temática del conocimiento y prácticas sobre el autocuidado en la persona. Por consiguiente, es importante definir el grupo etario que participará en la investigación, para que el lector o lectora cuente con una noción más amplia de la población.

En distintas investigaciones se ha tratado de delimitar a la persona joven, incluyendo todas las características que la definen, por lo que Papalia (2011), agrega que

el adulto joven cuenta con una gran cantidad de características físicas que le confiere buen desempeño físico, de salud y de capacidades sensoriales desarrolladas, por consiguiente, le otorga un desempeño óptimo y múltiple de tareas cotidianas. Asimismo, este grupo poblacional cuenta con relaciones afectivas basadas en grupos pares, vinculados a periodos de estudio y de formación académica, así como a nivel laboral, por lo tanto, los criterios de sus grupos de interacción se vuelven fundamentales en su desempeño académico y/o laboral (p. 422).

Lo mencionado significa que la persona es considerada un individuo capaz de solventar todas las necesidades físicas, materiales y espirituales, que surjan en el transcurso de su vida, además posee las herramientas necesarias para comprender cualquier enseñanza de autocuidado pertinente que refuerce su independencia.

De igual manera, al investigar una etapa de la vida del ser humano es conveniente analizar la información desde una teoría de enfermería que pueda respaldar los datos extraídos a través de la implementación de la teoría válida y con fundamento científico: en este caso, la Teoría General de Enfermería presenta las características para comprender a fondo la aplicabilidad de la profesión en las acciones. Además, al conocer el eje de acción de enfermería es necesario conceptualizar qué se entiende por persona para ampliar y profundizar dicho significado en esta investigación. Al respecto, Jiménez, Ostiguín y Bermúdez (2009), definen *persona* como

una sustancia individual de naturaleza racional [...] se sintetiza naturaleza racional, cuerpo, alma o espíritu, características que forman la individualidad de cada ser, que ofrecen la posibilidad de darse cuenta de lo que desea y la conciencia de sí mismo, es lo que le hace elegir aquello que le aportará beneficio en su deseo de alcanzar el bienestar, es lo que le da libertad, aunque esa autonomía en la persona está influenciada por los valores que rigen su conducta en la sociedad (p.42 - 43).

Al ser la persona un ser racional, se puede orientar mediante la educación de métodos de autocuidado para promover la salud y prevenir la enfermedad, ya que el individuo es capaz de adoptar nuevas ideas para el autocuidado.

Dado que a través de su vida la persona enfrenta diferentes situaciones y estados de salud, es necesario ofrecer una definición de tal concepto el cual, según la Organización Mundial de la Salud, es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2014), lo mencionado es destacable, puesto

que permite concebir la salud como elemento multifactorial y no dependiente solo de la ausencia de una patología. De esta manera, al hablar de salud es preciso saber que un individuo puede tener ausencia de una enfermedad o patología como tal, pero no contar con una buena salud por la afección de otro aspecto, como el mental o social.

Oblitas (2004), citado por del Campo de la Colina y Mercado (s.f), la define como un estado de bienestar integral que trasciende lo biológico, debido a que la salud a ser un producto social se ve implicado por la concepción y la vivencia individual que tenga la persona de esta, tomando en cuenta que además es un proceso dinámico, es decir, la salud fluctúa entre bienestar y enfermedad.

Lo mencionado significa que la salud no solamente puede ser concebida desde la esfera biomédica, sino que engloba aspectos que se integran con el comportamiento y desarrollo humano.

Si bien es cierto que no se puede dar un concepto exacto de lo que significa salud, debe considerarse que no es únicamente la ausencia de una enfermedad, sino que esta engloba diferentes aspectos del ser humano durante su crecimiento y desarrollo. De igual forma, por su naturaleza, el ser humano presenta fases en las que su organismo es afectado hasta llevarlo a un estado de enfermedad que limita su funcionalidad e independencia, en el cual necesita reorganizar sus acciones para solventar las necesidades que presenta en el momento. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014), por *enfermedad* se entenderá “una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del

cuerpo, por causas -en general- conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, cuya evolución es más o menos previsible”.

Considerando lo anterior, el cambio requiere una prevención mediante la promoción del autocuidado, desde la que el individuo -a través sus propias características- pueda solventar la mayor parte de sus necesidades físicas durante el proceso de enfermedad. Las características de las prácticas de autocuidado van a estar influidas positiva o negativamente de acuerdo con las experiencias y situaciones previas que el individuo ha tenido que enfrentar: un aspecto relevante consiste en la dinámica y la posibilidad de cambios respecto de las conductas que se desarrollan sobre el autocuidado, ya que es posible variar la forma en la cual se pretende cuidar de sí.

Por tanto, Boggio (2010), expone que las prácticas de autocuidado representan acciones colectivas que con desarrollo de los pueblos surgen, muchas de ellas evolucionan de acuerdo con las necesidades o características del momento y se transmiten hasta la actualidad.

Lo expuesto va a determinar la calidad de vida de una persona, así como “algunos elementos objetivos, ya sea bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad y subjetivos, como la intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida” (Nava, 2010, p. 130); es decir, involucra elementos difíciles de definir que van a depender tanto de aspectos objetivos que median en la vida de todos los seres humanos, como de subjetivos, influidos por aspectos particulares.

En cuanto a la calidad de vida, la OMS, citada por Nava (2010), establece que la calidad de vida de una persona dependerá del individuo, su contexto, sus experiencias y de cómo estas median entre la persona y su nivel de satisfacción personal.

Urzúa y Caqueo (2012), mencionan que la calidad de vida es sinónimo de satisfacción personal, resultado de la sumatoria de las condiciones de vida y satisfacción con la vida. Desde esta última perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que aunados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general.

A modo de conclusión, es fundamental considerar a la persona como un ser biopsicosocioespiritual sobre el cual pueden influir muchos factores, motivo por el que Ávila (2009) afirma que

sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. Están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos (p. 71).

En otras palabras, es necesario considerar que el individuo se ve afectado por todos aquellos factores que lo engloban y estos afectan directamente la salud de la persona, ya que los seres humanos son seres biológicos y sociales inmersos en un entorno cultural, social, económico, laboral.

Igualmente, hay que considerar que desde el nacimiento estos factores, llamados determinantes sociales de la salud, favorecen o perjudican a un individuo, ya que en su gran mayoría van a constituir los procesos de socialización y el desarrollo físico y social de la persona por lo que va a afectar directamente su salud a corto, mediano y largo plazo. Asimismo, King (1984) afirma que los seres humanos están inmersos en sistemas personales, sociales e interpersonales que van a afectar el comportamiento y la salud de la persona igualmente.

Las personas poseen diversidad de componentes que se interrelacionan y afectan directamente la salud, entre los que se menciona los siguientes:

Condición socioeconómica: en lo concerniente al vínculo entre la condición socioeconómica de una persona y su salud, este es muy relevante. Vera-Romero y Vera-Romero (2013), afirman que el nivel socioeconómico de una persona o familia se ve mediado por diversos factores tales como, los acontecimientos históricos, posición jerárquica, lugar que van a determinar el ingreso monetario y el acceso a la educación de los individuos que son indicadores de la condición socioeconómica.

El significado de la condición socioeconómica es variable y se relaciona con múltiples factores, pero sitúa al individuo o familia dentro de un espacio social determinado que a su vez va a delimitar el poder adquisitivo del individuo y su acceso a diferentes servicios como educación, salud, alimentación, agua potable, entre otros. Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (2005-2008), menciona que “los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor salud. En los países, los datos

muestran que en general “cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene”, lo que se debe en gran medida a la desigualdad de oportunidades y acceso de las personas de estratos sociales bajos, lo cual disminuye la calidad de vida de estas personas y afecta directamente su salud.

Educación: la educación es parte de los procesos de socialización del ser humano que le permite establecer relaciones interpersonales, sin olvidar que le brinda herramientas para facilitar su desarrollo académico y, a través de este, su acceso a diferentes servicios públicos. Respecto de la educación como un determinante social de la salud, Rocabado (2005), afirma que el nivel educativo de una persona posee una relación directa con la manera como esta afronta los cambios en su condición de salud ya que la persona al poseer un nivel académico más elevado posee las herramientas para tener un mayor control de su salud.

Puede afirmarse que el estado de salud de una persona va a estar directamente mediado por la educación que esta posea, considerada un nivel académico, de manera que cuanto más alto sea, más posibilidades tiene el ser humano de mejorar otros factores que influyen en la salud, tales como acceso a servicios públicos y de salud, trabajo, adquisición de bienes, entre otros.

Los factores biológicos: al pensar en la persona y su salud es de gran importancia considerar que existen factores genéticos y biológicos que pueden repercutir en su calidad de vida, así como la incidencia o prevalencia de patologías esto según lo expresado por Álvarez (2009).

En otras palabras, no es posible considerar como un determinante social de la salud solamente a aquellos componentes sociales del individuo ya que, antes de ser social, es un ser biológico, por lo que los aspectos biológicos que lo componen van a determinar también su salud.

Igualmente, Álvarez (2009), afirma que “esta perspectiva analiza cómo el contexto, no solo el social, sino físico, interacciona con la biología y cómo los individuos “encarnan”, es decir, expresan en su cuerpo, aspectos del contexto en que viven y trabajan” (p. 74), con lo cual se refiere a la relación que hay entre la persona, su entorno y el componente biológico y cómo esta relación puede afectar positiva o negativamente la salud del ser humano.

Primeros años de vida: los primeros años en la vida de una persona son determinantes en su salud a corto, mediano y largo plazo, es por esto por lo que la Organización Mundial de la Salud (2003), afirma que los primeros años de vida de una persona reciben la influencia de diferentes determinantes sociales de la salud como las condiciones económicas, la familia, comunidad, educación entre otros, que a futuro determinan las condiciones de vida y de salud del individuo de manera directa.

Acceso a los servicios de salud: el acceso a los servicios de salud puede afectar la salud de una persona de una manera significativa porque la ausencia de atención sanitaria puede potenciar o agravar una patología, así como propiciar la incidencia de nuevas enfermedades por falta de la promoción de la salud. Al respecto, Álvarez (2009), afirma que es posible que la salud tanto desde la promoción, la prevención de la enfermedad y

la curación sea afectada dependiendo del acceso a los servicios y de la atención que reciba la persona, sin olvidar otros factores como su ubicación geográfica, su condición económica, educativa o social.

Trabajo: La concepción social del trabajo busca resaltar el carácter personal y humano que este tiene; es decir, destaca la relación entre el contenido ético-social y el carácter patrimonial, típico de las relaciones obligacionales. Económicamente, el trabajo es considerado un factor de producción: supone un intercambio de bienes y servicios para la satisfacción de necesidades humanas, esto según Tania y Bencomo (2008), es decir visto desde una perspectiva social, es inherente al ser humano y le genera satisfacción como producto genuino de la persona, lo cual va a influir de manera directa sobre la salud mental y espiritual del individuo. También, es visto como el medio que tiene el individuo para satisfacer las necesidades humanas, de modo que influirá en la condición económica en la que viva una persona y/o familia, así como en su acceso a diferentes servicios, cuyas implicaciones en la salud son significativas.

Como se mencionó, a pesar de ser un aspecto necesario en la vida humana que debe brindar bienestar a la persona, también es un condicionante de la salud del individuo, porque según sea la relación persona-trabajo, va a favorecer o desfavorecer el proceso de salud del ser humano.

Estrés: en torno al concepto, Comín, De la Fuente y Gracia (s.f.), mencionan que “una definición integral del estrés sería la respuesta fisiológica, psicológica y del comportamiento del trabajador, para intentar adaptarse a los estímulos que le rodean”

(p.4), debido a que afectará de manera directa la salud: ante un factor estresante el cuerpo va a generar respuestas fisiológicas que van a afectar el funcionamiento normal de diversos sistemas, poco favorables para la salud.

Ante esta perspectiva se puede determinar que los estados de estrés y los factores estresantes, como determinantes sociales de la salud perjudican a la persona no solo de manera orgánica (biológica) sino emocional, espiritual, social y psicológica, por lo que genera consecuencias en todas las áreas de la vida.

Comunidad: la comunidad en la que habite una persona condicionará su salud, según la Organización Mundial de la Salud (2008), el habitar en una comunidad afectará directamente la salud de la persona, debido a que su lugar de asentamiento determinará el acceso a los servicios necesarios para su bienestar, las redes de apoyo sociales con las que pueda contar un individuo y las condiciones económicas y ambientales en los que se desenvuelva el ser humano.

Relaciones interpersonales: este factor es esencial si se considera que la persona, como ser social, necesita relacionarse con otros, por lo que Molina y Pérez (2006), indican que las relaciones interpersonales se constituyen a través de la manera como interactúen las personas entre sí de modo que se pueden presentar actitudes positivas como la colaboración o bien actitudes de reserva tales como la intolerancia y la competitividad.

En tanto esas relaciones produzcan actitudes beneficiosas en la persona se puede decir que afectan de manera positiva a la salud, por el contrario, tendrán consecuencias negativas en la salud en tanto estas relaciones sean conflictivas o de reserva.

A modo de conclusión, es posible afirmar que existe diversidad de condiciones que determinan la salud de una persona, por lo tanto, el profesional en enfermería debe entenderla como un ser integral, inmersa en diversos sistemas sociales, políticos, económicos, culturales, personales, familiares entre otros, al hablar de autocuidado y al desarrollar acciones en orientadas a concretarlo, porque de otro modo es imposible brindar atención eficaz y cumplir con el objetivo primordial de la atención: satisfacer las necesidades de autocuidado que presente el individuo.

Capítulo III

3. Diseño metodológico

3.1. Modalidad de graduación

La modalidad del trabajo final de graduación seleccionado corresponde a Seminario de graduación el cual, de acuerdo con el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, artículo 10 se entiende como

una actividad académica valorada en cuatro créditos que se ofrece [...] a un grupo de estudiantes no menor de tres ni mayor de seis quienes, mediante su participación reiterada alrededor de algún problema científico o profesional, se familiarizan con las teorías y métodos de investigación propios de la disciplina profesional y su aplicación a casos específicos bajo la guía del director del trabajo (Consejo Universitario, 1980).

En este caso, las investigadoras analizan el conocimiento y prácticas de autocuidado en la población de residencias estudiantiles de la Universidad de Costa, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón a la luz de la teoría de Dorothea Orem.

3.2 Estrategia metodológica

En este apartado se detalla el proceso para la fase investigativa del presente seminario, el cual según Monje (2011), implica cuatro diferentes fases en investigaciones cualitativas: preparatoria, de trabajo de campo, analítica e informativa que, a su vez, se dividen en una o varias etapas. Además, se desarrolló una fase reflexiva en la cual se presentan los principales resultados a profesionales relacionados con el tema y las personas participantes con el objetivo de generar un espacio de análisis.

3.2.1 Fase investigativa

Las fases de la investigación cualitativa se implementan como estrategia metodológica porque permiten un orden sistemático a través del desarrollo de la investigación, sobre esto Monje (2011), indica que

se puede observar cómo las diferentes fases (preparatoria, trabajo de campo, analítica e informativa) se van sucediendo una tras otra, pero en modo alguno esta sucesión tiene un carácter marcadamente lineal [...] De esta forma se destaca cómo en la investigación cualitativa el proceso se va desarrollando de una forma más sutil. Cuando aún no se ha finalizado una fase ya se comienza con la anterior (p.34).

Dada la relevancia de las fases de investigación, se procederá a explicar cada una.

3.2.1.1 Fase preparatoria

Se constituye en el inicio de toda investigación cualitativa: según Monje (2011), en “esta fase inicial de la investigación cualitativa podemos diferenciar dos grandes etapas: reflexiva y diseño” (p. 35), las cuales serán descritas a continuación.

3.2.1.1.1 Etapa reflexiva

De acuerdo con Monje (2011), es el momento en el cual los investigadores determinan el tópico de interés y el motivo por el que dicho tema es de relevancia para su profesión: al igual que el título de la investigación, se debe establecer los antecedentes y principales referentes teóricos por medio de la formulación del marco teórico.

En este punto como parte del proceso de investigación se realiza una lectura de trabajos finales de graduación elaborados por los estudiantes de la Carrera de Enfermería, mediante el cual se identifica el desarrollado por Fernández y Meza (2015), que categoriza la agencia de autocuidado que presentan los estudiantes que forman parte del Programa de Residencias de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, como regular, tomando como referencia este precedente; surgió en las investigadoras la inquietud de profundizar el conocimiento y prácticas que determinan el autocuidado en esta población.

Además, se eligió la Teoría General de Enfermería propuesta por Dorothea Orem en el año 1983, dicha teorizante se tomó en cuenta por afinidad de las investigadoras debido a que durante la formación académica, fue el referente más empleado en los Procesos de Atención de Enfermería por su aplicabilidad en cualquier etapa del ciclo vital humano y entorno, además Orem propone el abordaje de grupos sociales a través del Sistema de enfermería *sustentador educativo*.

Fue a partir de esta fase reflexiva de investigación que se define el tema del presente seminario con el nombre de *Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el año 2017*, partiendo de la necesidad de conocer y analizar a profundidad el conocimiento y prácticas sobre autocuidado que posee el estudiantado participante.

3.2.1.1.2 Etapa de diseño

Consiste en el segundo paso del proceso de investigación, es el “momento de planificar las actuaciones, de diseñar la investigación” (Monje, 2011, p. 38), en otras palabras, constituye la formación del diseño de la metodología de la investigación, cuando se escoge el más adecuado para indagar sobre el tema requerido, la población por estudiar, las técnicas de recolección y el análisis de datos. Al respecto, Monje (2011), explica que “el investigador cualitativo puede enfrentar esta etapa de la investigación tomando decisiones en torno a aspectos que van a delimitar el proceso de actuación en las fases sucesivas” (p.39), por tanto, es de gran relevancia para todo el proceso investigativo, en este caso se establecieron las siguientes pautas:

Por este motivo, las investigadoras eligieron un enfoque cualitativo para profundizar en la temática de autocuidado en la población estudiantil universitaria, ya que la riqueza en la información permite identificar múltiples factores que influyen sobre el autocuidado de las personas participantes. Debido al enfoque se planteó una entrevista semiestructurada que permitiera obtener información desde el saber y la práctica del estudiantado.

Asimismo, se definió el Comité Asesor del Seminario de graduación conformado por Licda. Karel Malespín Álvarez en calidad de directora, MSc. Yamileth Gutiérrez Obregón y la PhD. Ana Laura Solano López como lectoras.

3.2.1.1.3 Enfoque

El enfoque de esta investigación se caracteriza por ser cualitativo, acerca del que Hernández, Fernández y Baptista (2010), indican que “se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (p. 364); por tanto, al analizar el conocimiento y prácticas de autocuidado desde las perspectivas de los participantes se podrá reflexionar el punto de vista propio de la persona y así comprender con más detalle el problema de investigación. De igual modo, Rodríguez, Gil y García (1996), explican sobre el enfoque que

es multimetódica en el enfoque, implica un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas (p.32).

Considerando lo anterior, este estudio permite a la enfermería incluir aspectos biológicos, individuales, psicosociales, culturales de la persona, desde la perspectiva del profesional, en toda su complejidad, además de reconocer a cada participante como un ser único en su comportamiento, de modo que pueda ver las realidades de la población en contraste con la teoría de Dorothea Orem.

Es por ello, que esta investigación, llamada *Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el año 2017*, se aborda desde

un enfoque cualitativo, porque, además, “la investigación cualitativa tiene relevancia específica para el estudio de las relaciones sociales, debido al hecho de la pluralización de los mundos vitales [...] esta pluralización requiere una nueva sensibilidad para el estudio empírico de los problemas” (Flick, 2004, p.15).

De igual modo, dado que se emplea el análisis de los resultados para constatar los datos basados con una teoría en particular, no se emplea paquetes estadísticos, puesto que los datos no son cuantificables.

Entre otras de sus características, Hernández, Fernández y Baptista (2010), recalcan una serie de elementos que lo definen, tales como que no existe un proceso definido; se examina el mundo social y en el proceso se desarrolla una teoría; se basa en un conjunto de fases inductivas direccionadas de lo particular a lo general, no se prueban hipótesis (se generan durante el proceso), no se efectúa una medición numérica, por lo que el análisis no es estadístico. De la misma forma, su propósito es construir la realidad tal y como la observan los actores sociales de un sistema, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad y busca interpretar lo que capta activamente.

En resumen, la principal característica de este enfoque se manifiesta en su estrategia para tratar de conocer los hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad, y no a través de la medición de algunos de sus elementos. La segunda característica es el uso de procedimientos que hacen menos comparables las observaciones en el tiempo y en diferentes circunstancias culturales, es decir, este enfoque no busca generalizar. Por lo

anterior, la investigación surge de la realidad de cada individuo participante del estudio, de modo que el análisis refleje las particularidades de la población.

3.2.1.1.4 Tipo de estudio

El tipo de estudio tiene un alcance descriptivo que, según Monje (2011), el estudio descriptivo “busca únicamente describir situaciones o acontecimientos; básicamente no está interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinadas hipótesis ni en hacer predicciones” (p.100). Es decir, en este Seminario de graduación se realizó una descripción del fenómeno estudiado a partir de lo que las personas participantes expresan.

3.2.1.1.5. Personas participantes

El grupo seleccionado para el presente estudio es el estudiantado del Programa de Residencias de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente del Recinto de San Ramón, el cual puede estar sujeto a cambios dinámicos; no obstante, para el primer ciclo del año 2017, hubo un total de 95 personas albergadas dentro del edificio: 57 mujeres y 38 hombres.

En este caso específico, se utiliza una muestra del tipo no probabilístico, específicamente una muestra a conveniencia, el cual se ajusta a las características de las personas participantes de este Seminario de graduación por lo que, quienes estén anuentes y de manera voluntaria deseen participar del proceso de investigación lo harán. Al respecto Monje (2011), explica que este tipo de muestreo

se trata de muestras fortuitas, utilizadas con frecuencia en Medicina, por ejemplo, sujetos que acceden voluntariamente a participar en un estudio que monitorea los efectos de un medicamento. Con este tipo de muestra no se puede inferir, ya que las características de los sujetos de la muestra pueden ser diferentes al total de la población (p.127).

Partiendo de lo mencionado, y para fines prácticos en este seminario de graduación se contó con la participación de 17 personas, nueve hombres y ocho mujeres, aunque la formación del grupo final dependió de la disponibilidad y anuencia de estos.

3.2.1.1.6 Ubicación del estudio

La institución cuenta con residencias estudiantiles propias del Recinto Carlos Monge Alfaro, en la región oeste del cantón de San Ramón de la provincia de Alajuela. Según Fernández y Meza (2015), el edificio fue creado en 1990, gracias al trabajo de estudiantes y algunos funcionarios, con el objetivo de brindar un espacio para los estudiantes becados, oriundos de lugares lejanos al lugar de empadronamiento.

Posee dos plantas, cada una con dos pabellones que incluyen duchas, servicios sanitarios y diez habitaciones: cada una puede albergar a tres estudiantes. Además, el inmueble cuenta con una cocina, microondas, refrigeradoras, y una escasa cantidad de utensilios de cocina, a lo que se agrega sitios o salas tanto para estudio personal (sala cerrada), grupal (sala abierta) y sala con equipo de cómputo con múltiples ordenadores para la realización de trabajos, escáner e impresora; una sala principal donde el estudiantado puede

socializar, una lavandería con seis secadoras y siete lavadoras y, finalmente, un televisor para el disfrute de los residentes.

3.2.1.1.7 Criterios de elegibilidad

Para participar en el estudio, las personas participantes debieron contar con los siguientes criterios:

1. Ser estudiante activo de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, para que toda la población participante estuviera matriculada cuando se recolecta la información.
2. Estar empadronado como persona estudiante beneficiado del Programa de Residencias de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto Carlos Monge Alfaro.
3. Ser mayor de 18 años, con el objetivo de que el consentimiento informado contara con la firma de la persona.

3.2.1.2 Fase de trabajo de campo

Una vez establecidos los antecedentes del tema, el marco teórico y el marco metodológico de la investigación, es necesario llevar a cabo el trabajo de campo en el cual quien investiga desempeña un papel fundamental, tal como menciona Monje (2011):

A través de su habilidad, paciencia, perspicacia y visión, el investigador obtiene información necesaria para producir un buen estudio cualitativo. Debe estar preparado para confiar en el escenario; ser paciente y esperar hasta que sea aceptado por los informantes; ser flexible y tener capacidad de adaptación (p. 43).

En esta fase el investigador se relaciona con las personas participantes en estudio y su entorno, por ende, sus habilidades personales y en investigación son importantes. Esta fase incluye dos etapas: el acceso al campo y la recolección productiva de datos.

3.2.1.2.1 Etapa de acceso al campo

Los investigadores acceden al campo de estudio y entablan contacto con los potenciales participantes de la investigación Monje (2011), lo describe como “un proceso casi permanente que se inicia el primer día en que se entra en el escenario objeto de investigación (la escuela, la clase, la asociación, etc.) y que termina al finalizar el estudio” (p.44); es decir, no se forma solamente con el primer contacto con las personas participantes en estudio y su entorno, sino que comprende la totalidad del tiempo que dure el trabajo en el campo.

En primera instancia para el acceso al campo se obtiene el permiso para la elaboración de la investigación con el coordinador de la Oficina de Vida Estudiantil de la Universidad de Costa Rica Sede Occidente, Recinto San Ramón, se solicita a la trabajadora social encargada del Programa la información de contacto de correo electrónico de los estudiantes que forman parte del Programa de Residencias Estudiantiles del Recinto universitario.

Seguidamente, se contacta por correo electrónico al estudiantado para invitarles a participar del estudio en curso y a través de esta convocatoria se lleva a cabo el primer acercamiento con los participantes de este Seminario de graduación.

Es de importancia destacar que el acercamiento inicial fue por medio del correo electrónico enviado a todos los residentes en el mes de octubre de 2017; no obstante ante la ausencia de respuesta de los estudiantes la cual limitaba el desarrollo del presente Seminario de graduación; se le explica la situación a la trabajadora social Licda. Leyla Alpízar Pereira quien brinda atención directa a los residentes, por tanto estuvo anuente a que los universitarios se inscribieran en una lista de participación voluntaria ubicada en la Oficina de Trabajo Social y Psicología del edificio de residencias durante una semana, la cual solicitaba datos personales, tales como el nombre completo, número telefónico y disponibilidad de tiempo para el contacto de los residentes.

3.2.1.2.2 Etapa de recolección productiva de datos

Esta etapa, según Monje (2011), “es la más interesante del proceso de investigación, ya que la luz, el orden y la comprensión van emergiendo, pero ello sucede gracias al esfuerzo que supone la indagación realizada pertinazmente y dentro de un marco conceptual” (p. 46-47). En otras palabras, requiere un mayor esfuerzo de parte del investigador, quien debe estar comprometido en el campo y con las personas participantes por estudiar de manera que proporcione la información requerida para el desarrollo del estudio.

Posterior a la inscripción, se continúa con la fase de recolección productiva de información, la cual se desarrolló cumpliendo uno de los criterios de elegibilidad para participar como voluntario de la investigación, como lo es ser mayor de 18, con el objetivo de que el consentimiento informado contara con los criterios de bioética. Por lo tanto, la lista inicial fue de veinte participantes voluntarios; sin embargo, no se logró contactar con

dos personas porque no contestaron las llamadas telefónicas ni mensajes de texto, mientras que una persona residente no cumplía con la edad para ser entrevistada.

Para llevar a cabo esta fase se solicitó un permiso para ingresar al edificio de Residencias Estudiantiles en la oficina de Vida Estudiantil de la Universidad de Costa Rica de la Sede de Occidente. Dichas entrevistas semiestructuradas se realizaron del 20 al 30 de noviembre en Residencias, estas se encontraban basadas en los ítems de la unidad de análisis.

3.2.1.2.3 Instrumentos y técnicas para recolección de datos

En este apartado se describen las técnicas utilizadas para la recolección de datos los cuales, al ser una investigación cualitativa, y según Hernández, Fernández y Baptista (2010), y por

tratarse de seres humanos, interesan conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento (p.409).

Lo anterior significa que la recolección de datos se enfoca más en el conocimiento y prácticas de las personas participantes del estudio, razón por la que se utilizaron las técnicas de recolección de datos cualitativos, debido a que se pretende identificar el

conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón.

Con la recolección se organizó al estudiantado que estaba anuente a participar, estableciéndose un sistema de citas a conveniencia del estudiante para la aplicación de los instrumentos, durante dos semanas en las cuales las investigadoras realizaron las entrevistas y esclarecieron las dudas relacionadas con la investigación y el instrumento en cuestión.

En torno al tema, según lo expresado por Hernández, Fernández y Baptista (2010), “la recolección de datos ocurre en ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis” (p.409), porque al tratarse de una investigación cualitativa debe tenerse en cuenta la persona y su medio, así como la interacción de esta con su entorno.

Al mismo, tiempo la técnica cualitativa de recolección de datos es la entrevista semiestructurada que “se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas)” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.418).

Con respecto a la aplicación de las entrevistas, se inició con la presentación de las estudiantes de Enfermería, luego se leyó, explicó y evacuó dudas del consentimiento

informado, seguido se les preguntó si aceptaban las condiciones propuestas; por lo cual los estudiantes accedieron a firmar la documentación y a participar.

Al proceder con la entrevista semiestructurada, se explicaba a los informantes que cualquier duda suscitada sobre algún tema se evacuaría al final de la entrevista, con el objetivo de no interferir en la recolección de los datos y evitar por consiguiente cualquier tipo de sesgo de medición. Debido a que existía la posibilidad de que los estudiantes no conocieran la respuesta, y dicho desconocimiento por sí solo es una información por considerar en la investigación, además los ítems de la entrevista se relacionan, por lo que un aporte de la investigadora alteraba la recopilación de información de las preguntas siguientes.

Para el desarrollo de las entrevistas se contó con la presencia de dos estudiantes de enfermería por cada entrevista semiestructurada aplicada, donde de forma rotatoria una de las investigadoras dirigía la entrevista y la otra se encargaba de registrar el lenguaje corporal; así como, las dudas emergentes. El lugar de realización de las entrevistas fue tanto la sala de recreación pasiva, el laboratorio de cómputo o la sala 20 del edificio de residencias estudiantiles de la Universidad de Costa Rica de la Sede de Occidente, Recinto San Ramón.

La entrevista semiestructurada cuenta con una guía de 84 preguntas abiertas, divididas en las siguientes categorías: datos sociodemográficos, conocimiento sobre autocuidado y prácticas de autocuidado ejercidas por las personas participantes. La duración de la aplicación vario entre 60 y 90 minutos por cada participante

De igual forma, se utilizó el criterio de expertos con el objetivo de obtener mayor validez de los instrumentos empleados para la recolección de los datos, definidos por Hernández, Fernández y Baptista (2010), como

el grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión, de acuerdo con “voces calificadas”. Se encuentra vinculada a la validez de contenido y, de hecho, se consideró por muchos años como parte de ésta. Hoy se concibe como un tipo de evidencia distinta (Streiner y Norman, 2008). Regularmente se establece mediante la evaluación del instrumento ante expertos (p. 204).

Es decir, el juicio de expertos es el método mediante el cual las “voces calificadas” realizan una revisión exhaustiva del instrumento de recolección de datos y lo califican empleando una escala de Likert, donde se establecieron los parámetros a evaluar con la finalidad de que a partir de que los expertos aportaran mejoras a la entrevista semiestructurada a través de su criterio profesional.

En este caso se contó con el criterio de expertos en el tema, como los docentes de la carrera de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, Dra. Ana Laura Solano López perteneciente a la Escuela de Enfermería, además, el MSc. Keneth Cubillo Vargas, la MSc. Mauren Araya Solís y la Licda. María Elena Hernández Rojas que forman parte de la comisión de validación de la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, así como y con el criterio de la Licda. Geovanna Brenes Campos docente

de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica Sede Occidente.

Además, se elaboró un plan piloto con diez estudiantes que fueron parte del Programa de Residencias Estudiantiles de la Sede de Occidente durante su vida universitaria con el objetivo de identificar las debilidades y fortalezas del instrumento, al concluir este proceso las principales recomendaciones de los participantes se relacionaron con la necesidad de disminuir el número de ítems de la entrevista, el empleo de un lenguaje más claro o sencillo y puntualizar los ítems sobre sexualidad, consumo de drogas y relaciones interpersonales.

3.2.1.2.3 Matriz de unidades de análisis

Para la presente investigación se establecieron tres categorías de análisis a priori: características sociodemográficas de la población, conocimiento en autocuidado y prácticas de autocuidado que poseen los estudiantes participantes.

Las condiciones sociodemográficas hacen referencia a “la medida del lugar social de una persona dentro de un grupo, social, basado en varios factores, incluyendo el ingreso y la educación” (Vera y Vera, 2013, p.41-42), por lo tanto, al indagar respecto del entorno en el cual la persona se desarrolla es posible establecer las principales características y hacer inferencias en cuanto a los determinantes sociales y su influencia en el acceso a un sistema de Educación Superior. De igual manera, a nivel institucional, el análisis de esta categoría

permite realizar un diagnóstico general de los principales aspectos sociodemográficos de los participantes residentes.

La segunda categoría está formada por el conocimiento de los residentes en torno al autocuidado. Al respecto, Mouriffo, Espinosa y Moreno (2015), lo conceptualizan como

una interacción específica entre el sujeto cognoscente y el objeto del conocimiento, dando como resultado los productos mentales que llamamos conocimientos [...] el hombre trata de explicar los fenómenos que suceden ya sea en su interior psico-biológico o en el ámbito de sus relaciones con los demás. Para alcanzar el conocimiento es necesario elaborar una serie de operaciones lógicas que permitan explicar las condiciones necesarias que posibilitan y permiten la existencia de una realidad determinada. (p. 2)

De lo anterior se concluye que el conocimiento representa un proceso social en el cual la persona construye nociones sobre los entes y situaciones que forman parte de su entorno, proceso para el que es necesaria la relación entre el sujeto y el objeto de conocimiento.

Debido a que los elementos teóricos guardan estrecha relación con las prácticas que llevan a cabo el individuo con el objetivo de cubrir las necesidades de autocuidado, es necesario definir el término *práctica*, el cual corresponde a la tercera categoría de análisis y que, de acuerdo con Dussel (1986),

viene de la palabra griega *praxis* que significa acción, obra. Praxis es “el acto que se dirige a otra persona humana; acto hacia otra persona y relación misma de

persona a persona. Praxis es un “acto” que efectúa una persona, un sujeto humano, pero que se dirige directamente a otra persona [...] la manera actual de estar en nuestro mundo ante otro; es la presencia real de una persona ante otra. (p. 16)

Tanto, los elementos conceptuales como los prácticos resultan necesarios para obtener una visión concreta y lo más acertada posible de la temática en estudio, motivo por el que se constituyen en categorías de análisis del presente estudio.

Matriz de Unidades de Análisis para Entrevista Semiestructurada

Objetivo	Categoría	Subcategoría	Preguntas Generadoras
Identificar el perfil sociodemográfico de los estudiantes del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto San Ramón, durante el año 2017.	Características Sociodemográficas	Sexo	Sexo: Hombre () Mujer () Otro ():
		Edad	¿Cuántos años tiene usted? _____.
		Lugar de procedencia	¿Dónde vive usted en periodo no lectivo?
		Estado civil	¿Cuál es su estado civil?
		Carrera Base	¿Cuál es la carrera base que usted cursa?
		Grado académico	¿Cuál es su grado académico?
		Número de integrantes del núcleo familiar	¿Cuántas personas viven en su hogar?

		Número de personas activas laboralmente en el núcleo familiar	¿Cuántas personas de su núcleo familiar trabajan?
		Características de la casa de la habitación	Caracterice físicamente la vivienda de su grupo familiar ¿La vivienda en la que vive su grupo familiar es propiedad de ustedes?
		Ayuda económica del núcleo familiar	¿Algún miembro de su núcleo familiar posee ayuda económica? ¿Qué tipo de? ¿De dónde procede dicha ayuda?
		Deudas económicas del núcleo familiar	¿Algún miembro del núcleo familiar posee una deuda económica? ¿Quién? ¿Por qué motivo?

		Visitas al hogar durante el semestre	<p>¿Durante el semestre cuántas veces visita su hogar de procedencia?</p> <p>En caso de no asistir a su hogar durante el semestre indique ¿Por qué no visita su hogar?</p>
Determinar el conocimiento del estudiantado a cerca del autocuidado	Conocimiento sobre autocuidado	Ingesta suficiente de aire	¿Considera importantes los espacios ventilados? ¿Por qué?
		Ingesta suficiente de agua	<p>¿Considera usted que es necesario tomar líquidos como parte de la dieta? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué líquidos considera que son más beneficiosos para la salud?</p> <p>¿Considera usted que es importante tomar agua? ¿Por qué?</p>

		Ingesta suficiente de comida	<p>¿Cuáles tiempos de alimentación debe realizar una persona diariamente?</p> <p>¿Qué tipos de alimentos debe tener una alimentación balanceada?</p>
		Evacuación y excrementos	<p>¿Cuál considera usted que debe ser el color de la orina?</p> <p>¿Considera usted que es relevante que la persona orine durante el día? ¿Por qué?</p> <p>¿Con qué frecuencia debe defecar una persona? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué alimentos contribuyen para que una persona pueda defecar con facilidad?</p>
		Equilibrio entre actividad y descanso	<p>¿Cuántas horas considera usted que debe dormir una persona por noche? ¿Por qué?</p>

		Equilibrio entre soledad y comunicación social	<p>¿Qué entiende por redes de apoyo?</p> <p>¿Considera usted que las relaciones sociales son beneficiosas para el desarrollo humano? Especifique el tipo de relaciones.</p>
		Prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano	<p>¿Para usted qué son drogas?</p> <p>¿Qué efectos cree que producen las drogas en el organismo?</p> <p>¿Considera usted que el lavado de manos es relevante?</p> <p>Mencione hábitos de higiene diarios</p> <p>¿Qué conoce sobre el cepillado de dientes?</p> <p>¿Considera que el autoexamen de mama es importante? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué conoce del autoexamen testicular? ¿Usted lo considera importante?</p>

			<p>¿Qué conoce sobre la citología vaginal? ¿Usted lo considera importante?</p> <p>¿Para usted qué es la sexualidad?</p> <p>¿Qué conoce de los métodos anticonceptivos, los considera importantes? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué conoce sobre las infecciones de transmisión sexual?</p>
		<p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales de acuerdo con la capacidad, limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal</p>	<p>Defina con sus palabras que es autoestima, considera que es importante ¿Por qué?</p> <p>Defina con sus palabras que es autoimagen, considera que es importante ¿Por qué?</p> <p>¿Qué es autocuidado?</p>

<p>Describir las prácticas del estudiantado a cerca del autocuidado</p>	<p>Prácticas sobre autocuidado</p>	<p>Ingesta suficiente de aire</p>	<p>¿Considera usted que su habitación cuenta con un sistema de ventilación adecuado?</p>
		<p>Ingesta suficiente de agua</p>	<p>¿Qué tipos de líquidos consume usted diariamente?</p>
		<p>Ingesta suficiente de comida</p>	<p>¿Qué tiempos de alimentación realiza usted al día? ¿Qué grupos alimenticios incluye?</p> <p>¿Usted prepara sus alimentos? ¿Dónde los prepara y consume?</p> <p>¿Dónde guarda sus alimentos?</p> <p>¿Vomita después de consumir alimentos?</p> <p>¿Le apetece los alimentos que consume?</p>

		<p>Evacuación y excrementos</p>	<p>¿Cuántas veces orina usted durante un día?</p> <p>¿Cuántas veces defeca usted durante el día o la semana?</p> <p>¿Usted padece o ha padecido de estreñimiento? ¿Utiliza laxantes?</p> <p>¿Presenta usted infecciones urinarias seguidas?</p>
		<p>Equilibrio entre actividad y descanso.</p>	<p>¿Usted realiza actividad física, que lo motiva a realizarla? ¿Cuál?</p> <p>¿Con qué frecuencia?</p> <p>¿Qué tipos de actividades recreativas realiza? ¿con qué frecuencia?</p> <p>¿Cuántas horas duerme diariamente?</p> <p>¿Realiza siestas durante el día?</p> <p>¿La cantidad de horas que usted duerme considera que son suficientes?</p>

		<p>Equilibrio entre soledad y comunicación social</p>	<p>¿Cómo es su relación con las personas que viven dentro de las instalaciones de residencias y de su familia?</p> <p>¿En qué momentos le gusta a usted estar sólo?</p> <p>¿Usted tiene relación de pareja? Especificar si posee una pareja o múltiples parejas, así como el sexo de la pareja.</p> <p>¿Cómo se siente con su relación de pareja?</p>
		<p>Prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano</p>	<p>¿Consume usted alguna droga? ¿Cuál consume? ¿Cuál es la frecuencia de consumo de la droga? ¿Qué lo motiva a consumirla?</p> <p>¿En algún momento usted ha sido víctima de acoso en las instalaciones de las residencias estudiantiles? ¿Qué tipo de acoso ha recibido?</p> <p>¿Con qué frecuencia se baña usted?</p> <p>Describa cómo se lava las manos.</p>

			<p>¿Con qué frecuencia semanal se lava el cabello?</p> <p>¿Usted acostumbra a morderse las uñas?</p> <p>¿Usted es sexualmente activo (a)? En caso de ser afirmativa la respuesta ¿utiliza protección?</p> <p>¿Cuántas parejas sexuales posee actualmente?</p> <p>¿Con qué objetivo tiene relaciones sexuales coitales?</p> <p>¿Consumo drogas previo al tener relaciones sexuales coitales?</p> <p>¿Su pareja sexual forma parte del Programa de Residencias Estudiantiles?</p> <p>¿Usted ha presentado alguna vez una infección de transmisión sexual? ¿Se le ha atendido?</p> <p>¿Se realiza exámenes de sangre para conocer el estado de su salud?</p>
--	--	--	---

			<p>¿Se realiza usted el autoexamen de mamas y /o autoexamen testicular? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>¿Se realiza usted la citología vaginal o de pene? ¿Por qué? ¿Dónde?</p> <p>¿Con qué frecuencia?</p> <p>¿Acude a algún servicio de salud? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Con qué frecuencia?</p>
		<p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales de acuerdo con la capacidad, limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal.</p>	<p>¿Participa en algún grupo religioso? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>¿Participa o ha participado en algún grupo de promoción de la salud? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>¿Participa en algún grupo cultural o de arte?</p> <p>¿Se siente a gusto con su forma de ser?</p>

			<p>¿Se siente a gusto con su elección vocacional? ¿Le gustaría cambiar?</p> <p>¿Se siente a gusto con sus relaciones interpersonales? ¿Por qué?</p> <p>¿A usted le agrada formar parte del Programa de Residencias Estudiantiles? ¿Por qué?</p> <p>¿De qué manera influye sobre usted lo que los demás piensen u opinen de usted?</p> <p>¿De qué manera resuelve los conflictos con los demás? ¿Por qué?</p>
--	--	--	--

3.2.1.3 Fase analítica

De acuerdo con Monje (2011), esta fase inicia con la etapa de recolección productiva de datos en la que el o los investigadores analizan los datos al contrastarlos con sus conocimientos teóricos. No obstante,

el análisis de datos cualitativos va a ser considerado aquí como un proceso realizado con un cierto grado de sistematización que, a veces, permanece implícita en las actuaciones emprendidas por el investigador. En este sentido, resulta difícil hablar de una estrategia o procedimiento general de análisis de datos cualitativos, con la salvedad de lo que pueda inferirse a partir de las acciones identificadas en un análisis ya realizado (Monje, 2011, p.48).

3.2.1.3.1 Análisis de la información

Una vez recolectados los datos, se procede a organizarlos según la matriz de análisis planteada, se codifica la información, se analiza a la luz de la teoría utilizada en el marco teórico y conceptual, objetivos propuestos y criterios de las investigadoras, en otras palabras, como lo afirman Schettini y Cortazzo (2015), se aplica el método de inducción analítica el cual consiste examinar la información y establecer nexos entre los datos para realizar la presentación de los resultados asimismo, el investigador tiene la obligación de respetar las afirmaciones realizadas por los participantes.

Según Monje (2011), existen una serie de etapas que se deben llevar a cabo para el análisis de los datos de manera que “el investigador en la fase de descubrimiento debe reconocer

las pautas con que emergen sus datos examinándolos de todos los modos posibles [...] y desarrollar una guía de la historia para incluir los principales temas” (p.193).

Es a través de este proceso como se analiza inicialmente los datos obtenidos mediante la aplicación de las entrevistas a las personas participantes para reconocer los tópicos de la información recolectada asimismo, Monje (2011), menciona que posterior a la etapa de descubrimiento, el investigador desarrolla la decodificación de la información, por medio del análisis de los datos se lleva a cabo la categorización y codificación y en la fase final o relativización de los datos, se lleva a cabo la interpretación de la información identificando si los datos son directos o indirectos así como la influencia en el contexto y si existen o no sesgos.

Para este Seminario de graduación el proceso de sistematización de la información se inició transcribiendo las entrevistas realizadas a las personas participantes, posterior a esto se identificaron las respuestas referentes a las tres categorías establecidas a priori basadas en los objetivos de investigación.

Las respuestas dadas por las personas participantes se agruparon según cada ítem, unificando las opiniones que resultaban similares y aquellas afirmaciones distintas fueron seleccionadas para realizar citas textuales durante el proceso de triangulación, con el objetivo de realizar las categorías de la información cualitativa siendo “conocimiento” y “desconocimiento” las categorías correspondientes al segundo objetivo específico; mientras que “realiza” o “no realiza” en respuesta al tercer objetivo; todo esto basado a la luz de la interpretación de la información.

3.2.1.3.2 Triangulación de la información

La triangulación es un término originalmente usado en los círculos de la navegación para tomar diferentes puntos de referencia con el fin de determinar una posición desconocida (Hernández, Fernández y Baptista 2014, p. 135). Considerando lo anterior, la investigación cualitativa permite conectar todo el conocimiento y prácticas del estudiantado participante en una sola dirección para entender, desde la teoría del autocuidado, aquellas características que influyen en la toma de decisiones que afectan su salud dentro de un entorno determinado.

Asimismo, Monje (2011), afirma que existen cinco tipos documentados de triangulación: de datos, del investigador, teórica, metodológica y disciplinar. No obstante, para el presente estudio se utilizó la correspondiente a triangulación de teoría, se tiene como fin tomar los datos recolectados y analizarlos a la luz de la Teoría General de Enfermería creada por Dorothea Orem de manera que se genere un criterio de las investigadoras, es decir, la triangulación se lleva a cabo entre lo expresado por los participantes, la Teoría General de Enfermería y el criterio de las investigadoras.

El criterio de las investigadoras está influenciado por la literatura científica pertinente a los aspectos contemplados en los requisitos universales de autocuidado definidos por Orem (1983), por este motivo se emplea la triangulación de datos durante el proceso de investigación empleando las afirmaciones de los estudiantes, lo expresado en la literatura científica y opinión de las investigadoras.

3.2.1.4 Fase informativa

Esta fase indica la conclusión del proceso de investigación, sobre lo que Monje (2011), que

el proceso de investigación culmina con la presentación y difusión de los resultados. De esta forma el investigador no solo llega a alcanzar una mayor comprensión del fenómeno objeto de estudio, sino que comparte esa comprensión con los demás. (p. 48)

Motivo por el cual a través de este proceso investigativo se pretende realizar la defensa del Trabajo Final de Graduación ante el Tribunal de la Carrera de Enfermería, Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, posteriormente se brinda los resultados de la investigación a los entes competentes a cargo de los estudiantes y los funcionarios involucrados en el Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica Sede Occidente, Recinto San Ramón, por medio de una invitación formal a la presentación, facilitando la investigación de forma digital asimismo, se tiene como finalidad el entregar el informe escrito a la Biblioteca Arturo Agüero Chaves. Lo anterior es destacable, dado que la difusión del nuevo conocimiento es uno de los deberes éticos del investigador.

3.2.2 Fase reflexiva

En el caso de este Seminario de graduación se cuenta con una fase investigativa descrita anteriormente y la fase reflexiva que se llevó a cabo por medio de un conversatorio con un grupo de expertos, a quienes se expusieron los resultados que se obtuvieron de primera mano a raíz del proceso de recogida de datos. Como parte de este grupo de expertos se

invita a la Licda. Karel Malespín Álvarez, la MSc. Yamileth Gutiérrez Obregón y la Dra. Ana Laura Solano López como parte del comité asesor de este Seminario de graduación.

De igual manera se invitó a M.Sc. Jenny Vásquez, Licda. Bianchy Ruiz Mora, Licda. Leyla. Alpizar Pereira M.Sc. Roxana Cedeño Sequeira y la M.Sc. Katherine Solano Araya y MCI. William Mauricio Fernández Araya, los cuales en la actualidad laboran en el Departamento de Vida Estudiantil que se encuentran en contacto directo con los estudiantes residentes y la Licda. Geovanna Brenes Campos profesora de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica, Sede Occidente, dicha fase fue grabada por medio de un audio y posteriormente se transcribió como insumo para el análisis del tema en estudio, mostrando solo aquellos comentarios de pertinencia para la triangulación de datos.

Posteriormente el día 15 de marzo de 2018 a las 5 pm en el aula 206 de la Universidad de Costa Rica de la Sede de Occidente se realiza una presentación a las personas participantes la cual fueron invitados con ocho días de antelación, confirmando asistencia ocho personas; no obstante, se contó con la presencia de tres estudiantes, con el objetivo de exponer los principales hallazgos y promover un espacio de reflexión.

3.3 Consideraciones éticas

Al desarrollar un proceso de investigación, es imprescindible considerar aspectos y principios relacionados con la ética, con el objetivo de asegurar el bienestar de las personas participantes.

En torno a lo mencionado, y de acuerdo con Escobar y Aristizábal (2011), el término bioética fue empleado por primera vez en 1970 por el bioquímico investigador Van Rensselaer Potter, quien se refería a un puente entre las ciencias biológicas y sociales con el objetivo de ofrecer un adecuado uso de la ciencia y la tecnología a fin de mejorar la calidad de vida y asegurar la supervivencia de la especie, por lo tanto, el surgimiento de la bioética se debe a una necesidad en un momento histórico caracterizado por un incremento de las investigaciones en grupos humanos, con el fin de regular y establecer las principales directrices en estos procesos. En otras palabras,

surge como una respuesta primordial a los conflictos suscitados por el rápido avance del conocimiento científico y técnico en las diferentes áreas de la medicina y la biología, sumado a la identificación de los efectos nocivos en el medio ambiente como consecuencia de la contaminación indiscriminada del planeta (Molina, 2013. p. 20).

Las consideraciones bioéticas serán una de las bases para tratar a los participantes de este estudio con la finalidad de garantizar el pleno respeto de los derechos humanos de los estudiantes universitarios pertenecientes en el Programa de Residencias de la Universidad de Costa Rica de la Sede de Occidente, Recinto de San Ramón.

3.3.1 Principios bioéticos

En esta investigación se basa en los principios éticos establecidos en 1979 en el Informe Belmont, en el cual se esclarece aspectos fundamentales para el desarrollo del estudio, con el objetivo de garantizar la integridad humana y derechos de los participantes durante el proceso.

Los principios éticos remiten a conceptos generales que justifican una serie de reglas éticas básicas durante los procesos de investigación que involucren personas como objeto de estudio, asimismo, estas consideraciones permiten evaluar la calidad y la validez del conocimiento generado a raíz de la implementación del método científico.

Respeto por la persona

Implica que las personas participantes recibirán un trato igualitario sin importar su condición social, económica, sistema de valores o creencias, ya que se conciben como seres integrales y autónomos, los cuales deben ser respetados en todo momento. De acuerdo con el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América (1979), en relación con el respeto se incorpora dos convicciones: las personas deben ser tratadas como agentes autónomos más, si poseen menos autonomía, debe velarse su protección. Al respecto, se menciona que

una persona autónoma es un individuo capaz de reflexionar con respecto a sus metas personales y de actuar bajo la dirección de dicha reflexión. Respetar la autonomía es dar peso a las opiniones de las personas autónomas y, a su vez, evitar obstruir sus acciones a menos de que vayan en claro perjuicio (p.3).

La participación será voluntaria, no se ejercerá ningún tipo de presión, tan solo se divulgará datos a la población general a fin de informar sobre el proyecto.

La beneficencia

Este principio establece que la participación debe representar un beneficio para las personas, sin ocasionar daños o perjuicios durante el proceso. El Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América (1979), define “en un sentido más, amplio como una obligación. Se han establecido dos reglas generales para expresar las acciones de beneficencia: que no cause perjuicio y que aumente los posibles beneficios y disminuya los posibles perjuicios” (p.4).

A partir de lo anterior, participar en esta investigación no representa ningún riesgo para los participantes ni exposición a procedimientos invasivos, además de que, por las características propias del instrumento, la persona posee la libertad de no responder a las interrogantes que considere no aptas, por lo cual no habrá daño alguno.

En este caso, el beneficio consiste en determinar el conocimiento y prácticas referentes al autocuidado en un grupo de participantes específicos a fin de brindar una visión detallada de las situaciones evidenciadas para que la Universidad de Costa Rica, a través de la Vicerrectoría de Vida Estudiantil, aplique las medidas que favorezcan el bienestar de la población estudiantil que forma parte del Programa de Residencias.

No maleficencia

Este principio establece la obligación del investigador de no causar daño intencionado a las personas participantes, por lo que es imperativo que durante todo el proceso el equipo

de investigación vele por el cumplimiento de este principio, al generar un ambiente seguro y apto que no represente riesgo alguno ni comprometa la integridad de la persona.

A lo largo de este proceso de investigación, se pretende cumplir con tal consideración ética, al garantizar el bienestar de la persona en todo momento, desde el acercamiento inicial, durante la aplicación del instrumento y al retribuir los principales hallazgos, de manera que se aborde a la persona participante como un ser integral.

3.3.2 Consentimiento informado

Se cuenta con el documento del consentimiento informado para este proceso (ver Anexo 4) aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica el 01 de noviembre de 2017 en la sesión 83, el cual se explicó a los participantes en las instalaciones de la Universidad de Costa Rica Sede Occidente, donde previamente fueron convocados por medio de correo electrónico. El fin es explicar detalladamente el proceso del consentimiento informado y de la investigación, así como los riesgos, los beneficios, las características y la finalidad del estudio, sin olvidar que los participantes poseen el derecho de aclarar todas sus dudas.

De igual forma, se especifica el contenido de la entrevista semiestructurada por medio de un citatorio, el cual contiene datos sobre el estudiantado, tales como la edad, información académica, familiar y de contacto; el conocimiento y hábitos sobre la alimentación, la higiene, la eliminación, la prevención de enfermedades, las actividades recreativas y físicas, temas asociados al autoestima y autoimagen y se indaga acerca de cómo es la relación con quienes conviven en el edificio de residencias de la Sede de Occidente de San Ramón, la dinámica organizacional, aspectos estructurales y normativos de la

reglamentación de las residencias, la interacción con la población estudiantil y la presencia de conductas de riesgo en el estudiantado.

Asimismo, en el documento se esclarece que existe la posibilidad de que a raíz de la aplicación del instrumento se pueda dañar la integridad psicológica de la población seleccionada, por lo que, en caso de ser necesario, una de las estudiantes de Enfermería elaboraría inmediatamente una Relación Interpersonal de Ayuda (RIA) a la persona que lo requiera; sin embargo, en caso de que la situación requiera un abordaje más complejo se considerará al personal de psicología y trabajo social del Programa de Residencias de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente.

También se menciona que al aplicar el instrumento para la recopilación de los datos, se dará a cada persona con su nombre una codificación, debido a que se pretende salvaguardar la integridad de la persona, sustituyendo el nombre completo por un número, lo cual se aplica también respecto a la información obtenida cuyo fin es académico, por consiguiente, se especifica que su divulgación será con el objetivo de propiciar acciones que respondan a los resultados generados al contrastar los datos obtenidos con la teoría.

En relación con el manejo de los documentos aplicados, dicha información se encontrará en el cubículo de enfermería a cargo de la Licda. Karel Malespín Álvarez directora del presente estudio, durante los diez años posteriores a la aplicación del instrumento: los datos serán confidenciales siempre y cuando no implique una situación riesgosa para el estudiantado, en dado caso se notificará al organismo o institución correspondiente.

Finalmente, el estudiantado participante recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal, la cual se entregará el día de la aplicación del instrumento.

Capítulo IV

4. Sistematización de la información

En este apartado se desarrolla los objetivos de este seminario a partir de la información generada mediante la aplicación de las entrevistas semiestructuradas a las personas participantes.

A continuación, se expone tres apartados correspondientes al perfil sociodemográfico de los participantes, el conocimiento y las prácticas de autocuidado en el voluntariado.

4.1 Perfil sociodemográfico de los estudiantes del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, recinto San Ramón, durante el año 2017

De acuerdo con el primer objetivo de la investigación, se presenta un apartado sobre el perfil sociodemográfico de los participantes del seminario de graduación *Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el año 2017.*

En cuanto al estado civil de los entrevistados, 16 se encuentran en soltería, mientras que solo una persona es divorciada, lo cual es de esperarse por su condición de estudiante, ya que según Kail y Cavanaugh (2011), refieren que la tasa de contraer matrimonio para los universitarios varía según la época; no obstante, desde finales de 1980 ha descendido la edad de casarse.

Asimismo, ocho residentes estudian carreras afines a educación: uno corresponde a la enseñanza de los estudios sociales y cívica, dos de la enseñanza de las matemáticas, una de preescolar con concentración en inglés, dos residentes de la enseñanza de educación primaria y dos de inglés en primaria. De igual forma, dentro del voluntariado, tres estudian dirección de empresas; dos, trabajo social y participa una persona de las siguientes carreras: ingeniería industrial, diseño gráfico y enfermería. Lo anterior concuerda con las carreras ofrecidas en la Sede de Occidente, porque de las 16 carreras de pregrado que ofrece, la mitad forman carreras afines a la enseñanza, por tanto, es esperable que la mayor representatividad de estudiantes sea del área de la educación.

Cabe destacar que la persona participante de enfermería no representa un sesgo para la investigación, debido a que en el nivel de la carrera en el que se encuentra todavía no se ha abordado el autocuidado como una temática de estudio. De la totalidad de los participantes voluntarios, todos cuentan con un grado académico universitario incompleto y solo una persona obtuvo su bachillerado de educación diversificada en un colegio técnico profesional.

Respecto de la procedencia de los entrevistados, concuerda con lo expuesto en el *Estado de la Educación Costarricense* (2017, p. 60), en el cual se menciona que “más del 75% de los estudiantes de nuevo ingreso de universidades estatales proviene de colegios públicos. Las políticas afirmativas y los sistemas de becas han contribuido a un aumento de la participación de los quintiles más bajos”.

Otro de los datos recabados fue el lugar de procedencia del estudiantado participante de este seminario de graduación: se obtiene que seis proceden de la zona Sur; cuatro, de Guápiles; tres, de San Carlos; dos, de Pérez Zeledón, uno de Heredia y otro de Cartago. Tal información contrasta con la Encuesta de Hogares Costa Rica (ENAHOC) en el 2017, según la cual los hogares que viven en áreas rurales representan un 27.70%, mientras que las zonas urbanas corresponden a 72,30 % aproximadamente (Instituto Nacional de Estadística de Censos, 2018), aspecto destacable en términos de acceso a la educación superior, máxime considerando que el Programa de Residencias y el proceso de regionalización de la Universidad de Costa Rica brinda oportunidades para el estudiantado de áreas rurales al brindarles oportunidades a quienes desean prepararse por medio de una educación superior, sobre si se parte de que en tales lugares hay menos universidades, cuyo acceso implicaría desplazarse una distancia mayor y, consecuentemente, mayor esfuerzo al asumir la adaptación del ambiente universitario y la gestión de su autocuidado.

Por otra parte, se consultó sobre la frecuencia con la que visitan sus respectivos hogares durante el semestre: cinco personas viajan cuatro veces; seis, dos veces; tres, solamente una vez; dos, viajan seis veces y una persona, ocho veces. Al indagar el por qué asisten con esa frecuencia a su hogar actual, las personas jóvenes mencionaron que es principalmente por motivos económicos, la distancia y el factor tiempo, debido a que lo que emplean para trasladarse pueden utilizarlo para cumplir con sus responsabilidades académicas. Al respecto, una de las personas entrevistadas afirmó:

[risas] Eso sí que no sé, es que cada vez que voy, ahora tengo muchos días de no ir con eso de la tormenta y todo eso, pero, trato de ir qué sé yo mínimo una vez al

*mes, trato de ir más seguido [...] di a veces por la plata, a veces por el tiempo
[...] hay veces en que se tiene el tiempo, pero no la plata (participante 8).*

Partiendo de lo mencionado, se evidencia que existen varios factores externos que alteran la dinámica universitaria, como los relacionados con la situación climática y el aumento de la exigencia académica conforme avanza el semestre, lo cual influye en la disminución de la frecuencia de la visita a su hogar y es un ejemplo de las competencias psicosociales para enfrentar las exigencias suscitadas en la vida cotidiana.

Posteriormente, se indagó sobre quiénes integran el núcleo familiar de las personas residentes: seis mencionaron que en su familia conviven con cuatro personas; tres, con dos; tres, con tres; dos, con cinco, mientras que una indica que vive con seis familiares; una, con 10 diez y, finalmente, una explicó que su familia es extendida, dado que convive con 11 personas de primer y segundo grado de consanguinidad en condición de hacinamiento en una casa de habitación de bono.

De modo que, la mayoría del estudiantado pertenece a hogares nucleares conyugales con hijos, tal y como ocurre con la situación nacional en la que 2 082 459 (48, 41%) de los hogares corresponden a “nucleares conyugales con hijos”; también en lo concerniente a los hogares nucleares monoparentales existen 494 786 familias (11, 50%) categorizadas con esta tipología familiar, a lo que se suma que “los hogares extensos con presencia de cónyuges e hijos y otros familiares” es representado por 60 175 hogares (13.98%) según el Centro Centroamericano de Población (2018).

Respecto de la condición socioeconómica del grupo familiar, se consultó a las personas participantes acerca del número de miembros que cuentan con un trabajo remunerado: 10 estudiantes explicaron que en su grupo familiar labora una persona; cinco respondieron que en su familia trabajan dos integrantes; uno respondió que tres miembros son activos económicamente y uno afirmó que en su hogar ninguna persona cumple con esa condición.

En lo que respecta a las jefaturas femeninas, se identificó cuatro casos en los hogares de las personas residentes voluntarias; los indicadores sobre las jefaturas femeninas publicados en el *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2017)*, presentan una dimensión compleja que refleja, por una parte, un incremento en la participación laboral de las mujeres mas, por otra parte los ingresos que perciben son escasos, debido a que “los nuevos puestos se concentran en servicios domésticos, una actividad con baja remuneración y escasa protección social” (2017, p. 92).

Tales condiciones explican las razones por las cuales “el 40 % de las familias pobres y un 43,3% de los hogares en pobreza extrema, corresponden a hogares con jefatura femenina” de acuerdo con el *Vigésimo Informe Estado de la Nación* (citado por Rivera, 12 de noviembre de 2014: en estos casos, la suma de múltiples determinantes sociales de la salud como el nivel educativo, la calidad del empleo, la zona geográfica y las condiciones familiares establecen una condición de pobreza que redundo en mayor vulnerabilidad social y en dificultades en el acceso a la Educación Superior.

En cuanto a las ayudas económicas otorgadas por el Estado, la totalidad de las personas participantes del seminario cuentan con beca cinco, la cual les permite ingresar al Programa de Residencias Estudiantiles, mas se les consultó si reciben algún beneficio económico o ayuda de otros miembros en el grupo familiar: dos residentes mencionan que reciben pensión alimenticia; 12 perciben beca del Fondo Nacional de Becas (FONABE), una persona comentó que en su hogar tres integrantes cuentan con el beneficio de FONABE dicho además, siete personas expresan que otros miembros de su familia obtienen beca cinco de la Universidad de Costa Rica, mientras que una recibe ayuda económica de un familiar.

Lo anterior, aparte de ser un incentivo para el estudio, representa un mecanismo gubernamental capaz de promover mayor movilidad social mediante la educación; por ende, es el recurso de más impacto para revertir los indicadores de pobreza en el ámbito nacional, los cuales corresponden a 161 477 hogares costarricenses que viven en esta condición a lo que se suman 28 739 familias en una situación de pobreza extrema, de lo cual resulta un 31,5% de hogares con pobreza por ingresos, multidimensional o ambas, según el *Informe Estado de la Nación* (2017, p.89), que a su vez recalca que

tal como se mostró en secciones anteriores, la pobreza multidimensional también es dinámica, pues en 2016 un 8,8% de los hogares del país salió de esa condición, mientras que un 7,3% ingresó a ella. Esto dio lugar a una reducción en su incidencia, que pasó de 21,8% en 2015 a 20,5%, en 2016 (-1,3 puntos porcentuales) (2017, p. 87).

No obstante, dichos datos estadísticos no reflejan la realidad costarricense, debido a que, según el *Informe Estado de la Nación* (2017, p.121), un hogar es considerado pobre cuando su “ingreso *per cápita* es menor o igual a la línea de pobreza de la zona respectiva (urbana o rural), además de que la pobreza extrema compara el ingreso per cápita con el costo de la canasta básica alimentaria (CBA)”; por ende, el 31,5% excluye a las familias vulnerables a la problemática, pero que no han sido categorizadas con esta condición de pobreza. Lo mencionado significa que, a pesar de que estas familias superan la línea de pobreza, no se garantiza que todos los miembros del hogar satisfagan las necesidades que, a partir de la óptica multidimensional, se consideran mínimas para que las personas desarrollen sus capacidades potenciales (Fernández y Del Valle, (2017), citados por *Informe Estado de la Nación* (2017, p.85), motivo por el que las universidades públicas otorgan un porcentaje importante de su presupuesto para la asignación de estos beneficios a quienes provienen de hogares vulnerables y con pobreza (*Sexto Informe Estado de la Educación*, 2017),

lo que se explica por un extenso programa de becas que cubre a poco más del 50% de la población estudiantil y supera el 80% en las sedes regionales, así como el bajo costo para las familias que deben cubrir un pago por la matrícula (Programa Estado de la Nación, 2017, p. 243).

En torno a lo expuesto, cabe destacar el porcentaje mayoritario de becas destinado a las sedes regionales, partiendo de que los indicadores de pobreza más altos se encuentran en las zonas rurales, lo cual podría propiciar un acceso más igualitario a la educación superior.

Por otra parte, en lo concerniente a tenencia de vivienda, 15 personas respondieron que habitan en casa propia: dos indicaron que el inmueble está hipotecado, seis aclararon que la vivienda es de bono, una persona señaló que la casa es alquilada, mientras que una persona aclaró que la casa donde habita su familia es “prestada”. En términos generales, explicaron que el estado estructural de dicha vivienda es “bueno”, a excepción de una persona residente que vive en una casa de habitación en condición de deterioro. Tales datos contrastan con los brindados por la ENAHO (2014), la cual indica que 62.48% familias poseen vivienda propia totalmente pagada, mientras que un 17.99% alquila, 10.64% corresponde a viviendas propias que pagan a plazos; otros casos -como casas cedidas o prestadas representan un 7.68%, y un menor porcentaje -un 1.21%- son viviendas en condición de precario (Centro Centroamericano de Población, 2018).

En torno a los porcentajes anteriores, muestran una similitud con el voluntariado participante del seminario, a excepción del estado de alquiler e hipoteca, en el que la posición ordinal varía; asimismo, esta encuesta indica que un 18.82% de la población costarricense fue beneficiaria del bono de la vivienda. A raíz de lo expuesto, la asignación de un bono de vivienda por el Estado o por organismos internacionales, implica que el núcleo familiar de la persona residente presenta condiciones socioeconómicas que propician que la persona obtenga una beca socioeconómica 5 y, por ende, acceda al Programa de Residencias.

Continuando con el tema de viviendas, en cuanto al estado de estas, para establecer los criterios se utilizó las respuestas obtenidas a partir de las preguntas 9 y 10 de la entrevista semiestructurada, empleada como método de recolección de datos para el desarrollo del

seminario de graduación (ver Anexo 5), en el cual se indaga sobre el tipo de material tanto del “piso” como de las “paredes”, así como la cantidad de habitaciones y aspectos generales de la infraestructura. En torno al tema, y de acuerdo con la ENAHO, un 58.82% de las residencias familiares se encuentra en buen estado, un 31.72% presenta condiciones regulares y un 9.46%, en mala situación, según el Centro Centroamericano de Población (2018), por tanto, los datos brindados por las personas participantes responden a la situación nacional.

De la misma forma, se investigó acerca de las deudas bancarias de las familias de las personas residentes, así como de las adquiridas a través de una fuente crediticia informal, de lo que se obtuvo que nueve familias no poseen deudas económicas, mientras que seis sí y dos residentes desconocen la respuesta. Por su parte, la única persona estudiante que posee una deuda con prestamista informal menciona que corresponde a un familiar:

eh depende digamos como yo estoy en [refiere el año y la carrera base], tuvimos que comprar una cámara y la compu [computadora], entonces es la inversión que estamos haciendo ahorita; pero por lo demás [deudas] grandes no tenemos. Ese préstamo no, ese préstamo fue con un contrato con mi [menciona familiar implicado] (participante 2).

Los ítems asociados a las deudas económicas fueron incluidos en la entrevista semiestructurada por ser un factor influyente sobre la dinámica familiar, puesto que cualquier tipo de carga económica puede impedir la satisfacción de las necesidades básicas de los integrantes del núcleo familiar. Al respecto, el Programa Estado de la Nación (2017), afirma

el acceso al crédito es un elemento esencial del crecimiento económico que fomenta la inversión privada. El desarrollo de ideas innovadoras de personas emprendedoras o sectores prioritarios, como grupos de mujeres o minorías étnicas, depende de la posibilidad de obtener financiamiento. Sin embargo, el elevado riesgo de este tipo de proyectos, la baja capacidad de pago y la falta de garantías a menudo impiden que las propuestas se lleven a cabo. En atención a esta problemática surge la banca de desarrollo, como una política pública que busca facilitar préstamos a grupos que usualmente no tienen acceso al crédito bancario (p. 149).

A pesar de la existencia de una banca de desarrollo que intenta mitigar la vulnerabilidad económica de los grupos prioritarios, hay casos que no incluidos en el análisis que forman parte de la problemática planteada con anterioridad, como lo indica la persona participante 2, quien afirma la existencia de una deuda económica adquirida de una fuente crediticia informal. Consecuentemente, las deudas económicas influyen en la capacidad para mejorar el nivel adquisitivo de los hogares en condición de pobreza y aquellos en vulnerabilidad, lo cual repercute en el proceso de salud, la escolaridad, la inserción laboral y el tipo de puesto ocupacional que se refleja en las acciones de los individuos. Al respecto, Orem (1983), afirma que

existen dos categorías de requisitos para el autocuidado del desarrollo, donde el segundo corresponde al “suministro de cuidado o para prevenir efectos nocivos de las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano (tipo 2.1) o para mitigar o vencer dichos efectos (tipo 2.2)” resultantes de condiciones específicas, tal como la privación de la educación, la pérdida de posesiones o de la seguridad

en el trabajo, el cambio repentino de residencia a un ambiente desconocido, la pérdida de parientes, amigos o colegas, entre otros (p. 70).

Tal como se mencionó en el marco referencial, los factores anteriores influyen de manera significativa en el conocimiento y las prácticas del autocuidado, dado que las situaciones personales, familiares y sociales establecen las oportunidades o acceso a los diferentes entes que facilitan los procesos de educación y atención en salud.

En relación con lo expuesto, Orem afirma que “las capacidades del individuo de tomar parte en su propio cuidado [...] están condicionadas por la edad, el estado, estado de desarrollo, las experiencias de su vida, su *status* sociocultural, su salud y sus recursos disponibles” (1983, p. 45); por consiguiente, resulta necesario conocer las características específicas de cada participante, así como el entorno en el cual se encuentra, debido a que estos son los referentes para comprender las prácticas de autocuidado empleadas.

4.2 Conocimiento de los participantes acerca del autocuidado

Durante el desarrollo de este apartado, se presentará los resultados obtenidos de los participantes sobre su conocimiento acerca del autocuidado y los diferentes requisitos universales de autocuidado, lo cual corresponde al segundo objetivo específico del seminario de graduación *determinar el conocimiento del estudiantado acerca del autocuidado*.

La importancia de indagar sobre el conocimiento de autocuidado radica en que permite identificar los requerimientos propuestos por Orem (1983), además de que el saber direcciona la práctica de autocuidado.

4.2.1 El mantenimiento de una ingesta suficiente de aire

En lo concerniente a una ingesta suficiente de aire, hay que considerar lo propuesto por Dorothea Orem (1983), quien expone los requisitos universales de autocuidado, los cuales van a presentarse según el orden de la autora: el primero se refiere al *mantenimiento de una ingesta suficiente de aire*.

Al respecto, una persona participante menciona que “*sí por salud, de hecho, mi cuarto no tiene ventanas y mi mamá me pasó de cuarto porque decía que de hecho me iba a enfermar y me cambiaron de cuarto*” (participante 7).

Otra persona estudiante expresa “*sí claro [...] yai porque usted tiene una mejor, está más fresco, tiene una mejor respiración y está más tranquilo y en los lugares encerrados hay mayor ansiedad; inclusive, si la persona es claustrofóbica*” (participante 8).

Sobre la temática, otro indica

sí claro [...] bueno a mí me han explicado que por ejemplo en los espacios ventilados, bueno aquí en residencias, casi que se da mucho que viven tres personas, entonces a mí me han explicado que si una persona tiene gripe los espacios ventilados ayudan a que fluyan los gérmenes y si no es ventilado como que se acumulan y se quedan ahí y todos nos vamos a enfermar; en cambio así hay menos posibilidades de que uno se enferme igual el aire puede como que lo relaje a uno un poquito como que uno se despierte [realiza movimientos con sus manos al hablar] (participante 19).

En torno al tema, 11 estudiantes asocian los espacios ventilados con zonas al aire libre, tres desconocen sobre el tema y tres evidencian conocimiento sobre la importancia de la ventilación en los escenarios donde se llevan a cabo actividades humanas. En relación con lo anterior, el Laboratorio Nacional Lawrence Berkeley (2018), confirma que el aumento de las tasas de ventilación en el hogar aumentará las concentraciones en el interior de partículas del aire exterior, las cuales afectan negativamente la salud, sobre lo que -en específico- detallan que

la tasa de ventilación óptima para la salud general dependerá de los niveles de contaminantes del aire exterior, la fuerza de las fuentes de contaminantes

interiores y la medida en que el aire exterior entrante y el aire interior recirculado se filtran para eliminar los contaminantes del aire.

No obstante, los cambios dados en la ventilación exterior o interior pueden afectar la condición de salud del individuo, debido a las oscilaciones de temperatura que experimentan en un espacio, dando características favorables para la proliferación de diversos agentes patógenos oportunistas.

Al respecto, Orem (1983), afirma que para el funcionamiento normal es necesario adaptar los factores internos y externos, tal es el caso de la ingesta de aire, ya que se requiere una mayor ventilación durante el día para prevenir un proceso de enfermedad a raíz de la exposición de los microorganismos.

Ahora bien, a pesar de que no existe un perfil sobre la calidad del aire en interiores en Costa Rica (en bases de datos de la OMS), en el año 2012 se publicó el *Quinto Informe de la calidad de aire en el Gran Área Metropolitana (GAM)*, en el que se enlista los contaminantes criterio, definidos como “los que están regulados por una norma que define los niveles de concentración en el aire recomendables para la protección de la salud humana”, tales como monóxido de carbono, dióxido de azufre, óxidos de nitrógeno, gases orgánicos totales, gases orgánicos reactivos, amoníaco, las partículas menores a 10 microgramos y menores a 2,5 microgramos.

Partiendo de la información anterior, es imprescindible conocer acerca de dichas circunstancias en el estudiantado, tanto de la existencia de contaminantes generados en interiores y en exteriores, como de las relacionadas con la provisión e ingesta de aire, lo cual permitiría al individuo tomar una posición más crítica en cuanto a su vivencia y la importancia de mantener espacios con mayor ventilación que disminuyan el riesgo de alteraciones en el proceso salud-enfermedad.

4.2.2. El mantenimiento de una ingesta suficiente de agua

El segundo requisito universal de autocuidado establecido por Orem (1983), es el *mantenimiento de una ingesta suficiente de líquidos*. Al indagar sobre si “es importante ingerir líquidos y por qué”, tres participantes no respondieron por desconocimiento - afirmaron no saber- mientras que de las respuestas de una persona se infiere desconocimiento al respecto.

En torno a las otras respuestas, asociadas al funcionamiento corporal, cuatro residentes indican ingerir líquidos por la hidratación o la salud renal; dos, solo destacan la salud renal, mientras que otros se refirieron a salud de la piel, digestión o tránsito intestinal, “calor del cuerpo”, “sentirse más fresco” y la “relajación”. Además, se presentan respuestas distintas, tal es el caso de un universitario quien menciona *“día y no, se supone que uno tiene que estar bien hidratado entonces lo normal, nosotros siempre”* (participante 1).

A su vez, una persona residente contestó: *“bueno supuestamente es bueno [frisas] le voy a ser honesta yo no tomo mucho líquido [pausa] en teoría es bueno porque ayuda mucho a la parte de sistema [pausa] más que todo al calor del cuerpo”* (participante 3).

Tales respuestas se relacionan con las sensaciones percibidas del estudiantado al consumir el agua, las cuales son expresadas con beneficios experimentados ante un consumo ideal de líquidos, por lo que es relevante mencionar que no es necesario recurrir a explicaciones de procesos fisiológicos para evidenciar la importancia del consumo de agua, porque son las vivencias experimentadas de los universitarios las que pueden modular la educación significativa.

Otras respuestas son las siguientes: *“sí, aunque no soy buena consumiendo líquidos [pausa] líquidos como el agua y por salud porque no sé para los riñones y todo eso es importante”* (participante 7); *“yo diría que sí [pausa] diay ayuda a la digestión y todo eso como a sentirse más fresco”* (participante 8); *“tomar líquidos, como si, diay porque así uno se siente mejor y tiene una buena digestión, una buena salud, sí se cansa menos”* (participante 10).

Otra persona estudiante se refiere a las consecuencias de la poca ingesta de agua, basado en un proceso de interiorización sobre la importancia de consumirla:

uy demasiado, demasiado, porque bueno yo antes, bueno tenía un periodo en el que no lo hacía y de repente la piel se pone muy seca los labios andan muy secos

[...] Y no sé siento como que me ayuda bastante en la parte digestiva, todo, tener mucho líquido en el cuerpo uno anda [no continúa la idea] de repente uno tiene energía (participante 2).

Por su parte, una persona estudiante explica dos de los beneficios de la ingesta de agua inculcada en el lugar de socialización familiar, en la que la figura materna es un referente a pesar del desligue de la tutela familiar.

Sí, nada más que casi nunca tomo agua [pausa] bueno mi mamá siempre me ha dicho porque ella me regaña porque yo no tomo, que para la piel, para el tránsito intestinal [...] las personas somos casi en general mucha agua entonces siempre que caminamos hacemos cosas, gastamos líquido (participante 11).

De igual manera, se consultó a los estudiantes si consideraban importante el consumo diario de agua, a lo que todos contestaron “sí”; al indagar el porqué de dicha respuesta las personas participantes mencionan las mismas razones por las cuales consideran relevante la ingesta de líquidos en general.

En este aspecto, cabe destacar que cada vez existen más pruebas de la relación entre la ingesta de agua, la enfermedad física y el rendimiento cognitivo, a lo que se suma lo mencionado por Gandy (2015), quien apunta que “la prevalencia de la deshidratación en los adultos ha sido estimada en 16-28% dependiendo de la edad” (p.1), en otras palabras, la deshidratación debe ser vista como un problema de salud pública; no obstante,

hay poca evidencia que revela claramente una correlación entre el consumo de agua y enfermedades metabólicas/corazón. En un estudio de cohorte de Estados Unidos [...], un grupo de individuos que beben a diario cuatro tazas de agua mostró significativamente menor riesgo de enfermedad cardiaca en comparación con un grupo potable < 2 tazas de agua al día. (Jang et al., 2016, p.6)

Sin embargo, los seres humanos sanos pueden tener variaciones en su consumo de agua, moduladas por la excreción de líquidos, las condiciones de vida y los hábitos dietéticos, así como por la regulación neuroendocrina, razón por la que tanto el Instituto de Medicina, como el Panel de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria no han establecido un nivel superior de ingesta segura, a pesar de que la deshidratación, la hiperhidratación aguda y la hiponatremia resultante son potencialmente un peligro para la vida (Kant y Graubard, 2017). Además de que, según Sui, Zheng, Zhang y Rangan (2016), los requisitos de la ingesta de agua varían de acuerdo con las condiciones ambientales, la actividad física, la ingesta alimentaria y el metabolismo individual.

Los conocimientos pueden variar en función de las investigaciones, tal es el caso de la recomendación de Dorothea Orem (1983, p. 59), en relación con el consumo de agua, debido a que sugiere mantener una “ingesta de líquidos a no más de 1000 mililitros”. No obstante, la OMS recomienda consumir 2,9 litros de líquido por día en el caso de los hombres y 2,2 litros, en las mujeres con el fin de mantener una hidratación adecuada, sin dejar de lado de que existe una importante evidencia científica relacionada con las diferencias en el consumo de agua según género, edad, antropometría y grupos socioeconómicos (Sui, Zheng, Zhang y Rangan, 2016). De igual manera, en cuanto a la

importancia del consumo de agua, the Hydration for Health Initiative (H4H) (2017) explica que

el agua desempeña múltiples funciones en el cuerpo: con ella se construyen las células y fluidos corporales; actúa como medio de reacción, como disolvente y como reactivo. Además, es la encargada de transportar los nutrientes y ayuda a eliminar los residuos corporales a través de la orina. Es fundamental para controlar la temperatura corporal mediante la evaporación del sudor.

En otras palabras, la importancia de la ingesta de agua mencionada por las personas residentes concuerda con algunas de las razones explicadas por H4H (2017), por ende, es posible establecer que los participantes poseen conocimiento al respecto; sin embargo, se evidencia vacíos de conocimiento en los universitarios entrevistados, porque solo logran mencionar uno o dos beneficios de la ingesta de agua, motivo por el que se requiere utilizar estrategias que incentiven al estudiante a contrastar el saber propio con la práctica.

De igual forma, al indagar a cerca de los líquidos más beneficiosos para la salud, nueve personas mencionan el agua, un estudiante nombra el “té y los refrescos naturales”, una persona residente afirma que son “los jugos de fruta y de verduras”; otra menciona “frescos de pulpa, agua, avena y té”, mientras que otra indica que “agua y leche”, información de la que se colige que 10 mencionan el agua como uno de los líquidos más beneficiosos.

Al respecto, Spina (2013), subraya que “en términos de calidad, cualquier bebida no hidrata por igual, es decir, los aportes son variables según el tipo de bebida. La cantidad y la calidad de los líquidos ingeridos generan un impacto en el estado nutricional” (p. 5), debido a que los que contienen azúcares no tienden a favorecer la hidratación porque aportan una cantidad de calorías considerable: tal como subrayan Leung, DiMatteo, Gosliner y Ritchie (2018), el líquido saludable por excelencia es el agua, puesto que

el agua en su forma normal no contiene azúcar ni calorías. [...] la ingesta de SSB [bebidas azucaradas] se ha asociado con un aumento de la ingesta de energía y un mayor riesgo de obesidad, síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y enfermedades del corazón (p.2).

A pesar de ello, Leung et al. (2018), explican que las bebidas sin contenido de azúcar añadido, tales como jugos 100% de frutas, leche, café, té y cualquier otra bebida similar no son contraproducentes por su valor calórico; sin embargo, no se equiparan a la capacidad de hidratación del agua.

Como bien lo mencionan los autores anteriores, las recomendaciones nutricionales deben ser concretas, orientadas a un pensamiento crítico que no sanciona la ingesta de bebidas azucaradas, aunque se inclina por el consumo disminuido de azúcar y la preferencia del agua en lugar de refrescos azucarados puede prevenir la aparición de ECNT.

4.2.3. El mantenimiento de una ingesta suficiente de comida

En cuanto al tercer requisito, *mantenimiento de una ingesta suficiente de comida* (Orem, 1983, p. 63), se consultó a las personas informantes sobre su conocimiento acerca de los tiempos alimenticios recomendados por día, respecto de lo que nueve afirmaron que se debe hacer cinco tiempos; cuatro mencionaron que son tres; dos indicaron cuatro tiempos entre los que se consideró la merienda vespertina. Considerando las respuestas, se concluye que nueve personas estudiantes poseen conocimiento sobre esta temática ya que, como menciona Butnariu (2017), “la alimentación saludable consiste en consumir diversos alimentos, moderados, que se distribuyen a lo largo del día en la forma de tres comidas principales y 1-2 meriendas” (p.2261), en otras palabras, una persona necesita cumplir con al menos cinco tiempos de alimentación con el fin de mantener hábitos que favorezcan su salud, por lo que debe incluir el desayuno, la merienda matutina, el almuerzo, la merienda vespertina y la cena.

Por su parte Banu (2009), citado por Butnariu (2017), advierte que mantener una ingesta de alimentos a través de una dieta recomendada con horarios de alimentación regulares, contribuye al mantenimiento de la salud y la disminución del riesgo de presentar ECNT puesto que, al haber una ingesta de alimentos en periodos de tiempo poco prolongados, y un cumplimiento de las necesidades del cuerpo humano en cuanto a las cantidades de nutrientes, es posible disminuir la incidencia de alteraciones en la salud.

En consecuencia, al haber desconocimiento sobre los tiempos de alimentación ideales por día, se podría inferir la existencia de repercusiones negativas sobre su salud. En torno a la pregunta, aunque fue planteada de forma cualitativa ¿cuáles tiempos de alimentación

debe realizar una persona? El estudiantado solo se refiere a datos numéricos, lo que sugiere la ausencia de la asociación de los tiempos de alimentación y su importancia nutricional.

4.2.4 La provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos

Continuando con el conocimiento de los requisitos universales de autocuidado, Orem (1983) plantea el cuarto, *provisión de cuidados asociados con los procesos de evacuación y excrementos*, tema sobre el que se consultó a las personas la frecuencia de defecación ideal de un individuo: cinco refirieron no tener certeza; seis, al menos una deposición diaria; tres consideran que lo ideal son dos veces por día; dos aclararon que “*lo mejor es evacuar tres veces por día*”, mientras que una persona estudiante explicó que “*lo esperado es que cada vez que ingieren alimentos*”. Otras respuestas son las siguientes:

a mí me parece que debería ser una vez al día o más si se puede, yo sí he escuchado que es importante como estar evacuando constantemente. Para que aquí no se acumule nada [señala la zona abdominal], y eso es lo es que a mí a veces me han explicado, es que eso se pega en las paredes de los intestinos y las personas tienen dolor de colon y no sé qué entonces; sí depende de los alimentos que uno consume, que uno este constantemente [no finaliza la idea] que no siempre sea lo mismo (participante 2).

Dos veces al día, una vez al día más o menos, diay [...] siento que por la cantidad de veces que uno debe comer, también es bastante, yo diría que uno debe como en la mañana y la noche, en la mañana desechar todo lo que se produjo en la noche y en la noche todo lo que usted produjo en el día (participante 14).

Al respecto, Franco y Ejerskoy (2017), mencionan que los patrones de defecación suelen estar determinados por aspectos como la edad y las características de la dieta; además, señalan que a partir de la pubertad las mujeres presentan una frecuencia de defecación menor que los hombres; por consiguiente, es posible afirmar que no existe un criterio determinado para establecer el patrón de defecación como adecuado o inadecuado, debido a que depende de las particularidades de cada individuo. Además, Mahan, Escott-Stump y Raymond (2013), expresan que

la defecación, o expulsión de las heces a través del recto y del ano, se produce con una frecuencia variable que varía desde tres veces al día hasta una vez cada 3 días o más. Las heces generalmente están formadas por un 75% de agua y un 25% de sólidos, aunque las proporciones son muy variables. Aproximadamente dos tercios del contenido del peso húmedo de las heces son bacterias, y el resto procede de las secreciones digestivas, el moco, las células desprendidas y alimentos no digeridos (p. 12).

En relación con lo anterior, se puede concluir que las personas participantes poseen conocimiento sobre el patrón de defecación debido a que la frecuencia de defecación se encuentra dentro del rango establecido por la literatura, lo que podría contribuir a identificar una alteración en el patrón propio.

Asimismo, dentro de la información consultada a las personas participantes se encuentra los alimentos o grupos alimenticios que contribuyen a la excreción y evacuación en una persona, de lo que se obtuvo respuestas distintas de ocho personas universitarias, quienes mencionan los alimentos altos en fibra, el té de manzanilla o menta, la leche entera, la

fibra de los frijoles, la carne, las verduras y la ciruela, mientras que siete indican que las frutas contribuyen con el tránsito intestinal y dos afirman no conocer sobre este tipo de alimentos. Algunas respuestas son las siguientes:

no sé, yo diría que en [duda al contestar], bueno tiene que ser una buena alimentación, primero que todo, pero diría que las frutas y lo que hablábamos antes del agua, pienso que eso le ayuda mucho el cuerpo y alguna que otra comida, digamos como que no sea muy pesada para el cuerpo, creo que la carne sí es muy pesada entonces creo que eso. (participante 11)

A su vez, una persona estudiante refiere “*diay, tal vez como frutas no me acuerdo el nombre de lo que tienen ellas, pero creo que fibra me parece, como la papaya, como la piña, cosas así*” (participante 15).

De acuerdo con lo anterior, la dieta contribuye al tránsito intestinal, máxime si -como aseguran Mahan, Escott-Stump y Raymond (2013), es “rica en frutas, verduras, legumbres y granos enteros típicamente, lo que hace que el tiempo de tránsito digestivo total sea menor, que la defecación sea más frecuente y que las heces tengan mayor volumen y sean más blandas” (p. 12).

En torno a lo mencionado, se afirma que 10 personas poseen conocimiento sobre los alimentos que facilitan el tránsito intestinal, en contraparte siete demuestran desconocimiento ya sea porque hacen referencia a alimentos que, si bien es cierto

aumentan la frecuencia de defecación, este incremento de deposiciones es generado por condiciones patológicas; tal es el caso de quienes mencionaron que la leche, frijoles y la carne contribuyen con el tránsito intestinal. A su vez, la persona participante 3 confunde las infusiones herbales como alimentos facilitadores del tránsito intestinal porque estas generan una sensación de bienestar, lo cual no responde a la pregunta planteada.

Respecto del tema, lo primordial es que la alimentación incluya todos los grupos alimenticios, con el fin de que se propicien los procesos de evacuación y excreción en los seres humanos, sobre lo que una parte de las personas residentes identifica alimentos que cumplen esta función e incluye el consumo de agua como un elemento importante para facilitar el tránsito intestinal, aspecto que de manera directa puede influir su práctica, máxime que, como menciona Orem (1983), la provisión de cuidados asociados a los procesos de evacuación y excrementos es mediado directamente por el conocimiento que posee el individuo, es decir, es de esperar una práctica saludable en las personas que demostraron conocimiento.

Del mismo modo, se indagó acerca de la concepción de los residentes sobre la micción y su importancia: siete personas refieren “desechar toxinas o impurezas”, dos no poseen conocimiento, mientras que otras dos responden concretamente “sí” y seis responden de forma distinta.

Por su parte, una universitaria afirma, *“sí, porque los orines tienen como muchos tóxicos, sustancias tóxicas para el cuerpo, bueno creo yo, no sé qué, este [pausa] y por los riñones*

también, porque es una manera como de limpiarlos y nada más” (participante 18). Otra respuesta fue la siguiente:

sí claro, de ahí porque como le decía antes uno libera ciertas sustancias que el cuerpo, digamos, el cuerpo no las requiere tanto, también para regular la temperatura, he escuchado que la orina es buena y para los riñones, para que estén en funcionamiento porque di no, no, yo he escuchado que las personas que no orinan mucho corren el riesgo de que les dé como piedras o algo de lo que no sé digamos como los riñones no están trabajando entonces creo que por eso
(participante 19)

De acuerdo con Smeltzer, Hinkle, Bare y Cheever (2013), la principal función del sistema urinario es “mantener el estado de homeostasis del cuerpo por la regulación cuidadosa de líquidos y electrolitos, con retiro de los desechos” (p. 1293), proceso que se lleva a cabo mediante una serie de acciones que concluyen con la excreción de la orina.

En otras palabras, la orina es de gran importancia para el ser humano y su funcionamiento, porque como producto es un indicador de los procesos de evacuación que forman parte del cuarto requisito universal de autocuidado el cual, según Orem (1983), permite el mantenimiento de la salud y la prevención de los procesos patológicos, por tanto, es primordial que los participantes conozcan la relevancia de la función urinaria a fin de contribuir en la autogestión de la salud y detectar las alteraciones que, en este caso, coincide con las respuestas brindadas por los participantes.

En lo concerniente a la excreta de orina, se investigó sobre el color esperado: 16 estudiantes consideran que es saludable excretar la orina de “color amarillo claro”, mientras que solo una persona residente menciona “*cuanto más transparente mejor*” (participante 9). Otra de las respuestas más significativas fue

tengo entendido que la orina sí tiene bastantes tipos de colores, dependiendo de la situación o el tipo de bebidas que se consuman, tengo entendido que una orina muy blanca o casi transparente o como agua es un exceso de hidratación, una tipo amarilla así digamos no muy fuerte como ese color [realiza movimientos con sus manos], es como una hidratación correcta. Después hay como verde que supuestamente es por infecciones o roja por rompimiento del tejido, entonces hay sangre, hay hasta una consistencia como espumosa que creo que es por el exceso de bebidas alcohólicas, si un montón más que creo que he escuchado, pero no me acuerdo las otras (participante 1).

En cuanto a ese aspecto, Mayo Clinic (2017), indica que “el color normal de la orina oscila entre el amarillo pálido y el ámbar profundo, como resultado de un pigmento llamado urobilina y de la dilución o concentración de la orina”, a lo que se suma que el color es afectado por la alimentación, debido a que ciertos pigmentos y compuestos pueden modificar el color de la orina.

En contraste, se destaca el conocimiento demostrado por las personas participantes, que les permite identificar alteraciones en la orina y gestionar su propia salud de una manera oportuna y segura. Por su parte, Orem (1983), explica que es el individuo el responsable

de la autogestión de la salud, motivo por el que requiere del conocimiento para mantener su bienestar a través de la acción de autocuidado.

Asimismo, la exposición a fármacos o sustancias psicoactivas y la presencia de diferentes enfermedades modifican el color de la orina como resultado de una alteración de los procesos metabólicos del organismo, sobre lo que Chernecky y Berger (2013), indican que puede variar desde negro, azul, marrón, amarillo oscuro, verde, naranja hasta el rojo, de lo cual se colige que el estudiantado posee conocimiento sobre el color ideal de la orina a excepción de una persona, quien refiere que debe ser transparente lo que indica sobrehidratación.

La coloración de la orina representa un parámetro para determinar el estado de salud de la persona; por ende, es relevante que se cuente con el conocimiento teórico el cual permita evaluar esta situación y así tomar acciones concretas a fin de mantener la salud y prevenir consecuencias negativas a futuro.

4.2.5 El mantenimiento de equilibrio entre actividad y descanso

Relacionado con el quinto requisito universal de autocuidado, *mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso* (Orem, 1983, p. 63), se investigó sobre el número de horas de sueño diarias: al respecto, 10 personas mencionaron ocho horas; tres, de siete a ocho; una, de ocho a diez; otra, de seis a ocho; una no responde de manera concreta “*di porque uno necesita recuperar fuerzas, descansar para el otro día levantarse, si no imagínese*”(participante 13), mientras que otra menciona “no sé”. De igual manera, se expone la siguiente afirmación:

no sé específicamente cuánto, pero yo sé que cierto tiempo el cuerpo [necesita] para relajarse, relajarse y el cuerpo empieza en un estado de relajación total y ya, después pasa a otro estado donde ya el cuerpo como que se desconecta totalmente de todo, el sueño va como en etapas; entonces hay dos personas una que con dormir seis horas es suficiente y para otra seis horas es insuficiente (participante 14).

Cabe destacar que Amra et al. (2017), explican que dormir es una actividad primordial para la salud mental del ser humano, así como para la consolidación cognitiva y el funcionamiento físico; por lo tanto, señalan que la privación total o parcial del sueño en una persona aumenta el riesgo de enfermedades físicas y mentales. A lo anterior hay que sumar que permite al individuo mantener su salud por medio del descanso de manera que, la privación de este, trae consigo alteraciones en la salud de la persona: en el caso del estudiantado, se presentan -incluso- variaciones en el nivel de conocimiento debido a que como lo afirma Orem (1983), el autocuidado es parte integral del desarrollo humano y su vida diaria. Por ende, en la medida en que una persona conozca la importancia de poseer una buena higiene del sueño, así agencia el equilibrio entre actividad y descanso.

En lo que concierne al número de horas de sueño diarias Álvarez y Muñoz (2016), especifican que

la cantidad necesaria del sueño en el ser humano está regulada por factores que dependen del organismo, del ambiente y del comportamiento. Si bien no existen estándares de extensión adecuada de sueño, según la Fundación Nacional del

Sueño de los Estados Unidos, se requieren de 7 a 9 horas de sueño en un periodo de 24 horas en adultos en forma general (p.23-24).

De lo anterior, se puede afirmar que quienes participan en este Seminario de graduación poseen conocimiento sobre el número de horas de sueño diarias ideales en una persona de manera que, en contraste con lo que explican Álvarez y Muñoz (2016), no existe un número exacto de horas de sueño diarias, sino que sobre este influyen diferentes variables, además de que dentro del intervalo de 7 a 9 horas se encuentran los estándares de sueño aceptables.

4.2.6. El mantenimiento de equilibrio entre soledad y comunicación social

Asociado al sexto requisito universal de autocuidado, *mantenimiento de un equilibrio entre soledad y comunicación social*, de acuerdo con Orem (1983, p. 63), se consultó a los participantes sobre el concepto de redes de apoyo y su importancia: en términos generales, los estudiantes lo asociaron con organizaciones o personas que brindan apoyo en situaciones conflictivas.

De manera específica, nueve personas indicaron que son grupos de personas; cuatro, que “son una organización” o “institución”; dos, las identifican como quienes ayudan, e inclusive las ejemplificaron con “Leyla y Bianchy” psicóloga y trabajadora social del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica de la Sede Occidente. Además, una persona residente manifiesta que es un “espacio para dar motivación”, mientras que otra persona desconoce el concepto, cuando expresa “¿redes de apoyo? [niega con la cabeza]” (participante 9).

Si bien es cierto la mayoría de los residentes reconocen el concepto y construyen una representación social desde su propia vivencia, la persona participante 9 demuestra desconocimiento e inseguridad al respecto, lo que denota, además, la falta de herramientas para identificar a futuro las instancias a las cuales puede acudir para recibir apoyo en caso necesario.

Ahora bien, dentro de las respuestas más relevantes se encuentra *“en resi [residencias] sé que puedo apoyarme en Bianchy y en Leyla, y en mi casa vieras que no, bueno mis amigas e incluso mi mamá”* (participante 18).

Caso en el que explica el término desde su vivencia personal enfatizando en aquellas instancias o personas que identifica como red de apoyo de manera que esclarece que, tanto la psicóloga, como la trabajadora social de residencias, sus amigas y su mamá son redes de apoyo, mas no considera lo mismo en cuanto al resto de su familia.

A pesar, de que la familia se constituye en el primer lugar de socialización de los individuos, la interacción constante con las demás personas del núcleo familiar no implica que se consideren como una figura de apoyo, a lo que se agrega una la influencia de una construcción social evidente: confían, principalmente, en mujeres.

Al respecto Orem (1983), explica que el mantenimiento de un equilibrio entre soledad - la comunicación social, proporcionan las condiciones que la persona necesita para la adquisición de recursos materiales y emocionales a fin de propiciar “el funcionamiento eficaz del individuo” (p. 65), tal es el caso de las redes de apoyo que constituyen un medio

para conseguir los recursos en el ambiente de residencias. Otra de las respuestas es la siguiente:

cómo, cómo, cómo, no sé [pausa] cuando dicen eso me imagino a Leyla [risas], es que no sé cosas así, como gente que lo apoyó a uno, que esté pendiente o que si uno tiene problema que pueda ir algunas partes a decirles cosas o no sé, que si haya una actividad, bueno, bueno no es una actividad [pausa] que sea una parte donde uno dice tengo un problema (participante 6).

Cabe destacar, que los residentes cuentan con algún conocimiento sobre el concepto, que Rodríguez, Yunis y Girón (2015), definen

comprendiendo a estas desde una perspectiva dinámica, sincrónica, holística, fluida y vincular. De esta manera, la red social personal, se define como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad (p.111).

De lo anterior, se comprende que son aquellas relaciones que influyen en el bienestar, autoestima y la adaptación a las situaciones críticas de la vida de una persona, al proporcionar la compañía y el apoyo requerido para afrontar momentos difíciles, motivo por el que las diferentes redes de apoyo deben articular esfuerzos e integrar su actuación, ya que pueden ser familiares, comunitarias, institucionales, entre otras relaciones significativas, que funjan como sostén para la persona, al punto de que logren el desarrollo social óptimo del individuo (Orem, 1983).

4.2.7. La prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano

En lo referente al sétimo requisito, *prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano* (Orem, 1983, p. 63), se indagó sobre temas como concepto de droga y sus efectos, la detección y la prevención de enfermedades, como lo son las infecciones de transmisión sexual (ITS), el cáncer de mama y/o testicular; el concepto y la finalidad de los métodos de anticoncepción.

Sobre el término de *droga*, siete personas explicaron que son “sustancias dañinas para el cuerpo”; cuatro la definen como “cualquier sustancia o cosa adictiva”; una indica que “depende del uso”; otra, que “eleva los que genera sentimientos y bienestar”; tres no responden la pregunta y uno evade la pregunta respondiendo con sus prácticas, por tanto, 10 personas demuestran desconocimiento.

Una de las respuestas brindadas es “*pero yo las definiría como depende del uso que la gente le dé, y depende de la madurez que la persona tenga porque alrededor de eso hay mucho o mucha morbosidad, muchos mitos*” (participante 1).

En este caso, la persona define el concepto de las drogas desde su representación, por lo que evidencia una baja percepción del riesgo la cual, según Orem (1983), va contra el requisito universal de autocuidado evaluado en este caso, debido a que la persona inicialmente debe ser consciente del riesgo para prevenirlo.

Por su parte, una persona estudiante responde con su práctica *“son como cosas que le elevan a uno los sentimientos”* (participante 9), de manera que, desde su propia vivencia, le da una significancia a las sustancias psicoactivas, de la cual se deriva su conceptualización.

También, las drogas fueron explicadas como *“cualquier tipo de sustancias que pueden causar algún tipo de adicción en la persona”* (participante 13), lo cual se asocia con lo expuesto por un grupo de residentes quienes referían que puede ser cualquier sustancia placentera. Teniendo en cuenta la posibilidad de desarrollar adicción al consumir drogas debido a su propiedad psicoactiva, no se puede considerar droga *“cualquier tipo de sustancia”*, a diferencia de lo que explica esta participante. Cabe mencionar que los estudiantes carecen de conocimiento respecto al concepto de drogas, partiendo de lo que menciona la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010), entidad que señala que

las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que tienen la capacidad de alterar la conciencia, el estado de ánimo o el razonamiento de una persona. Actúan en mecanismos del cerebro que normalmente regulan las funciones del estado de ánimo, el pensamiento y la motivación (p. 1).

Si bien es cierto que las drogas generan alteraciones cognitivas y en el comportamiento del ser humano es importante tener en cuenta que no dejan de ser sustancias psicoactivas. En torno al tema, Prado, Valenzuela y Vidal (2015) las definen como *“sustancias que ofrecen recompensas emocionales tras su administración [...] son sustancias inertes, que*

adquieren una significación especial gracias al grupo cercano mediato y comunidad, en la que se desenvuelven los consumidores” (p. 26).

Dado lo anterior, en contraste con los testimonios del estudiantado es posible concluir que gran parte de las conceptualizaciones de drogas se relacionan con la significancia que otorgan las personas residentes a las sustancias psicoactivas, de manera que es posible suponer una relación directa entre la experiencia personal y el concepto otorgado a las drogas. En cuanto a cómo las definen los estudiantes, se destaca que un número importante demuestra una baja percepción del riesgo respecto del uso de sustancias psicoactivas lo que, según Orem (1983), aumenta la posibilidad de sufrir alteraciones en el desarrollo humano, por tanto, es necesario brindar información acerca del fenómeno de las drogas con el objetivo de que este sea visualizado desde una perspectiva más realista y crítica sobre de las afectaciones para la salud causadas por el consumo de psicoactivos.

En cuanto a los efectos de las drogas que mencionados por el grupo de participantes, cinco indican alteraciones y daño neurológico; cuatro, afectaciones en el comportamiento; dos, “relajación” y “sueño”; una, afectaciones en la interacción social referido; otra, dolor de cabeza y vómito, mientras que otra afirma que “daño en el hígado” y dos no responden a la pregunta. Al respecto, se destaca la siguiente respuesta:

y ahora que uno está aquí uno aprende un montón de situaciones de problemas psicológicos que puede traer el saber que uno puede relacionar la droga con cierta parte, porque por ejemplo el cerebro o la parte neuronal que trata sobre la

felicidad y sentirse bien consigo mismo, esa parte se vea afectada por las drogas, puede volverse una dependencia fuerte de tratar (participante 1).

En este caso, se demuestra conocimiento sobre los efectos a nivel neurológico de las drogas porque, como explica Rodríguez (2014), producen un aumento en algunos neurotransmisores que generan un sentimiento de recompensa y bienestar por lo que la persona genera adicción a la sustancia psicoactiva, ya que

la dopamina desempeña un papel fundamental en el proceso de adicción, sin embargo, también existen otros neurotransmisores como el glutamato, el GABA, la serotonina y los sistemas de opioide y cannabinoide cuyas funciones son importantes para la manifestación de adicción. Estos sistemas interaccionan con el sistema dopaminérgico modulándolo (p.29).

En otras palabras, los neurotransmisores afectados por el consumo de drogas generan a nivel neurológico una serie de configuraciones que, como lo explica la persona participante 1, producen sentimiento de bienestar o “felicidad”, por tanto, la persona llega a sentir la necesidad de la sustancia con el fin de experimentar nuevamente dicha sensación, hasta que se convierte en dependencia. No obstante, de igual forma los efectos a nivel neurológico traen consigo consecuencias negativas como el desarrollo de crisis de ansiedad, debido a la activación de los sistemas de estrés en el cerebro y la liberación de corticotropina (Rodríguez, 2014), motivo por el que se afirma que si bien es cierto en el caso anterior se evidencia el conocimiento referente a los efectos de las drogas a nivel neurológico, en lo que respecta a dependencia existe desconocimiento de otras consecuencias producidas en esta área. En torno al tema, se destaca la siguiente respuesta:

yo lo sé, es por mi hermano porque ha sido ese ejemplo que yo no he querido tomar, sí he visto que la persona de repente anda como con una situación más compleja, eso ya implica relacionarse con otros tipos de personas, con otras amistades que el comportamiento cambia de repente, o sea yo no tengo los mismos hábitos (participante 2).

La afirmación anterior expresa una serie de efectos producidos por las drogas mas, en este caso, la persona es capaz de reconocerlos, debido a una situación de un familiar de primer grado. A pesar de que Rivera et al. (2015) identifican a la familia como un factor protector o bien un factor predisponente ante la incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas, se puede agregar el proceso de introspección de la persona participante, considerado un factor protector individual.

En relación con lo mencionado, una persona estudiante agrega lo siguiente:

di puede ser, incluso la [droga] puede apartar de los círculos sociales y enfermedades, adicciones muy fuertes y mmm [interjección] no sé, también lo desvincula mucho lo que es por ejemplo uno acá está estudiando, lo aparta totalmente de lo que es la universidad, los trabajos se pierden totalmente (participante 13).

Dentro de este contexto, es preciso señalar que el estudiantado posee conocimiento sobre algunos efectos de las drogas; no obstante, algunos omiten consecuencias que se presentan en el ser humano en cuanto a los efectos de estas: en relación con lo anterior,

Prado, Valenzuela y Vidal (2015), indican que las sustancias psicoactivas de consumo recreativo “pueden tener implicancias perjudiciales dado que alteran la estructura y las funciones psicofísicas de la persona en su conjunto e impactan negativamente en otras personas en agresiones” (p.26).

En torno a lo mencionado, a nivel neurológico puede generar pérdida de consciencia, mareos, alucinaciones, disminución de la concentración, disreflexia, ansiedad y temor; en lo social, puede presentar cambios en el comportamiento social, delincuencia y violencia; en lo físico, pueden aparecer alteraciones cardiorrespiratorias y en la termorregulación, daño pulmonar, pérdida del control de esfínteres, entre otras: todas estas consecuencias son confirmadas por Arévalo y Oliva (2015), quienes señalan que existen “consecuencias sociales [...], en áreas significativas como salud física, psíquica, relaciones familiares, laborales y sociales”.

Lo anterior quiere decir que las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas se muestran no solamente a nivel físico-neurológico, sino que es posible reconocerlas en el desarrollo social, familiar y psicológico de la persona, por lo que teniendo en cuenta que sus efectos por lo general tienden a ser contraproducentes, Orem (1983), plantea la necesidad de que la persona tenga conocimiento del riesgo al que se expone con el uso de drogas a razón de promover una gestión adecuada de su salud, y evitar la incidencia en conductas que implican peligro para el bienestar y funcionamiento humano, tal como con el consumo de sustancias psicoactivas.

En lo que respecta a la prevención de riesgos, se incluye el autoexamen de mama, considerado importante por casi la totalidad de las personas: al consultar el porqué de ello, nueve no brindan una respuesta, tres explican que por detección temprana de enfermedades o de cáncer y tres afirman que por prevención de enfermedades o cáncer, motivo por el que se deduce que estas últimas seis personas sí conocen la relevancia de dicha práctica, a pesar del uso erróneo del término *prevenir*. En torno a lo anterior, cabe subrayar el desconocimiento de las personas participantes debido a que la mayoría de los estudiantes no respondió a la pregunta; no obstante, la finalidad de este autoexamen es la detección temprana de alteraciones físicas en los senos que indicarían presencia de una enfermedad, lo cual concuerda con lo afirmado por Bernal, Barrientos y Pérez (2015), quienes explican que

se considera útil para la identificación precoz de una enfermedad, siendo el punto de su historia natural cuando puede ser tratado con técnicas que tienen el menor impacto físico y mayor probabilidad de producir curación [...] la práctica del AEM [autoexamen de mama] se muestra, entonces, relevante en el control de la morbimortalidad del cáncer de mama, además, se destaca que la mayoría de las veces, cerca de 90% de las masas son encontrado por la propia mujer (p.7).

En otras palabras, el autoexamen de mama es considerado un método de detección temprana del cáncer de mama, el cual debe ser conocido y practicado tanto por hombres como por mujeres máxime que, como lo explica Orem (1983), en la medida que la persona tenga conocimiento sobre la importancia de una práctica, se sentirá motivada para ejecutarla como parte de su autocuidado y, por el contrario, si el individuo desconoce las

implicaciones de dicho hábito, no contará con el conocimiento necesario para llevar a cabo tal práctica.

Al contrastar lo mencionado por los residentes con la teoría, se concluye que su desconocimiento acerca de la importancia del autoexamen de mama influye de manera negativa en su práctica de autocuidado, lo cual es preocupante ya que, como ha explicado el Ministerio de Salud de Costa Rica (2014), el cáncer de mama es el segundo de mayor incidencia en la población femenina costarricense y el de mayor mortalidad en esta población y que, si bien es cierto para el caso de los hombres su incidencia no es tan elevada, su agresividad sí lo es, debido a que se detecta en etapas avanzadas, por ende, es fundamental que tanto hombres como mujeres reflexionen al respecto.

Dado lo anterior, se requiere concienciar al estudiantado sobre la relevancia del autoexamen de mama, como un método de detección temprana de patologías cancerígenas que afectan al ser humano, independientemente del sexo, aspecto que subraya la trascendencia de la educación que desde la disciplina profesional de enfermería se debe brindar a quienes requieren del cuidado a través de estrategias que despierten el interés tanto de hombres como mujeres acerca del tema, máxime considerando que aunque cinco residentes explicaron la técnica de este autoexamen, mencionando la palpación de la mama para la búsqueda de masas o cambios en dichas estructuras, 12 no conocen la técnica.

En lo que concierne al autoexamen, la mayoría de los estudiantes muestran desconocimiento, lo cual es preocupante, como lo expresa Orem (1983), debido a que la prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano es impulsado por el conocimiento que la persona posea; por tanto, es posible considerar que los participantes no practican el autoexamen de mama debido a su desconocimiento. A lo anterior, se agrega lo comentado por Bernal, Barrientos y Pérez (2015), para quienes “se evidencia que pocas mujeres se realizan el autoexamen de mama y en las que sí lo hacen se encuentran inconsistencias en la frecuencia, oportunidad y ejecución de las maniobras que contempla el examen: inspección y palpación” (p.9), información que contrasta con lo expresado por los residentes, quienes evidencian un mayor desconocimiento, puesto que explican únicamente la palpación como el autoexamen de mama, pero ignoran la inspección necesaria. De igual forma, hay otros determinantes que interfieren con el conocimiento de los residentes, como el caso de

factores sociodemográficos como el nivel educativo y el bajo nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama se ve asociado a la no práctica de este, por ende, como se mencionó anteriormente se relaciona con un diagnóstico tardío de la enfermedad (Castillo y Yepes, 2015, p.23).

En el caso de las personas participantes normalmente se espera mayor conocimiento por su grado de escolaridad; sin embargo, desconocer la técnica del autoexamen aun sabiendo su importancia aumenta el riesgo de que las personas participantes de esta investigación cuenten con una detección tardía en caso de presentar alteraciones malignas en la mama, máxime considerando lo mencionado por Castillo y Yepes (2015), en cuanto a que “este examen consiste en la palpación detallada de cada mama, para detectar la aparición de

alguna alteración o anormalidad, es importante que se realice cada mes” (p.39), por lo que las mujeres deben proponer una fecha siete días antes o después del periodo menstrual, mientras que para las mujeres en periodo de menopausia y los hombres se recomienda tener una fecha del mes fija para llevar a cabo este autoexamen.

De las respuestas se concluye que las personas participantes se encuentran en una posición vulnerable, ya que la identificación de las alteraciones en un estado tardío implica la necesidad de someterse a tratamientos altamente agresivos, por tanto, acrecienta la posibilidad de mortalidad por la no detección temprana, motivo por el que el conocimiento sobre el autoexamen de mama favorece la autonomía y la toma de decisiones respecto de su condición de salud.

Por otra parte, en cuanto al conocimiento sobre autoexamen testicular, ocho participantes masculinos afirman no conocer el concepto ni la técnica, mientras que un estudiante la describe; otro -en términos generales- afirma que es una práctica que deben realizar adultos mayores y menciona que conoce *“muy poco, realmente no es la primera vez que lo escucho, pero no he tenido la curiosidad. Entonces obviamente porque hay personas adultas mayores que tienen esos problemas [no concluye la idea] pero un descuido”* (participante 2). Otro extracto de entrevista destacable afirma lo siguiente:

*un poco pero no mucho [haciendo referencia a su conocimiento sobre el autoexamen][...] es importante hacérselo para ver si uno tiene algo más ahí [...]
no, bueno, estuve leyendo, pero es como que uno se toca el escroto lo va tocando*

bueno, el testículo y va tocando varias partes a ver si sienten algo extraño [...] sí, porque imagínese que uno tenga algo y no se dé cuenta (participante 15).

Es necesario considerar que la mayoría de los participantes hombres desconocen sobre el autoexamen testicular lo que los sitúa en una posición de riesgo, porque la falta de conocimiento impide la detección de alteraciones a nivel testicular. Al respecto, la American Cancer Society (2016), recomienda los siguientes:

- El mejor momento para hacerse el autoexamen es durante o después de un baño o ducha, cuando la piel del escroto está relajada.
- Procure mantener el pene apartado durante el procedimiento y examine un testículo a la vez.
- Sostenga el testículo entre sus pulgares y los dedos con ambas manos y ruédelo lentamente entre los dedos.
- Busque y sienta cualquier abultamiento duro o masa redonda uniforme o cualquier cambio en el tamaño, forma o consistencia de los testículos.

Al indicar tal procedimiento, es posible determinar que los estudiantes confirman desconocimiento sobre el tema; sin embargo, uno explica una técnica de manera correcta, lo que resulta de interés dado que en términos generales la práctica se ve guiada por el conocimiento que posee el individuo en dicha materia, sin dejar de lado lo que indican Arévalo y Rodríguez (2016), quienes expresan que

es importante que los hombres, se realicen un auto examen testicular todos los meses a fin de familiarizarse con el tamaño y la forma normales de sus testículos,

lo que le permitirá descubrir la presencia de algo diferente o anormal en el futuro (p.8).

En otras palabras, es necesario que el hombre conozca la formación de sus testículos porque le permite reconocer alteraciones a nivel testicular, así como el diagnóstico oportuno de cáncer testicular lo que se traduce en una reducción de la morbimortalidad masculina por este tipo de patologías. No obstante, estas acciones se ven interrumpidas porque existe un constructo social que condiciona la búsqueda de conocimiento sobre autocuidado en la población masculina y que interfiere en la toma de decisiones y la ejecución de prácticas de detección temprana de patologías como cáncer testicular; por consiguiente, se requiere concienciar a nivel social para promover el autocuidado masculino, teniendo en cuenta que la razón de ser de la profesión enfermera es el cuidado humano, por tanto, se considera que este profesional cuenta con las capacidades para llevar a cabo tal labor con los residentes. Respecto de la citología de pene, la totalidad de los residentes hombres afirman no haber escuchado el término, sobre el que Puerto y Olaya (2013), explican que

la importancia actual de la citología de pene apunta, entonces, a la consecución de material útil para la realización de estudios de biología molecular, en busca de virus de alto riesgo a fin de modificar el seguimiento de los pacientes en riesgo de desarrollar displasia y neoplasia del pene (p.31).

De lo anterior se colige que es un examen diagnóstico que permite al hombre conocer si presenta o no alguna displasia o neoplasia en su pene, así como ITS, lo cual facilita un

abordaje terapéutico oportuno y una disminución de la morbimortalidad masculina por cáncer de pene e ITS.

En contraste con lo expuesto por los residentes, se concluye que, al desconocer la citología de pene, los participantes se exponen a una posición vulnerable ya que, en caso de presentar alguna ITS o cáncer sin ser diagnosticados en sus primeros estadios, genera una mayor morbilidad masculina que se traduce en la necesidad de recibir tratamientos altamente agresivos. En torno al tema, Orem (1983), explica que las personas adultas deben responsabilizarse de gestionar su propia salud y conocer los métodos existentes para prevenir los peligros contra la vida y el bienestar humano, motivo por el que los estudiantes requieren conocer sobre la citología de pene, para velar y mantener su salud sexual y reproductiva.

En lo concerniente a la citología vaginal, las participantes no identifican dicho término, sino que lo reconocían como papanicolau; sin embargo, tres no poseen noción sobre la citología vaginal, mientras que cinco sí. La siguiente es una de las respuestas más representativas:

como que meten un aparato ahí y porque le arrancan un pedacito o lo raspan o no sé para revisar si tiene algo [...] no, no me la he realizado, pues supongo que sí por salud, pero no sé porque ahí con eso se puede ver lo del papiloma, entonces sí es importante en realidad. La mujer no tiene que tener relaciones para realizarla, se tiene que hacer como a los 20 años creo (participante 16).

En cuanto a la citología vaginal, Campiño (2017), indica que “es la principal prueba de tamizaje con alta sensibilidad para identificar lesiones de alto grado a nivel del cérvix” (párr.2): al respecto, en general las cinco estudiantes que afirman conocer sobre este examen diagnóstico cuentan con un juicio claro de qué es y su utilidad, así como en qué consiste, es decir, comprenden que su importancia radica en lo expresado por Campiño (2017): la detección de lesiones a nivel de cérvix que pueden llevar a complicaciones que comprometen la salud femenina, si no se detectan y tratan a tiempo. En relación con las tres mujeres participantes de este seminario que afirmaron no conocer sobre la citología vaginal son parte de los casos en que los “conocimientos con respecto a este examen son relativamente bajos, lo cual demuestra que muchas mujeres no tienen claridad sobre el sitio anatómico específico donde se toma la muestra, además de que carecen de información sobre el virus del papiloma humano” (Campiño, 2017) en otras palabras, a causa de un déficit de conocimiento, según Orem (1983), estas mujeres se exponen a la no detección temprana de alguna lesión en su cérvix, aspecto que aumenta la vulnerabilidad al presentar complicaciones por falta de un tratamiento oportuno.

Sobre la incidencia del cáncer de cérvix, el Ministerio de Salud de Costa Rica (2014), confirma que se sitúa en tercer lugar y se ubica como el cuarto tipo de cáncer en producir la mortalidad femenina, razón por la que es primordial que las mujeres costarricenses conozcan acerca de la citología vaginal, para que este se constituya en la motivación para llevar a cabo la práctica de este examen diagnóstico, con el fin de prevenir la mortalidad femenina por cáncer de cérvix y facilitar la detección temprana de procesos patológicos para evitar tratamientos severos en caso de encontrar alteraciones cervicales de forma tardía.

Otro aspecto referente a la prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano es el uso de métodos anticonceptivos: en términos generales, todas las personas residentes enlistaron los métodos de anticoncepción y los de barrera; 15 enlistan los diferentes anticonceptivos, tales como condón masculino y femenino, anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino (T de cobre), anticonceptivos inyectables, anticoncepción de emergencia y los métodos quirúrgicos. De dicho grupo, 15 personas mencionan los usos de los métodos anticonceptivos en referencia a “la prevención de embarazos” e ITS; una persona enumera métodos anticonceptivos, otra explica que previenen embarazos y menciona algunos métodos.

En torno a lo anterior, el conocimiento expuesto por los participantes les permite decidir entre las alternativas de anticoncepción a partir de la diferencia significativa entre los métodos de protección y el resto de la tecnología anticonceptiva; por ende, cuentan con los conocimientos necesarios para mantener su salud sexual y reproductiva. Sobre tal conocimiento, Orem (1983), afirma que es trascendental, debido a que el saber guía la toma de decisiones en el individuo; por tanto, cuanto mayor sea, se espera que las disposiciones tomadas en materia de salud sean más eficientes.

Al respecto, la OMS (2018), aborda la metodología anticonceptiva como parte de la planificación familiar con la premisa de empoderar a las personas sobre la salud sexual y reproductiva, mientras fomenta la toma de decisiones certeras mediante la información obtenida de la atención en los servicios de salud y el acceso a fuentes confiables.

En relación con lo anterior, el conocimiento representa un punto fundamental en la toma de decisiones sobre la elección de un determinado método anticonceptivo, cuyo fin es poseer una vivencia plena de las relaciones sexuales coitales. Es posible expresar que las personas participantes de este seminario cuentan nociones acertadas sobre la finalidad de la metodología anticonceptiva y las opciones disponibles para elegir, sin dejar de lado que su uso

disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH [Virus de Inmunodeficiencia Humana] se embaracen sin desearlo [...] los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH (OMS, 2018).

Ahora bien, dos de las diecisiete personas voluntarias explican que no todas las ITS se previenen con el uso del condón, aspecto destacable porque demuestran un conocimiento que se traduce en la conciencia de las posibles implicaciones de la práctica de las relaciones sexuales coitales.

En otras palabras, se espera que las personas conscientes de la posibilidad de contraer alguna ITS a pesar del uso de condón sean aún más cuidadosas de su salud sexual y reproductiva.

En torno al tema de anticoncepción, se destaca las siguientes opiniones:

de que cualquiera que no se quiere jalar una torta tiene que hacerlo, porque digamos, digamos, no hay mucha gente que bueno, no, no, se cree que el más seguro es el condón y así, y está la pastilla, bueno yo creo que la pastilla [se refiere a la pastilla del día después] está prohibido aquí no sé. Y también están las vacunas de no sé las infecciones eso que inventaron hace no hace mucho, que yo no sé [...] que es una inyección para tres años [haciendo alusión a la vacuna contra el papiloma humano] (participante 6).

Cabe destacar que la anterior persona posee conocimiento sobre algunos tipos de anticoncepción, así como de la inmunización contra el papiloma humano virus, además, se rescata la mención acerca de la eficiencia del condón el cual, según algunos estudios, es considerado como la tecnología anticonceptiva más efectiva en cuanto a la prevención de embarazos no deseados e ITS al afirmar que “entre los métodos de prevención efectivos están la abstinencia y el uso del condón masculino y femenino. [...] mientras que las vacunas para el VPH todavía están en estudio” (Gutiérrez y Blanco, 2016, p.119).

Otra de las respuestas es la siguientes:

¿Qué es eso? [...] Di que para tener una relación sexual y no tener hijos no sé, puede usar un condón o que la mujer esté planificando y con el condón se previene enfermedades y muchas otras no sé [...] El método del de esa vara el famoso cobre de T, las inyecciones, el de las pastillas y el de ritmo y creo que es el mejor de todos (participante 10).

Acerca de la respuesta anterior, se subraya la inseguridad expresada por la persona participante 10 quien al iniciar la pregunta no comprendió el término de métodos anticonceptivos; posteriormente, explica la funcionalidad de estos al expresar algún conocimiento, así como algunos tipos de tecnología anticonceptiva; no obstante, afirma que el método más seguro es el ritmo, lo cual demuestra su desconocimiento en cuanto a la eficiencia de los métodos anticonceptivos, ya que el más seguro es el condón.

En cuanto al ritmo como método de planificación familiar, la OMS (2018), explica que

consiste en observar el ciclo menstrual durante 6 meses, restar 18 de la duración del ciclo más corto (primer día fértil estimado) y restar 11 de la duración del ciclo más largo (último día fértil estimado). Se impide el embarazo evitando el coito sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, bien absteniéndose o utilizando un preservativo. La eficacia para prevenir el embarazo 91% si se usa de un modo correcto y sostenido. 75% tal y como se aplica comúnmente.

Dicho de otra manera, el ritmo como método anticonceptivo puede llegar a ser altamente efectivo si se emplea de la forma correcta, si la mujer en seis meses de plazo conoce la regularidad de su ciclo menstrual, así como los días en los que debe permanecer en abstinencia; no obstante, en la sociedad normalmente no se considera dicho estudio del ciclo femenino por lo que su eficiencia se tiende a reducir, ya que es poco efectivo para la anticoncepción e ineficiente para la prevención de ITS.

De igual forma, se investigó acerca del conocimiento sobre las ITS: cuatro personas solo mencionan SIDA, Sífilis y el Herpes, tres responden sobre los métodos de transmisión y ejemplifican algunos; dos personas participantes explican los métodos de transmisión, tratamiento y las consecuencias, dos mencionan síntomas y tres demuestran desconocimiento.

Si bien es cierto que el estudiantado no muestra un desconocimiento total acerca de las ITS, cabe resaltar la existencia de vacíos, debido a que al mencionar lo que conocen sobre este tipo de infecciones describen los métodos de transmisión y las diferentes ITS, pero dejan de lado aspectos como la prevención de estas infecciones mediante el uso de preservativos y la inmunización (en el caso de algunas de ellas). En torno a la prevención, la OMS (2016), explica

que para que sea eficaz, es necesario garantizar el acceso a información vital, [...] en el marco de los derechos humanos. Junto con ello, las intervenciones orientadas al comportamiento son imprescindibles para prevenir las ITS [...] la promoción del uso sistemático de preservativos masculinos y femeninos; la educación, sobre todo para concienciar sobre las ITS; la reducción del número de parejas sexuales; el aumento de la cantidad de personas que se somete a pruebas de detección de ITS, incluida la infección por el VIH; el aplazamiento de la iniciación sexual; y la promoción del bienestar sexual (p.37).

Lo anterior implica que el conocimiento que requiere una persona acerca de las ITS trasciende el saber de la vía de transmisión y las diferentes infecciones de este tipo porque

para su abordaje se necesita que la persona tenga un conocimiento integral de las ITS con el fin de que, como lo explica Orem (1983), la agencia de autocuidado sea eficiente.

Aunado a lo anterior, se requiere fortalecer el conocimiento de quienes participan en este seminario, mediante una intervención educativa desarrollada por profesionales en enfermería, con el objetivo de promover una cultura de toma de decisiones informadas en la población adulta joven que permita la vivencia plena de la sexualidad.

Algunas de las principales afirmaciones referentes al tema, dadas por las personas estudiantes son:

con respecto a la parte del sexo y toda esa situación me interesa mucho entonces siempre he investigado bastantillo sobre cómo es el SIDA [Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida], cómo es que funciona y ese tipo de situaciones y es que me interesa porque primero que todo me interesa gozar plenamente de eso estando seguro de esas situaciones y cómo funciona, diay uno lo puede disfrutar mejor (participante 1).

Si bien es cierto que al consultar a la persona anterior sobre su conocimiento referente a las ITS alude a su práctica de informarse al respecto, esclarece que cuenta con conocimiento debido a que se siente responsable de su sexualidad y, por tanto, considera que debe contar con el saber necesario para vivirla de manera plena y segura. Tal afirmación no dista de lo expuesto por diferentes autores al afirmar que “la vivencia de la

sexualidad desde un enfoque de derechos humanos busca fortalecer la noción de sujetos de derechos y responsabilidades, reconociendo que es derecho de todas las personas vivir una sexualidad segura, informada, corresponsable, placentera y saludable” (Ministerio de Educación de Costa Rica, 2017, p.5), entonces, se considera a cada individuo responsable de su sexualidad, es decir, cada quien debe hacerse cargo de buscar información veraz que le permita mantener el goce seguro de su sexualidad.

Contrario a lo anterior, se obtiene la siguiente respuesta:

diay, no sé, como que es lo peor también [frisas], porque no sé, las que vi en el colegio nos enseñaban fotos y todo y no, como que hay que tener demasiado cuidado con eso y no andar ahí simplemente sin protección y que hay enfermedades que, aunque uno tenga condón se pueden transmitir, como el herpes porque, es en la piel y aunque tenga condón si te tocó la piel se puede transmitir (participante 15).

En la respuesta se muestra conocimiento en cuanto a explicar que existen múltiples ITS, a lo que se agrega la transmisión de algunas infecciones a pesar del uso de preservativos, máxime considerando que hay aproximadamente 30 agentes patógenos de las ITS, tales como parásitos, virus y bacterias que se transmiten mediante el contacto de fluidos corporales durante las relaciones sexuales coitales (penetración vaginal, anal; sexo oral), por vía sanguínea (transfusión de sangre o contacto con sangre) o por vía materna (madre sin tratamiento de retrovirales se lo transmite al hijo durante el parto), según la OMS (2016).

Partiendo de lo mencionado, el nivel de conocimiento de una persona en relación con la temática anterior puede fungir como un factor protector ante las prácticas sexuales de riesgo que aumentan la incidencia de las ITS y de embarazos no deseados. En el caso de quienes participaron de este seminario de graduación, se subraya el desconocimiento sobre el tema, debido a que el conocimiento previo influye sobre las prácticas de autocuidado de un individuo. En cuanto al desconocimiento, sobresale el siguiente comentario:

di no sé qué, hay muchas enfermedades sexuales hay y malísimas, papanicolau eh el papiloma humano, cómo es que se llama las hemorroides eh esos son los que [...] impotencia y vieras que esa vara es feo; pero sí son cosas que pasan y experiencias que uno vive, no sé tal vez uno está muy emocionado tal vez no sé será psicológicamente el miembro no le funciona y uno queda mal en el acto pero tener infecciones o algo así no (participante 10).

En torno a dicha respuesta, es posible determinar quién posee desconocimiento y quién una serie de conocimientos empíricos que le hacen creer que ciertas patologías como las hemorroides son parte de las ITS; no obstante, el Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación de la República de Argentina (2016), explica que

la existencia de grandes hemorroides podría dificultar las relaciones sexuales anales y aumentar el riesgo de transmisión de infecciones, ya que cuando están aumentadas de tamaño, sangran fácilmente. Por otro lado, no se ha demostrado que la práctica del sexo anal aumente la patología hemorroidal (p. 8).

Lo anterior significa que, si bien las hemorroides se constituyen en un factor de riesgo para contraer ITS, tal patología no es una infección de este tipo, de la misma manera la persona participante muestra desconocimiento al afirmar que la “impotencia” - refiriéndose a la disfunción eréctil- es una ITS, aunque en realidad esta patología sexual masculina es la incapacidad de tener una erección, y puede ser de tipo orgánico, vascular, neurogénico, anatómico, endocrinológico, psicógeno, generalizado o situacional (Ceballos, Álvarez, Siva, Mantilla y Uribe, 2015).

En otras palabras, a pesar de la multicausalidad de la disfunción eréctil y las afectaciones que influye en la vivencia de la sexualidad masculina, es inadecuado categorizarla como una ITS porque, se ha visto que esta es una condición no transmisible por vía sexual.

El porqué de incluir las ITS se debe a que representan un problema de salud pública, ya que según datos de la OMS (2016), “cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual”, un aspecto preocupante debido a que las consecuencias de estas infecciones no se limitan a la persona portadora, por lo que la OMS (2016), indica que

la carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial derivada de patógenos de transmisión sexual compromete la calidad de vida, así como la salud sexual y reproductiva y la salud del recién nacido y del niño [...] Las ITS también facilitan indirectamente la transmisión del VIH y provocan los cambios celulares que preceden a algunos tipos de cáncer. Asimismo, imponen una fuerte presión en los presupuestos tanto de los hogares como de los sistemas de salud nacionales en los

países de ingresos medianos y bajos, y tienen efectos adversos en el bienestar general de las personas (p. 13).

Dada su relevancia, este tipo de infecciones representa un punto de partida en el accionar de los sistemas de salud de los países, desde el enfoque de atención primaria, al emplear los procesos de educación como principal estrategia para disminuir la incidencia de las ITS. En el caso de Costa Rica, se considera que la alta incidencia de ITS aumenta la morbimortalidad, por lo que se considera que el desconocimiento es el principal motivo de este fenómeno a lo que se agrega que, según Gutiérrez-Sandí, Lemos-Pires y Arochena-Hernández (2017),

en Costa Rica, el inicio de la vida sexual cada vez se presenta a una edad más joven en la población [...] los actuales métodos de planificación familiar no están disponibles para toda la población, y ello genera en algunos casos desigualdades que llevan que personas sanas y productivas pasen a ser una carga para la seguridad social (p.56).

Desde la salud pública es necesario llevar a cabo acciones integrales de parte de las ONG, el MS y la CCSS que brinden información a la población costarricense acerca de los diferentes temas de interés en lo referente a las ITS, con la finalidad de reducir la morbimortalidad (Gutiérrez-Sandí, Lemos-Pires y Arochena-Hernández, 2017), por consiguiente, ante esta problemática y teniendo en cuenta que las personas participantes pertenecen al Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, sede Occidente, no se excluye la responsabilidad de la Oficina de Salud de dicho centro universitario de brindar información veraz que contribuya a disminuir la desigualdad en el acceso a la información.

En este caso, Orem (1983), propone la existencia del sistema sustentador educativo para brindar a las personas las herramientas requeridas en cuanto a conocimiento para gestionar acciones oportunas y eficientes en pro de su salud, entonces, es responsabilidad de los profesionales en enfermería facilitar el acceso a información del estudiantado, así como propiciar un ambiente dentro del marco de los derechos humanos que motive la búsqueda de conocimiento y el bienestar de la persona.

En cuanto el sétimo requisito, *la prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano* (p.63), se indagó sobre los hábitos de higiene, específicamente la técnica de lavado de manos y su importancia: se concluyó que solo dos estudiantes consideran relevante el lavado de manos, dado el contacto constante con superficies contaminadas.

Por su parte, Rodríguez, Zúñiga, González, Favela y García (2015, p. 105) aclaran que los tiempos para realizar dicha práctica deben ser después de defecar y antes de preparar alimentos, con el objetivo principal de interrumpir la cadena de transmisión de agentes patógenos. La anterior información contrasta con la poca relevancia de la higiene de manos para las personas residentes que los sitúa en riesgo de contraer algún tipo de infección debido a que, como lo explica Orem (1983), la significancia que le dé la persona a un hábito de autocuidado va a mediar la motivación por llevarla a cabo, por tanto, es de suponer que quienes consideran irrelevante el lavado de manos no cuentan con la costumbre de higienizarlas con regularidad.

Al mismo tiempo, Rodríguez et al. (2015), indican que las manos también son vectores para la transmisión de infecciones respiratorias, por lo que lavarlas reduce los padecimientos gastrointestinales y respiratorios en un promedio de 31% y 21% respectivamente; por ende, aquellos estudiantes que consideran importante este hábito poseen un menor riesgo de contraer infecciones respiratorias y gastrointestinales porque, con la higiene de manos se reducen múltiples agentes patógenos que resultan perjudiciales para la salud humana.

Asimismo, al consultar a las personas estudiantes sobre la técnica de lavado de manos, ocho la conocen, así como los tiempos en los que se realiza; las personas participantes 1 y 2 mencionan una forma incorrecta de realizarla; cinco no conocen sobre la técnica, mientras que las personas participantes 13 y 18 no responden de forma concreta, debido a que rescatan la importancia, pero no explican la técnica.

De la misma manera que en los casos anteriores, es posible determinar que, si el estudiantado desconoce la técnica del lavado de manos, su práctica va a estar mediada por ello, entonces, no será óptima y provocará consecuencias negativas en la salud del individuo al aumentar los riesgos en la vida, funcionamiento y bienestar humano (Orem, 1983).

Al respecto, dentro de lo mencionado se destaca lo siguiente:

voy a tratar de acordarme de la imagen [comienza a gesticular los pasos que describe] se echa jabón, uno tiene que durar no me acuerdo bien [...] como el

cumpleaños feliz, restregándose entre los dedos, enlazándose los dedos y las uñas, la palma de las manos, como aquí [muestra el dorso de la mano] y aquí no sé las palabras pero bueno el jabón, entre los dedos, las uñas y se puede decir como la palma inferior [busca el contacto visual con la entrevistadora], la palma externa de la mano, la parte de los brazos hasta el codo y básicamente eso (participante 3).

También, otra persona menciona

Supongo porque en todas las áreas de las manos se acumulan bacterias y si usted no se las lava de alguna forma, como por ejemplo, [el lavarse] las palmas no está cubriendo las superficies que están por fuera de las palmas [...] e incluso yo pienso que durante todo el día verdad, porque uno está en contacto con diferentes personas y espacios que están contaminados de alguna u otra forma, antes de comer, antes de preparar los alimentos, después de ir al baño (participante 13).

Al respecto, la OMS (citado por Castañeda y Hernández, 2016), comunica que los pasos de la técnica correcta de lavado de manos son los siguientes: 1. frotar las palmas de las manos entre sí; 2. frotar una palma contra el dorso de la otra mano entrelazando los dedos, 3. entrelazar los dedos, 4. frotar el dorso de los dedos sobre la palma de la otra mano, 5. realizar movimientos de rotación del pulgar atrapándolo con la otra palma y 6. frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

Lo descrito por la OMS en contraste con lo expuesto por quienes forman parte de este seminario permite reconocer que las dos personas participantes citadas poseen conocimiento, sin dejar de lado que existen vacíos de información porque, en algunos casos omiten la higiene de ciertas partes de las manos.

Por su parte, la persona participante 13 menciona la existencia del constante contacto que poseen los seres humanos con superficies contaminadas, lo cual demanda un frecuente y correcto uso de la técnica de lavado de manos.

Luego, mediante una pregunta abierta, se solicitó que citaran hábitos de higiene que consideraran relevantes de lo que se obtuvo respuestas diversas: 16 personas mencionan el baño; 15 indican el cepillado de dientes; 12, el lavado de manos; dos, el aseo de oídos; dos, la depilación del cuerpo; dos mencionan el uso de desodorante y alcohol en gel y dos consideran el uso de ropa limpia.

De la misma manera, una persona enlista el aseo de nariz; otra, se refiere al aseo de uñas; una incluye el lavado del rostro; otra menciona lavar los alimentos y otra, peinarse. Algunas de las respuestas más significativas al respecto son *“eh lavarse los dientes, bañarse, los oídos, la nariz, no sé [...] Aparte del aplicador, utilizo un trapito para limpiar estas partes de aquí [muestra la parte externa de la oreja], igual para la nariz”* (participante 17).

Otra informante refiere

lavarse los dientes, limpiarse los oídos, bañarse tanto afuera [baja el tono de voz] como más que todo la parte genital, la cara también, mmm [interjección, posteriormente realiza pausa] yo creo que es todo lo de higiene [pausa] limpiarse las uñas, mmm [pausa] que ahorita se me vengan a la mente esos (participante 3).

Es necesario considerar que, según Orem (1983), la higiene general del ser humano se constituye en el primer hábito de autocuidado que previene los peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano, motivo por el que es de vital importancia que los residentes conozcan los hábitos de higiene que deben llevar a cabo. Ahora bien, ante lo expuesto por los estudiantes se puede mencionar que muestran vacíos de conocimiento, porque solo se refieren a algunos. De igual forma, si las personas residentes no consideran relevantes algunos hábitos de higiene es probable que no sean practicados con regularidad debido a que como se ha expuesto la práctica se ve mediada por el conocimiento del individuo.

Respecto de la higiene, Encalada (2014), la define como “el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar las personas para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud”. Según Encalada, la higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado del cuerpo, el cual consiste en el baño diario, lavado de cabello, lavado de manos, limpieza y corte de uñas y cepillado de dientes.

Partiendo de lo anterior, en términos generales, se evidencia conocimiento sobre las prácticas de higiene ideales para mantener el funcionamiento y bienestar humano, debido a que la mayoría de las personas participantes citan hábitos de higiene indispensables como bañarse, cepillarse los dientes y limpiarse los oídos: sobre esta última práctica, se recomienda realizarla con “pañitos” limpios, sin introducir objetos para asearlos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2005), lo cual contrasta con las respuestas de algunos residentes, quienes mencionaron que para la higiene de oídos es necesario usar aplicadores, aunque no es apropiado porque aumenta el riesgo de lesiones auditivas y el taponamiento de los oídos con cerumen.

Entre otros hábitos, el Ministerio de Salud de Costa Rica (2010), agrega a la lista usar ropa limpia y cómoda, práctica indispensable para prevenir patologías en el ser humano sobre la que solo dos personas residentes lo mencionaron, lo cual evidencia el desconocimiento.

Al indagar sobre la higiene bucodental, 14 personas residentes indican que debe llevarse a cabo cepillando los dientes frontales de arriba hacia abajo los dientes superiores, de abajo hacia arriba los inferiores y los molares, en forma circular. Sin embargo, al consultar sobre el conocimiento del cepillado de dientes todas las personas se refirieron a su práctica: cinco mencionan el uso de cepillo y pasta dental; 13 hacen referencia a tres principales tiempos de cepillado de dientes lo que indica, por tanto, se concluye que manejan conocimiento sobre el tema.

Al respecto, entre las acotaciones más representativas están las siguientes:

que eso es bueno [cepillado de dientes], yo me acuerdo del anuncio de Colgate® si [frisas], yo no sé supuestamente hay gente, bueno se supone es apenas uno se levanta y después de cada comida, pero, pero digamos estoy arriba, abajo y las muelas circulares, siempre nos enseñaron eso los pasos generales, sí ajá [frisas] sí digamos siempre como bueno yo no sé si las muelas primero o los dientes primero yo no sé yo la mayoría de veces hago las muelas primero uno trata de hacerla circular (participante 6).

Otra persona estudiante agrega:

bueno la que uso porque la correcta tal vez no la hago porque, es que nunca he ido así como al doctor, al odontólogo entonces, no sé mucho pero sí trato de cuidármelos, este es como si es acá en las muelas si es como circularmente este es igual al otro lado, en sí acá al frente si está arriba, de arriba a abajo y para fuera lo normal digamos [...] qué más, como tener a disposición hilo dental ojalá Listerine® cosas así para que cada vez que uno se lava los dientes queden totalmente limpios por cada vez que uno se los lava y sí he comido carne tal vez no pudo sacar algo con el cepillo y tal vez así porque inconscientemente uno no sabe que hay ciertas cosas que generan suciedad (participante 15).

Si bien es cierto, las personas participantes muestran conocimiento referente al cepillado de dientes, la mayoría dejan de lado aspectos relevantes de la higiene bucodental como lo son el uso de hilo dental y la asistencia periódica al odontólogo; además, al analizar la

técnica del cepillado de dientes expuesta, se identifica la ausencia de algunos pasos como la higiene de la lengua. Respecto de lo anterior, la ausencia del uso de hilo dental puede producir periodontitis, debido al almacenamiento de alimentos en el espacio existente entre los dientes y las encías; en cuanto al no aseo de la lengua produce alteraciones como el mal aliento, almacenamiento de alta cantidad de flora bacteriana y asimilación de placa en los dientes lo que genera la formación de caries.

Acerca del tema, Navas (2015), afirma que la técnica correcta de cepillado consiste en mover el cepillo de la encía al borde libre del diente, los dientes superiores deben cepillarse de arriba a abajo y los inferiores de abajo a arriba; además de que hay que limpiar todas las superficies (cara exterior e interior de los dientes), los espacios interdientales y, finalmente, la lengua. Dichos pasos disminuirían el riesgo de empaquetar los microbios y restos de alimentos debajo de la encía, donde originarían placa bacteriana que, posteriormente, provocaría la gingivitis.

En relación con dicha práctica, Kumar, Tadadamadla y Johnson (2017), exploran la validez de la campaña publicitaria de la Asociación Dental Americana "cepillar durante dos minutos, dos veces al día": los autores analizan, por ejemplo, la efectividad de realizar la limpieza dental dos veces al día frente a una cantidad menor, de lo que concluyen que, cuanto mayor frecuencia del cepillado dental, menos probabilidad de presentar caries dental.

En este caso, como lo explica el estudio anterior, en contraste con lo expresado por las personas residentes las campañas publicitarias poseen una alta incidencia sobre el hábito del cepillado de dientes como método de “prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano” (Orem, 1983, p.63), debido a que estos modulan la frecuencia con la que los individuos deben cepillar sus dientes.

4.2.8 La promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal

Por otra parte, se investigó el conocimiento de las personas estudiantes acerca del octavo requisito, *promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad las limitaciones y el deseo de ser normal* (Orem, 1983, p. 63-64). Al respecto, se consultó sobre la importancia de las relaciones interpersonales para el desarrollo humano y se obtuvo lo siguiente: cinco indican que por “apoyo”; tres, aluden a la “comunicación”; dos se refieren a “alivio del estrés, brindar apoyo y diversión”; dos, a “socializar”; dos, a “compañía”; dos explican que son importantes para el desarrollo y el crecimiento personal, mientras que una no responde a la pregunta.

En cuanto a las relaciones interpersonales y su funcionalidad, las personas residentes expresan conocimiento y mencionan que estas deben ser vistas como relaciones que los individuos establecen a fin de satisfacer sus necesidades afectivas, sociales e, incluso, materiales. Sobre el tema, Lacunza y Contini (2016), explican que desde que nacen, los seres humanos se encuentran inmersos en las relaciones sociales, lo cual produce la

necesidad de socializar como parte del funcionamiento normal del individuo. De igual forma, “poseer relaciones positivas supone que el sujeto se sienta integrado socialmente, con un importante apoyo de los otros y satisfecho con sus relaciones sociales” (Lacunza y Contini, 2016, p. 76), tal es el caso de las personas residentes quienes, desde su propia vivencia, definen las relaciones interpersonales como un factor protector para el desarrollo normal del ser humano dentro de los grupos sociales.

En relación con lo anterior, una persona participante menciona:

es [juguetea con sus manos y realiza pausa] este creo que en una persona es inherente la parte social en sí, no puede dejar de socializar, entonces creo que aunque fuera la persona más amargada del mundo necesita de compartir con alguien para desestresarse un poquito, es que yo soy muy hablantina como se dan cuenta [realiza contacto visual con las entrevistadoras y ríe] más que todo con mis amigas y así entonces creo que sí es muy necesario [mantiene una postura relajada] (participante 11).

En otras palabras, la persona estudiante alude al aspecto social inherente del ser humano el cual, como se mencionó, es parte del individuo desde su nacimiento, porque se nace en un entorno social que repercute directamente en la necesidad de otros para el desarrollo personal, tal como lo explica Orem (1983), quien menciona que los seres humanos en muchas ocasiones requerimos de otros para el desarrollo normal y el mantenimiento de la salud.

Por su parte, una persona residente indica lo siguiente:

Bueno, tal vez para mí sí, pero para otra persona no, entonces yo considero como que sí bueno, en mi caso es que uno necesita hablar y tener a alguien como para uno seguir, porque a veces uno ve la cosa muy dura entonces ocupa como desahogarse, pero hay personas que no tienen esa oportunidad y siento que tal vez bueno, no sé si será porque no lo prefieren así o si será difícil para ellos [...] bueno, tal vez no una relación tan buena porque en mi caso no es así, pero por lo menos regular con la familia, que haya comunicación e interés y esas personas como amigos [hace pausas y se muestra pensativo] (participante 15).

En este caso particular, la persona explica cuán fundamental es contar con relaciones interpersonales con la finalidad de satisfacer su necesidad de escucha activa, a lo que agrega que sus relaciones familiares no son estrechas lo que disminuye su grupo de interacción debido a que, como explican Lacunza y Contini (2016), la primera relación interpersonal significativa de los seres humanos es la familia; no obstante, se debe considerar que el estudiante convive solamente con familiares de segundo grado, motivo por el que es de esperar que la relación sea distante. En esa misma línea, Ávalos y Bolaños (2016), subrayan la necesidad de los seres humanos de crecer en un medio social enfatizando el ser social como una característica inherente del individuo, para suplir algunas de sus necesidades sociales, psicológicas y emocionales, a lo que agregan que

una relación interpersonal es una interacción recíproca entre dos o más personas.

Se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social. En toda relación interpersonal

interviene la comunicación, que es la capacidad de las personas para obtener información respecto de su entorno y compartirla con el resto de la gente (p.63).

Dado que las relaciones entre los seres humanos son un aspecto primordial del funcionamiento, y en aras de que sean beneficiosas para las diferentes partes implicadas, es fundamental que haya reciprocidad a partir del cumplimiento de las leyes sociales para que faciliten el desarrollo personal de cada individuo a través de sus relaciones; por tanto, para considerar una relación interpersonal como positiva, debe suplir las necesidades de las diferentes partes de manera que se base en el respeto, amor y colaboración mutua y genere los espacios interpersonales para que los individuos suplan aquellas que determinan su desarrollo normal.

En cuanto a otros aspectos, se indagó sobre el concepto de *sexualidad*: seis lo relacionan con la interacción social; tres, con genitalidad; una, con el “comportamiento o estilo de la persona”; una lo define como “un complemento de muchas cosas que conforman al ser humano”; otra lo remite al género y cinco no responden a la pregunta por desconocimiento.

En este caso, existe una relación directa entre la conceptualización de la sexualidad y su vivencia motivo por el cual es trascendental el conocimiento referente al término que posean las personas residentes. Ahora bien, según lo expuesto por los participantes se evidencia desconocimiento porque la mayoría no explica la integralidad de la sexualidad; entonces, es de esperar que la vivencia de la sexualidad del estudiantado se base solamente en los aspectos mencionados: tal hecho es preocupante considerando lo que

menciona la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, (2014), entidad que la considera “un aspecto básico de la vida humana, con dimensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales, económicas, políticas y culturales” (p.37), es decir, visibiliza el sentido amplio de este término, tal y como lo expresó una persona del voluntariado.

Una persona residente explica que “*para mí engloba relacionarse con las personas, no solo el acto sexual sino de las relaciones de las personas*” (participante 2), en otras palabras, expone los componentes social y erótico de la sexualidad, mas deja de lado aspectos relevantes como los anteriores.

Otra expresa las múltiples dimensiones de la sexualidad al mencionar lo siguiente:

sexualidad, bueno hace poco tuve unas exposiciones en el curso de educación y usualmente pensaba que la sexualidad era más que todo sobre métodos anticonceptivos o como que este es el pene y esta es la vagina como genitalidad pero, la sexualidad va más allá, entonces siento que es como un complemento en muchas cosas que conforman un ser humano en el sentido sexual digamos como orientaciones sexuales, identidad de género, e incluso esas cosas de genitalidad y de métodos anticonceptivos pero no solo eso, digamos la gente no piensa sí, pero son muchas cosas (participante 15).

El caso anterior expone la integralidad de la sexualidad al mencionar la adquisición de conocimientos previos obtenidos de actividades académicas, de manera que se puede

concluir que los participantes -a menos que hayan requerido indagar acerca de la temática- por lo general poseen desconocimiento de los componentes de la sexualidad.

En torno al concepto, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, (2014), explican que “el hecho de ser sexual es una parte importante en la vida de las personas, ya que no solo se constituye en una fuente de placer y bienestar, sino que, además, es una forma de expresar amor y afecto” (p.37) por lo tanto, la sexualidad comprende las diferentes dimensiones que integran al ser humano. Contrario a lo mencionado, una persona residente explica únicamente los componentes corporal y erótico de la sexualidad: *“sería como bueno es que tengo dos puntos de vista, bueno no, eso sería como género, pero o es que uno siempre lo toma como sexualidad femenina y masculina y lo que sería como tener relaciones y eso”* (participante 19).

Sobre la anterior persona se destaca su desconocimiento acerca de la integralidad de la sexualidad, lo que de manera directa puede llevarle a incurrir en prácticas que, según Orem (1983), alteren su desarrollo normal dentro de la sociedad, partiendo de que el resto de componentes desconocidos de la sexualidad contribuyen con el funcionamiento óptimo del individuo dentro de los grupos sociales.

De igual forma, debe hacerse hincapié en que género y sexo son parte de la sexualidad, así como las relaciones coitales sexuales, y otros factores que componen la sexualidad humana que “se encuentra estrechamente vinculada al desarrollo de la identidad del individuo, por lo cual no es posible entender la sexualidad sin referencia al género ni a la

diversidad como características fundamentales de la sexualidad” (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, 2014, p.37).

De igual forma, debe incluirse el componente ético de la sexualidad que se integra por aquellas “normas que rigen el comportamiento sexual y que varían drásticamente entre y dentro de las culturas entre las que ciertos comportamientos se consideran aceptables y deseables mientras que otros se consideran inaceptables” (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, 2014, p.37); en otras palabras, este componente de la sexualidad es parte del grupo de reglas sociales y valores personales que rigen el comportamiento sexual humano.

Respecto de otros componentes, se solicitó que definieran el término *autoestima*: cuatro lo asocian con amor propio; tres, con un estado de ánimo; dos, con realización personal; dos, con una percepción de uno mismo; dos, con autoconfianza; una persona, con autovalor; otra, con autoaceptación; otra, con “reflexión consigo mismo”, mientras que la persona participante 15 no responde a la pregunta por desconocimiento.

Referente a la autoestima, la mayoría de personas participantes demuestra conocimiento de qué es y cómo se constituye; no obstante, el saber del voluntariado demuestra grandes vacíos porque si bien la mayoría de las respuestas cuentan con algún componente de la autoestima, solo fue definida como tal por cinco personas estudiantes quienes expresaron que es el amor propio o autovalor.

Acerca del concepto, la OMS (2018), lo define como

el conjunto de todas las emociones, sentimientos y sensaciones dirigidos a uno mismo, resultantes del autoconcepto y de la percepción de valía sobre uno mismo, es decir, es la forma en la que nosotros mismos nos valoramos y de la que dependen en gran medida las decisiones, acciones y reacciones que dirigen nuestra existencia.

Al contrastar las respuestas del estudiantado con lo expuesto por la OMS, se concluye que enfocan sus ideas en una dirección similar a la dicha entidad, al explicar que la autoestima engloba el concepto de persona, el valor de uno mismo, las impresiones como individuo y los aspectos de autoconfianza que dirigen el accionar de la vida del ser humano. Algunos ejemplos de lo anterior son los siguientes:

es como la percepción que uno tiene de uno mismo, sí, porque eso está relacionado con la motivación que uno tiene, o el respeto que uno se tiene a uno mismo. Yo para tener buena autoestima, no sé es como [pausa] no sé cómo explicarle, no sé qué es autoestima, estar con [pausa] lo que a mí me ayuda con mi autoestima es estar con mi familia (participante 4).

Igualmente, una persona estudiante menciona

lo hallo como un estado de ánimo, pero no sé, cuando las personas están tristes uno dice: ¡ay la autoestima! cuando las personas se sienten súper bien o súper

orgullosas de sí mismas, la autoestima, pero no sé es como un estado de ánimo (participante 7).

Es como la capacidad que tiene uno, para, para que las emociones y las cosas uno sienta que uno es valioso, sí claro, porque así uno, digamos las cosas que le pasan, cosas que le dicen no le afectan, uno sabe lo que es uno, cosas así, tratar de controlar y estudiar, no sé, como eso (participante 9).

Otra respuesta es la siguiente:

No sé, lo puedo limitar en confianza en uno mismo, amor propio y orgullo también, hasta cierto punto, respeto hacia uno mismo [...] Porque siempre he pensado que, si uno no se llega a querer, si uno no se respeta, los demás no lo van hacer, todo inicia por uno (participante 17).

Los anteriores casos reflejan ideas claras sobre la autoestima: aunque no la conceptualizan de manera concreta, demuestran conocimiento en sus respuestas debido a que expresan una serie de componentes de la autoestima que pueden llevar a su fortalecimiento, por lo que podría inferirse que ese conocimiento es llevado a la práctica y que coincide con el desarrollo social normal expuesto por Orem (1983).

En cuanto a la *autoimagen*, siete personas la asocian con la autopercepción; tres, con la perspectiva de sí mismo; tres no conocen el término, dos la definen como apariencia

física, una persona indica que es aceptación social, mientras que la persona participante 16 no responde a la pregunta por desconocimiento.

Al respecto, algunas respuestas son *“sí, porque va de la mano con la autoestima, es como la manera como me veo dentro de mí misma, como me veo, como me siento; lo que hago es que me arreglo, me gusta sentirme bien, sentirme linda”* (participante 4); mientras que la persona participante 11 expresa: *“bueno la autoimagen es eso verme a mí como una persona linda, una persona hermosa y también como una persona que tiene sus defectos, pero igual así está bien”*.

En otra respuesta se indica que

es como una persona se ve ella misma [...] diay, porque siento que si una persona se ve mal va a andar deprimida siempre va a tener problemas y este para realizar [pausa] para realizar una actividad diaria es muy importante como andar como bien establecido de quién soy yo, como me veo y qué yo soy capaz de...
(participante 15).

Al respecto, Fedullo, Hernández, Sánchez (2015), explican que la autoimagen es la figura plasmada por la proyección de la mente sobre su propio cuerpo, la cual no siempre está basada solo en la apariencia física real, ya que también abarca las actitudes y valoraciones por sí, tales como las creencias y pensamientos, fundamentales en un estudio de la imagen corporal (p.25-26). En torno a lo mencionado, entonces, las personas residentes dan

opiniones acertadas respecto de lo que significa autoimagen, al explicar que es la visualización introspectiva de la persona, construida a través de la proyección mental de su propio cuerpo, sus actitudes y sus comportamientos. Además, las personas participantes explicaron que tanto la autoestima como la autoimagen tienen gran relevancia en el desarrollo humano, las cuales implican autoconocimiento en cuanto a capacidades y limitaciones.

En conclusión, sobre el *autocuidado*, los participantes expresaron que es la manera como una persona cuida de sí, enfatizando la necesidad de involucrar diferentes aspectos al ejercerlo, como lo es la alimentación, actividad física, relaciones interpersonales y el ámbito académico. Por ejemplo, la persona participante 18 refiere “*bueno, digamos como el cuidado que tengo yo, sobre mí misma, porque si yo no me cuido yo solita, nadie lo va hacer*”, de igual forma, se ofrece las siguientes respuestas:

creo que son muchas de las cosas que hemos dicho aquí, autocuidado es como en primer lugar que yo esté bien con la alimentación, con mi ejercicio, es que, en sí, es como estar bien en todo conmigo misma [...] entonces creo que autocuidado es como pensar en mí y quererme a mí misma (participante 11).

Es como ese cuidado, es atención que uno se da a uno mismo y como que yo estoy viendo que me está pasando algo y si yo no acudo a un médico o algo así, eso es autocuidado porque estoy dejando que pase, o sea como mal o esas cosas que uno hace que sí sabe que esta manera sigue siendo o sabe que están bien (participante 15).

Ante lo expresado por las personas residentes, cabe destacar que cuentan con conocimiento sobre el autocuidado y su conceptualización, ya que sus afirmaciones concuerdan con las de Orem (1983), respecto de qué es el cuidado que una persona ejerce por sí, además, entendido como

una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción [...] debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollo específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía (Naranjo, Concepción y Rodríguez, 2017).

Lo anterior significa que el autocuidado debe ser visto no solo en función de las acciones que una persona ejerce para mejorar o mantener su salud, sino como todo aquello llevado a cabo con la finalidad de satisfacer requerimientos o para conservar u optimizar su salud.

Como cierre, se confirma que el desconocimiento del estudiantado en cuanto a algunos requisitos universales de autocuidado es recalable en lo que respecta al cepillado de dientes, el lavado de manos, las ITS, los métodos anticonceptivos, autoexamen de mama y testicular, exámenes diagnósticos como lo citología vaginal, citología de pene y sobre las drogas y sus efectos. En relación con lo anterior, Naranjo, Concepción y Rodríguez (2017), mencionan que la práctica del autocuidado se encuentra estrechamente ligada por

el conocimiento de este, motivo por el que recurren a Orem (1983), al explicar la importancia de utilizar un “sistema sustentador-educativo” desde el que se suple el déficit de conocimiento de la persona con el fin ejercer un autocuidado eficiente: al respecto, Orem (1983), explica que “es el único sistema donde las necesidades de ayuda para un paciente están en relación con la toma de decisiones, el control del comportamiento y la adquisición de conocimiento y habilidades” (p.135).

Partiendo de lo anterior, se evidencia que el estudiantado requiere conocimiento sobre algunas temáticas de autocuidado con el objetivo de que estas guíen a una toma de decisiones oportunas e informadas y propicien un comportamiento que promueva el mantenimiento y optimización de su salud; para solventar tales carencias, se identifica la necesidad de un profesional de enfermería que se encuentre en contacto directo con el estudiantado y sea el responsable de brindar educación constante y continua a las personas residentes, teniendo en cuenta que

lo que le da singularidad a la enfermería como ciencia es la perspectiva o problema desde el que se enfoca la sociedad como campo de conocimiento: el objeto sujeto de la enfermería, el cual es el ser humano en el contexto de los cuidados (Siles, 2016, p.90).

En otras palabras, al poseer como objeto de estudio el cuidado humano, la disciplina profesional de enfermería es un área desde la que se puede brindar educación sobre autocuidado a quienes habitan en el edificio de residencias, a través del sistema sustentador educativo propuesto por Orem (1983), en el cual la persona cumple el papel

de educando y el profesional enfermero es el educador, de manera que es necesario identificar el conocimiento previo del individuo a fin de reforzarlo.

De igual forma, un profesional en enfermería se encargaría de entablar relaciones interpersonales con las personas estudiantes, como lo explica Siles (2016), de manera que a través de la relación entre la persona y el profesional en enfermería es como se puede llevar a cabo procesos de aprendizaje significativo que promuevan la toma de decisiones beneficiosas para la salud. De acuerdo con lo anterior, García, Cárdenas, Arana, Monroy, Hernández y Salvador (2017), explican que “el cuidado profesional [...] puede estar vinculado al uso de la tecnología y al grado de necesidad del cuidado del paciente” (p.75) por lo tanto, desde la construcción epistemológica de la enfermería, el profesional en esta área posee la responsabilidad y el conocimiento para brindar cuidado personalizado al ser humano, mediante tecnologías que motiven el proceso de aprendizaje en cada individuo, a fin de fortalecer las capacidades individuales de autocuidado a través del conocimiento brindado.

Aunado a lo anterior, “las intervenciones de cuidado básico son acciones orientadas a satisfacer las necesidades básicas y la carencia de la autonomía de los pacientes” (Hernández-Cruz, Moreno-Monsiváis, Cheverría-Rivera y Díaz-Oviedo, 2017, p. 2) lo cual, para el caso de las personas estudiantes, implica la carencia de conocimientos para agenciar su salud de manera eficiente.

4.3 Prácticas del estudiantado acerca del autocuidado

El presente apartado corresponde al tercer objetivo específico del trabajo de investigación *describir las prácticas del estudiantado acerca del autocuidado*, a partir de los requisitos universales de autocuidado de Orem (1983), quien define el autocuidado como una “acción intencional” (p.93), al señalar que es una actividad llevada a cabo de manera intencional dirigida por la persona hacia un propósito determinado que, en la mayoría de los casos, se refiere al mantenimiento de la salud.

Dicha “la acción intencional es, en esencia, una acción para alcanzar un resultado previsto que está precedido por investigación, reflexión y juicio para evaluar la situación y por una decisión premeditada e intencional de lo que se debe hacer” (Orem, 1983, p.93): lo anterior significa que el conocimiento adquirido por un individuo guiará su práctica; sin embargo, la toma de decisiones impacta los hábitos de manera que, según lo expresado por Orem (1983), las personas participantes pueden manifestar conocimiento sobre autocuidado y aun así tener costumbres que afectan la salud.

4.3.1 El mantenimiento de una ingesta suficiente de aire

De igual manera, se analizará cada requisito planteado por Orem desde los que se tomó en cuenta el primero, “el mantenimiento de una ingesta suficiente de aire” (Orem, 1983, p. 63), para lo que se consultó a las personas participantes sobre la ventilación de sus habitaciones en el edificio de residencias: 13 expresaron que es adecuado a sus necesidades, debido a que cuentan con gran número de celosías. No obstante, cuatro enfatizaron que la ventilación es insuficiente, ya que el espacio físico asignado no está en contacto directo con el punto de acceso de aire. En relación con lo anterior, algunas respuestas son las siguientes:

bueno son como el cubículo de así la ventana tiene dos acá [traza una línea imaginaria sobre el escritorio para explicar divisiones] y afuera que es [el espacio] general dos, entonces es igual hay dos celosías arriba [...]. Es un espacio de tres cubículos; pero solo tenemos un compañero y yo. [...] De repente puede que sí falte un poco de espacio, pero en la parte general. [...] Sí y bueno a veces es una ventaja yo estoy aquí en el medio, entonces, hablando un poco de la ventilación, sí porque prefiero mucho la ventana aunque no me haya tocado, pero es un espacio muy preferido entre todos nosotros (participante 2).

El comentario anterior demuestra que existe una preferencia por los sitios con ventilación en el espacio de residencias como parte de la convivencia de las personas compañeras en la habitación; por tanto, la persona reconoce la necesidad de que los lugares donde habite presenten condiciones óptimas que permitan un flujo de aire tanto del interior como del exterior, por ejemplo, una responde lo siguiente:

Yo la considero bastante bien, porque tiene cuatro celosías, prácticamente toda la pared, arriba tengo un espacio como de un metro más o menos de celosía y son cuatro [celosías] entonces digamos toda la parte de arriba tiene ventilación (participante 19).

De modo que, las respuestas dadas por las personas universitarias demuestran la concepción de los espacios ventilados, aunque presentan desconocimiento respecto de su importancia, a lo que se suma la preferencia de las personas residentes por los sitios con condiciones de ventilación. Sobre el tema, el Laboratorio Nacional Lawrence Berkeley (2018), brinda varias recomendaciones para considerar en los espacios cerrados en las

edificaciones, por ejemplo, mantener la ventilación, utilizar ventilación de extracción local en fuentes localizadas de contaminantes del aire interior y generación de humedad, como en las salas de copias, cocinas y baños.

A pesar de ello, al no existir claridad en la terminología sobre los espacios ventilados y los abiertos, los residentes solo concretan medidas para el aumento de la tasa de ventilación en sus habitaciones.

4.3.2 El mantenimiento de una ingesta suficiente de agua

Por otra parte, se interrogó sobre el segundo requisito universal, *mantenimiento de una ingesta suficiente de líquidos* (Orem, 1983, p. 63), lo cual considera el tipo de líquidos y la frecuencia de consumo: al respecto, se identificó 10 personas que ingieren agua entre las que las personas participantes 4 y 16 afirman solo ingieren agua durante el día. En conjunto, cinco consumen gaseosas, cuatro ingieren bebidas a base de polvos con saborizantes, tres mencionan bebidas energéticas o hidratantes; una indica frescos naturales (chan, linaza, limón, avena), y otra, jugos procesados y leche. De lo anterior se concluye que las personas participantes tienen la práctica de consumir diferentes líquidos en su dieta, pero en su mayoría aportan calorías vacías al organismo, debido a que están hechas a base de componentes artificiales que, al consumirlos en grandes cantidades, afectan la salud de la persona, ya sea a corto o a largo plazo.

En relación con lo anterior, se ofrece la siguiente respuesta:

normalmente no hacemos Tang® o cosas así, tratamos más como de tomar sirope, avena o bueno antes que estábamos en los departamentos era más cómodo entonces hacíamos chan, linaza, jugo de limón y aquí es un poco más incómodo entonces hacemos algo un poco más sencillo (participante 1).

La práctica de la persona participante 1 permite ejemplificar el gasto de energía que requiere la *fase de acción de autocuidado* propuesta por Orem (1983); sin embargo, a pesar del conocimiento sobre las bebidas más saludables, son sustituidas por líquidos preparados con polvos edulcorantes, debido a la inversión de tiempo para disponer de las bebidas naturales, lo cual impide cumplir con otras actividades de la rutina diaria.

Por otra parte, la preparación de una gran parte de las bebidas saludables implica un mayor gasto de energía para su consumo, sin dejar de lado que el tiempo es un factor apremiante para la población universitaria y las limitaciones para almacenar las bebidas preparadas en los sistemas de refrigeración, debido a que no cuentan con el espacio. Al respecto, una persona universitaria explica *“mucha gaseosa y poca agua, cuando me antojo una gaseosa normalmente pero ya eso es porque mi papá trabajaba en la Coca-Cola® entonces yo tengo esa costumbre desde pequeña”* (participante 7), lo cual evidencia que el sentido de la experiencia a partir de la práctica aprendida desde la niñez condiciona la continuidad de la ingesta de las bebidas azucaradas en la vida adulta, a diferencia de solo dos personas voluntarias, quienes consumen solo agua.

Otra de las respuestas corresponde a una persona residente quien expresa “*agua mmm [interjección] nunca [refiriéndose a bebidas edulcoradas], [...] casi no, solo agua prácticamente*” (participante 4), mientras que una estudiante menciona que “*yo tomo solo agua porque no me gusta tomar Tang® y esas cosas*” (participante 16).

Partiendo de la información brindada, se constata un consumo de distintas bebidas por parte del grupo de residentes, lo cual incluye endulzadas con azúcar (SSB por sus siglas en inglés), de manera que se comprueba lo afirmado en distintas fuentes respecto de que la población joven consume alimentos preparados que suelen ser ricos en calorías, grasas añadidas, edulcorantes y sodio (Gordon et al., 2007, citado por Mahan, Escott-Stump; Raymond, 2013), entre los que las bebidas de origen artificial aportan al consumidor diferentes componentes que incrementan el riesgo de presentar enfermedades en un futuro.

Debido a las repercusiones del consumo de SSB, en la investigación longitudinal de Leung, DiMatteo, Gosliner y Ritchie (2018), se concluyó que la ingesta de SSB está asociada con una dieta de más baja calidad, por lo que se recomendaba reemplazar el consumo de estas bebidas con agua simple, aunque Mahan, Escott-Stump; Raymond (2013, p. 398) expresan que “la ingesta de zumos de frutas debe limitarse a 235-350 ml/día (en dos raciones) en niños mayores y adolescentes”. Asimismo, “se ha observado una relación entre el aumento de la ingesta de refrescos edulcorados y una disminución del número de raciones de derivados lácteos, y una ingesta de calcio menos adecuada en niños y adolescentes” (Rajeshwari et al., 2005, citado por Mahan, Escott-Stump; Raymond, 2013, p. 417).

Dichas prácticas predisponen a la persona a reemplazar alimentos que aportan nutrientes por aquellos poco saludables, situación agravada, en este caso, porque una disminución de productos lácteos implicaría en el organismo un déficit de calcio indispensable para el funcionamiento del cuerpo.

Ahora bien, Mantzari, Hollands, Pechey, Jebb y Marteau (2017, p.2), explican que “Cochrane encontró que la exposición a grandes porciones y paquetes (en el hogar o donde se reside) aumenta el consumo de alimentos y bebidas no alcohólicas, lo que implica que la botella con los tamaños más pequeña puede ayudar a frenar el consumo de SSB”; no obstante, este estudio indica que el impacto de las pequeñas botellas en el consumo de SSB no está claro.

Entre otras de las bebidas mencionadas por los participantes, se encuentran las energéticas que, dicho sea de paso, contienen aproximadamente “80-320 mg de cafeína por porción” (Mahan, Escott-Stump; Raymond, 2013, p.1640). Por su parte Williams, Housman, Odum y Rivera (2017) afirmaron que durante su consumo existe mayor propensión a consumir otras bebidas con alto contenido de azúcar, mientras que quienes no las ingieren presentan mayores tasas de consumo de líquidos bajos en azúcar o sin edulcorante. Estas bebidas suelen ser consumidas por las personas estudiantes debido a los edulcorantes como componente adicional, puesto que la persona en su necesidad de disminuir la sensación de sed busca aquel refresco que mejor se adapte a sus necesidades inmediatas.

Al respecto, Fidler et al. (2017), en su macroestudio indican que las recomendaciones para el consumo diario de azúcar para los individuos con intervalo de edad de 15 a 19 años varía de acuerdo con el sexo: para las mujeres, 28 gramos de azúcar (es decir, siete cucharaditas de té), mientras que para los hombres se estima en 37 gramos (9 cucharaditas de té). Desde el punto de vista del Ministerio de Salud (2010), para la población costarricense, serían seis cucharaditas.

Basado en las prácticas de los estudiantes sobre el consumo de bebidas azucaradas, se afirma que existe una predisposición de presentar alguna ECNT, al preferir el consumo de otro tipo de bebida azucarada en lugar de ingerir agua, por tanto, se debe considerar la causa de su consumo, así como el significado que se le atribuye a la bebida azucarada, lo cual evidencia la necesidad de despertar el interés de sustituir su práctica, porque a fin de cuentas la decisión es del individuo.

Dichos aspectos deben ser considerados para futuras intervenciones con la población del Programa de Residencias, así como ejemplificaciones gráficas del consumo ideal de las bebidas y requerimientos sugeridos por organizaciones nutricionales, ya sea por medio de la colocación de infografías o pizarras informativas para brindar una educación pasiva.

4.3.3 El mantenimiento de una ingesta suficiente de comida

Dentro del marco de los requisitos universales de autocuidado planteados por Orem (1983, p. 63), se encuentra el tercero, *mantenimiento de una ingesta suficiente de comida*.

A fin de conocer las prácticas asociadas a los tiempos de alimentación, se consultó “cuántas veces come durante el día”: seis realizan el almuerzo y la cena; cuatro, almuerzo, el café y la cena; tres, desayuno, almuerzo y cena, dos ingieren alimentos en el desayuno, el almuerzo, la merienda vespertina y la cena; una persona realiza almuerzo, cena, otra cena en la madrugada, mientras que una persona menciona la cena y merienda.

A pesar de que la alimentación es una necesidad indispensable para el funcionamiento humano, los entrevistados realizan los tiempos de alimentación que más se ajusten a sus necesidades o que se adapten a la rutina universitaria, de modo que excluyen la importancia de los tiempos y los beneficios que aportan. Por su parte, una persona entrevistada menciona

[risas] ahí vamos mal ya, yo en eso sí tengo bastante desorden porque dependiendo, bueno, el desayuno cuesta mucho que lo haga casi siempre sí nos lo brincamos, bueno los lunes entramos a las ocho de la mañana y uno como estudiante bueno tenemos la costumbre de levantarnos como una hora antes y entonces no hay tiempo de desayunar y uno va a clases [...] luego de la cena hago como otro extra o sea tengo como los tiempos corridos y dependiendo hay momentos en los que he comido como dos veces al día (participante 19).

Por ejemplo, yo nunca, nunca, desayuno, entonces yo como dos veces y tal vez una vez en la tarde, como 4 o 5 [pm] uno vaya hacer café o algo pues sí, pero digamos lo demás solo dos veces, la mayoría de veces solo como dos veces (participante 6).

En este aspecto, cabe destacar que el estudiantado posee conocimiento sobre los tiempos de alimentación que debe realizar una persona, no obstante, a la hora de aplicarlos tienden a saltarse horas establecidas para llevar a cabo una nutrición saludable, práctica que se relaciona con el cumplimiento del rol de estudiante desde el que el manejo del tiempo y el invertir horas en acciones más placenteras o prioritarias para el estudiantado impiden cumplir con los tiempos de alimentación básicos.

Al respecto, Mahan, Escott-Stump y Raymond (2013), mencionan

saltarse alguna comida es una conducta frecuente entre adolescentes y que aumenta durante esta etapa de la vida, porque los chicos tienden a dormir más, tratan de perder peso restringiendo su ingesta calórica y han de habituarse a gestionar su ajetreada vida [...] El desayuno es la comida que se saltan con mayor frecuencia (p.419).

Lo anterior concuerda con lo expuesto por los participantes de esta investigación, quienes indican que la falta de tiempo para preparar los alimentos se debe al horario de las lecciones y de sueño, por lo que en múltiples casos omiten el desayuno o saltan algún tiempo de alimentación. Tales hábitos son un riesgo para la salud, debido a que “la costumbre de no desayunar se ha asociado a salud deficiente, con IMC más alto, falta de concentración y peor rendimiento escolar, así como a un incremento del riesgo de ingesta inadecuada de nutrientes, especialmente de calcio y fibra” (Mahan, Escott-Stump y Raymond 2013, p.418).

En el caso de quienes omiten el desayuno, se constituye en un factor predisponente de la obesidad, mientras que una desequilibrada alimentación lleva a una deficiencia nutricional, debido a la insuficiencia de requerimientos diarios dentro de la dieta, lo cual afecta negativamente la salud, a lo que se suma que “los adolescentes que se saltan alguna comida suelen picar algo entre horas para saciar el hambre, en lugar de comer a la hora adecuada” (Mahan, Escott-Stump y Raymond 2013, p.418) de manera que el saltarse alimentos por sí contribuye a la malnutrición y la obesidad.

Asimismo, se consultó a las personas residentes sobre los alimentos que consumen usualmente: 15 consumen arroz; 12, carnes blancas; 10, carnes rojas; nueve, ingieren frijoles, siete incluyen ensaladas, seis consumen huevo, mientras que cinco personas mencionan verduras y embutidos.

De los alimentos consumidos de forma usual en las personas participantes se puede rescatar que no incluyen en su dieta diaria comidas rápidas, ni del tipo *snacks*; más bien la mayoría de los alimentos mencionados forman parte de los grupos de alimentos requeridos para una alimentación variada, saludable y adecuada, a excepción de los embutidos; por consiguiente, es fundamental intervenir en la población estudiantil, considerar los alimentos y los tiempos de alimentación, dada la discordancia entre lo ingerido y los tiempos de alimentación. Respecto de lo anterior, se destaca la siguiente respuesta:

normalmente compramos carne, bastante carne de cerdo, de pollo, pescado, molida, tratamos de no comprar embutidos, de hecho, entre él [compañero de cuarto] y yo lo que compramos es un combo de embutidos para una persona normalmente que es muy poco en realidad, compramos arroz, tratamos de

comprar frutas bastantes [...] yo siempre compro un paquete de manzanas de ocho, en ensaladas normalmente compramos lechugas, tomates, pepinos; aunque como le dije aquí es un toque incómodo hacer ese tipo de cosas pero igual tratamos de consumirlas y antes en el apartamento sí hacíamos este tipo de cosas siempre había una ensalada de lo que fuera a veces hasta manzana le echábamos, digamos nunca nos falta [pausa] en el desayuno tratamos de comer siempre pinto me gusta demasiado desde la familia creo que es una tradición [pausa] ¡claro! con huevo, café siempre, cada vez que estamos muy perezosos nos levantamos y comemos el pinto así, pero siempre es con huevos, con plátano, uno que otro embutidillo ahí frito no sé un salchichoncillo con un par de tajadas, natilla sí, los lácteos, compramos natilla casera muy buena por aquí en una tienda, eh di no, no sé ya cuando la plata da para darnos lujos o cuando nos acordamos en verdad compramos un aguacate, el pinto con aguacate (participante 1).

Partiendo de lo mencionado, se evidencia que los estudiantes tienen prácticas en las que incluyen alimentos que aportan los nutrientes requeridos para el funcionamiento del organismo, además están conscientes de la búsqueda de adaptaciones válidas -como lo es el consumo de embutidos –dada la limitación de dinero- que propicien mantener una dieta balanceada hasta donde sus posibilidades se los permitan.

Al respecto, el Ministerio de Salud y la Comisión Intersectorial de Guías Alimenticias para Costa Rica (2011), enfatizan que una alimentación con los diferentes grupos alimentarios aporta al ser humano todos los nutrientes necesarios para el cuerpo humano

y un funcionamiento adecuado, mas se encuentran casos como el de la persona participante 1, quien menciona que su ingesta de vegetales y frutas es inapropiada, debido a la dificultad de preparar alimentos en la cocina de residencias, lo cual demuestra que “la mayoría de los adolescentes son conscientes de la importancia de la nutrición y saben cuáles son los componentes de una dieta sana; sin embargo, pueden encontrarse con muchas barreras para aplicar estos conocimientos” (Mahan, Escott-Stump y Raymond 2013, p.418).

Sobre lo mencionado se destaca que, a pesar del conocimiento de las personas participantes en torno a la importancia de los diferentes grupos alimenticios, el encargarse de su propia alimentación, así como las dificultades al compartir el espacio, obstaculizan la aplicación del saber en su práctica.

En relación con lo anterior, dos personas explican su día de alimentación de la siguiente manera:

en la mañana pan integral o cereal, en el almuerzo arroz, plátano, ensalada y algo extra ya sea brócoli, es que me encanta hacerlo con huevo, amo el huevo, pero sí, sí [...] es lo que como y durante la noche igual plátano, arroz y si me sobra ensalada como de esa ensalada y ya, a bueno café y galletas y a veces pan, pero no me gustan mucho, el pan es como muy poquito (participante 7).

Bueno, frutas principalmente me cuestan mucho [obtenerlas], después arroz y frijoles y un pedacito de carne y ensalada. Bueno normalmente en la mañana me comería una galleta, un pedacito de fruta, ya después en el almuerzo comemos

arroz, frijoles, alguna pasta o algo así, a veces una ensaladilla que se arrima y en la noche parecido (participante 11).

O en la siguiente, en la que la persona agrega que *“siempre, siempre incluyo arroz, nunca me puede faltar y no sé de ahí algo para acompañar puede ser carne, huevos, no sé lo que haya para acompañar y si me agarra tarde entonces una maruchan [Maruchan®]”* (participante 15).

En cuanto a lo expresado, se destaca que los tiempos de alimentación son regulares. En conjunto, el Ministerio de Salud y la Comisión Intersectorial de Guías Alimenticias para Costa Rica (2011), plantea la necesidad de mantener los horarios de comida ideales, teniendo un mínimo de tres y un máximo de cinco por día, además del consumo de alimentos que se ajusten a las necesidades en la dieta diaria, de manera que -en su mayoría- proporcionen nutrientes que favorezcan una alimentación adecuada, rica en proteína y con aporte energético, tal como se evidencia en el siguiente extracto:

como verduras y esas cosas [pausa] bueno a mí casi que no me gusta la carne, y de hecho como que yo tenga la iniciativa de comer carne sería como pollo y pescado y nada más. Y las verduras tampoco me gustan, pero sí como mucha zanahoria y bueno eso es una verdura, yo creo, el repollo no sé qué es, bueno ahí lechuga y cosas así y muchas papas y frutas como más que todo la piña o manzana son la que más me gustan. Qué es lo que más cocino, ah bueno también como huevo, lo que yo más hago serían como papa no sé, sancocho y nada más [pausa] la hago no sé con o cosas así o la hago puré, tal vez un poco de carne o también hago mucho tortilla o tortilla con huevo o con alguna cosa que tenga o no sé y

tampoco me gusta de vez en cuando compro, pero muy poco entonces, sería la tortilla pero casi no y arroz y bueno ensaladas (participante 16).

En pocas palabras, el estudiantado ingiere una alimentación variada aun cuando no hay una ingesta recomendada de vegetales y frutas y pesar de que en Costa Rica se sugiere al menos cinco porciones diarias; por otra parte, las personas participantes comentan consumir cereales y leguminosas, los cuales según el Ministerio de Salud y la Comisión Intersectorial de Guías Alimenticias para Costa Rica (2011), son la base de la alimentación diaria, porque aportan fibra, vitaminas del complejo B y minerales, (que se transforman en proteína), por tanto, es beneficiosa siempre y cuando se mantenga una proporción que incluya el doble de cereal por cada cantidad de leguminosa.

Asociado al consumo de carnes, los entrevistados las incluyen con frecuencia en su dieta como un acompañamiento de su preferencia; en relación con lo planteado, el Ministerio de Salud y la Comisión Intersectorial de Guías Alimenticias para Costa Rica (2011), afirman que las carnes blancas deben ser consumidas tres veces o más por semana y la ingesta de carnes rojas máximo tres a la semana, por tanto, de acuerdo con los profesionales en nutrición, este tipo de alimento suele ser consumido por las personas estudiantes, quienes -dentro de la variedad- prefieren la carne blanca.

Asimismo, al mencionar el consumo de proteínas se rescata el aporte nutricional del huevo dentro en la dieta, sobre el que el Ministerio de Salud y la Comisión Intersectorial de Guías Alimenticias para Costa Rica.(2011), exponen que “si usted es una persona saludable y no tiene familiares con colesterol alto puede consumir un huevo diario”

(p.15), sobre el que recomiendan prepararlo utilizando métodos de cocción libres en grasas, como el huevo hervido, duro, con tomate, espinaca, con especias naturales o condimentos en las cantidades adecuadas.

Al analizar las respuestas dadas por las personas participantes, es importante considerar que este tipo de alimento es consumido con frecuencia, por lo cual es indispensable conocer cuáles son las acciones de autocuidado llevadas a cabo por el voluntariado, debido a que, al ser un alimento de fácil preparación y práctico por su versatilidad, se tiende a preparar de manera no saludable, adicionando ingredientes como el sodio y grasa, hasta convertirse en un factor que predispone las ECNT (enfermedades crónicas no transmisibles).

Por otra parte, se identifica un alto consumo en grasas dado que las personas participantes ingieren alimentos fritos, embutidos, grasas animales, en torno a lo que el Ministerio de Salud y la Comisión Intersectorial de Guías Alimenticias para Costa Rica (2011), sugiere disminuir el uso y consumo de grasas y preferir los alimentos al vapor o cocidos.

Al respecto, Orem expone que las personas al encontrarse sanas no están tan pendientes en cuidar su salud ni en mantener un autocuidado que permita disminuir el riesgo de presentar una enfermedad, tal es el caso de las personas participantes, quienes confirman un alto consumo de grasas en su dieta diaria.

En cuanto a la elaboración de alimentos, la totalidad los prepara en la cocina del edificio de residencias: ocho, de manera individual, mientras que el resto lo hace en compañía, esto permite a la persona mantener un ambiente óptimo para la elaboración de sus alimentos, así como “escoger valores de autocuidado” (Orem, 1983) que permitan conservar su salud. De los 17, en algunas ocasiones, tres personas consumen los alimentos en el cuarto, por lo cual esta práctica al respecto un fragmento dado por una persona residente es “*comemos en el comedor y muchas veces cuando es de noche me gusta comer en el cuarto, aunque no se debería*” (participante 14), al igual que la participante 7, quien indica que ingiere alimentos

sola, mis compañeras cada uno hace lo suyo, pero igual lo comemos juntas sí. Cocino aquí en la cocina de resi [residencias]. Cuando estoy con mis compañeras en las mesas que están en el comedor, y si estoy sola, en mi cuarto.

De igual forma, de las diecisiete, dos personas comen ocasionalmente fuera de residencias, el resto no, tal es el caso de la persona participante 2 quien menciona lo siguiente: “*los hago en la cocina de residencias, a veces y una que otra vez me voy a almorzar a una soda, pero casi siempre los preparo acá*”.

En cuanto a la preparación y la ingesta de los alimentos el Ministerio de Salud y la Comisión Intersectorial de Guías Alimenticias para Costa Rica (2011) subrayan la importancia de consumir alimentos preparados en casa, debido a que implicaría un mayor control sobre la ingesta de azúcares, grasas y sodio que disminuya la incidencia de ECNT. De igual forma, ambas entidades sugieren realizar tiempos de alimentación en un ambiente tranquilo y en compañía agradable, puesto que favorece la digestión y un mayor aprovechamiento de los nutrientes: en el caso del estudiantado, aun cuando se evidencian

prácticas adecuadas en la preparación de los alimentos, se identifica un alto consumo de grasas, y uno bajo respecto de frutas y verduras, a lo que se aúna la omisión de tiempos que favorecen la aparición de ECNT ya que, como lo explica Orem, “las personas a veces tienden a escoger valores de autocuidado y otra clase de valores” (p.100), es decir, al encontrarse en un ambiente en compañía de otras personas residentes suelen adoptar prácticas inadecuadas transmitidas por figuras representativas pertenecientes a su círculo de amistades en el ambiente de residencias.

En cuanto al almacenamiento de utensilios y otros, el estudiantado emplea casilleros y usan sistemas de refrigeración para aquellos alimentos perecederos, así como bolsas plásticas o cajas para los no perecederos, dentro de su habitación asignada.

Algunas expresiones de lo recopilado son las siguientes:

bueno los locker's [casilleros] que hay aquí, nosotros tenemos una caja y cosas así, y lo ponemos ahí en el cuarto, y en realidad, bueno, porque no cabe, los locker's son muy chiquititos, bueno, y en la refri [refrigeradora] lo que se jode, pero sí es un costo porque pasan robando cosas (participante 6).

Parte en el locker debajo de la cocina y lo otro en arriba no da como chance de guardar todo en el locker, entonces lo que son cosas que se van ocupando como específicas que siempre se van necesitando si las tenemos abajo, lo que son acompañamientos las tenemos arriba como las latas y pastas (participante 14).

De las respuestas se puede indicar que las prácticas del estudiantado sobre el almacenamiento de alimentos en los casilleros contribuyen con el mantenimiento de la

salud y disminuyen el riesgo de enfermarse por algún microorganismo patógeno introducido por almacenamiento inadecuado, mas no sucede lo mismo al resguardarlos en las habitaciones de las personas estudiantes, debido a que se exponen a mayor humedad y, por consiguiente, a más cantidad de microorganismos, incluso, a animales vectores de enfermedades.

En torno a lo anterior, cabe destacar que se ha evidenciado una correlación entre el almacenamiento de los alimentos y las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), por lo que la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la OPS y la OMS (2017), agregan que “los peligros causales de las ETA, pueden provenir de las diferentes etapas que existen a lo largo de la cadena alimentaria” (p.5) de ahí la importancia de conocer los sitios donde las personas estudiantes almacenan sus comestibles con la finalidad de identificar si existe algún riesgo de contaminantes en dicho proceso.

Referente al almacenamiento de los alimentos, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la OPS y la OMS (2017), mencionan que “el lugar de almacenamiento, para los productos que no requieran refrigeración o congelación, debe ser fresco, seco, ventilado, limpio, separado de paredes, techo y suelo por un mínimo de 15 centímetros” (p.31), lo cual evidencia la práctica incorrecta de algunos de las personas al almacenar sus comestibles directamente en el piso pues no cuentan con otro espacio para tal fin. A pesar de lo anterior, el estudiantado realiza un almacenamiento adecuado en lo que respecta a los alimentos perecederos y aquellos guardados en los casilleros, mas deben considerar las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas para la

Alimentación y la Agricultura, la OPS y la OMS (2017), las cuales especifican que algunos comestibles perecederos y los ya preparados deben ser guardados en frío, así como los demás alimentos requieren ser guardados en lugares con superficies lisas y de fácil limpieza.

4.3.4 La provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos

En su cuarto requisito, Orem (1983, p. 63), establece la *provisión de cuidados asociados con los procesos de evacuación y excrementos*: en este caso, al indagar sobre la frecuencia de defecación, se obtuvo que ocho personas defecan una vez al día; cuatro, dos veces al día; una, tres veces al día; una, con una frecuencia de día por medio; una, cada tres días, mientras que dos personas no responden por desconocimiento.

Respecto del patrón de defecación, es posible indicar que los intervalos mencionados coinciden con los parámetros establecidos por Mahan, Escott-Stump y Raymond (2013), los cuales explican que la frecuencia de expulsión de las heces resulta variable, desde tres veces al día e incluso cada tres días, situación que se debe en parte a las características anatómicas, la dieta, y el nivel de actividad física que determinan la velocidad de tránsito intestinal.

Relacionado con lo anterior, la persona participante 15 recalca “*diay, todo depende, igual de como uno se sienta o como uno esté, porque a veces están muy llenos los baños, o muy ocupados, usualmente como una vez, hay veces que no*”. En este extracto, se menciona

un aspecto relevante, la postergación del acto de defecar, debido a la saturación de los servicios sanitarios del edificio de residencias que, al mismo tiempo, se vincula con el uso del baño mixto.

En cuanto a la postergación, al respecto Feldman, Friedman y Brandt (2015), expresan que

la urgencia de defecar generalmente se experimenta cuando las heces entran en contacto con receptores en el canal anal superior. Cuando se resiste el deseo de defecar, puede producirse un movimiento retrógrado de las heces, y el tiempo de tránsito aumenta a lo largo del colon (p. 81)

Lo anterior significa que demorar la defecación es perjudicial para los patrones de deposición debido a que, al ampliar el tiempo del tránsito intestinal, la proporción de agua en la materia fecal disminuye; por tanto, la frecuencia del proceso de excreción puede alterarse y aumentar el malestar e, incluso, el dolor.

De igual forma, se indagó sobre la presencia de estreñimiento en las personas participantes y se identificó siete casos. De igual forma, de 16 personas, ninguna menciona utilizar laxantes, mientras que una persona participante no reconoce el término ni tampoco el tipo de fármacos que se mencionan.

La respuesta más representativa es

sí me ha pasado, no muy seguido, digamos [...] cuando uno va al servicio siente como de que sí cuesta y cuando ya uno logra defecar si se siente como espinita es que pues como que jincan entonces sí siento que como que rompe un poquito entonces sí (participante 19).

En cuanto al estreñimiento, Mearin, Balboa y Montoro (2012), definen esta patología utilizando varios parámetros de referencia, los cuales no son reconocidos claramente por las personas participantes, y mencionan que

cuando en más del 25% de las deposiciones, presenta dos o más de los siguientes síntomas, precisa de un esfuerzo excesivo, presenta heces duras o caprinas, no logra una sensación confortable de desocupación rectal, tiene sensación de obstrucción en el área anorrectal, utiliza maniobras manuales para facilitar la expulsión (extracción digital o compresión del suelo pélvico), o evacúa menos de tres veces por semana, hay que prestar atención (p.148).

En el caso de los residentes que padecen estreñimiento, no han acudido a los servicios de salud, ni emplean ni emplean fármaco alguno. Al respecto, Feldman, Friedman y Brandt (2015), indican que un consumo alto de fibra disminuye el tiempo de tránsito en el colon, lo cual, se traduce en una disminución del peso y un aumento de la frecuencia de defecación, además de que mencionan que la actividad física es un factor protector para el estreñimiento.

En lo referente a la micción de las personas participantes, ningún residente especifica una frecuencia concreta de micción porque la desconocen; no obstante, cuatro residentes coinciden en que existe una relación entre el consumo de agua y la evacuación urinaria, lo cual permite establecer una frecuencia de micción específica en las personas participantes; sin embargo, la relación mencionada sobre la ingesta de líquidos puede brindar un parámetro aproximado.

En cuanto a la micción, se menciona que

una sensación intensa de plenitud y malestar con un deseo intenso de orinar suele presentarse cuando la vejiga alcanza su capacidad funcional, de 300 a 500 ml de orina [...] Bajo circunstancias normales, con una ingesta promedio de líquidos de alrededor de 1 a 2L/día, la vejiga debe ser capaz de almacenar orina durante periodos de 2 a 4 h en cualquier momento del día (Smeltzer, Hinkle, Bare y Cheever, 2013, p. 1298).

Por tal motivo, la ingesta de líquidos resulta un elemento crucial en los procesos de evacuación debido a que estos determinan la periodicidad de las excretas, las cuales pueden representar un factor de riesgo para la salud de las personas. De modo que una ingesta baja de líquidos significaría un inconveniente para el organismo en el funcionamiento normal, porque implicaría que este afecte los sistemas asociados a la eliminación de toxinas y desechos, los cuales ayudan a mantener un equilibrio fisiológico.

Ahora bien, respecto de las infecciones del tracto urinario (ITU), tres personas refieren que en algún momento de su vida las han tenido (por ejemplo, las personas participantes 2, 11 y 14); no obstante, desconocen el tratamiento indicado por el médico. Dado lo anterior, parte preponderante del quehacer de enfermería es la educación, por consiguiente, es fundamental que esos tales profesionales brinden educación pertinente y concreta las personas a las cuales se les ha prescrito algún tratamiento y aborde sus dudas puesto que, como plantea Orem, una insatisfacción de autocuidado puede ocasionar una alteración de la salud, mientras que un eficaz autocuidado mejora el control de una patología o condición.

En relación con este aspecto, González y Rodríguez (2014), expresan que “la ITU implica el crecimiento de gérmenes en el tracto urinario, habitualmente estéril, asociado a sintomatología clínica compatible, debiendo distinguirse de la bacteriuria asintomática (BA), que no presenta síntomas ni signos de reacción inflamatoria de las vías urinarias” (p.92). Sin embargo, el desconocimiento del abordaje farmacológico representa un punto de interés que influye en el autocuidado de las personas, debido a que el empoderamiento de la situación de salud es clave para llevar a cabo acciones con el objetivo de mejorar y prevenir circunstancias perjudiciales para el individuo.

4.3.5 El mantenimiento de equilibrio entre actividad y descanso

El quinto requisito universal de autocuidado de Orem (1983, p. 63), se refiere al *manteniendo del equilibrio entre actividad y descanso*, por lo cual se indagó sobre la cantidad de horas que duermen: tres personas participantes refieren de seis a cinco horas; dos, de tres a cinco horas; dos, cinco horas diarias; nueve responden de manera distinta

haciendo referencia a que no duermen las horas necesarias porque varían según la carga académica, mientras que una persona residente desconoce la respuesta al mencionar “no sé.”

En este caso, la cantidad de horas sueño de las personas participantes estará determinada por aquellos deberes concernientes a la vida universitaria, además del cumplimiento de los requerimientos en su vida cotidiana y, por ende, la distribución de tiempo condiciona las horas de sueño ejecutadas de manera distinta en cada individuo.

En cuanto a la higiene del sueño en las personas residentes, se observa una inadecuada práctica, debido a que no duermen las horas diarias ideales: al respecto, es posible determinar que la etapa del desarrollo humano se constituye en una transición entre la adolescencia y la adultez joven en la que la mayoría de las personas construyen o establecen sus hábitos, por ende, sin dejar de lado el sueño, la lejanía de sus hogares de procedencia y al no existir el control parental, esa conducta se fundamenta, aspecto reforzado por Álvarez y Muños (2016), quienes indican que

en la transición de la adolescencia a la adultez temprana, frecuentemente se adoptan hábitos que no son compatibles con un buen sueño. Entre ellos tenemos: horario inapropiado del sueño, siestas diurnas prolongadas, horario de acostarse o de levantarse que depende de su elección, uso habitual de productos que contienen alcohol, nicotina o cafeína (p.14).

A su vez, Orem (1983), explica que el ser humano requiere de un equilibrio entre la actividad y descanso para mantener un funcionamiento normal, mediado por la capacidad, los intereses personales, normas prescritas por la cultura, como las bases para el desarrollo de un patrón habitual en el dormir, por consiguiente, la persona requiere establecer estrategias que le permitan lograrlo. En relación con lo anterior, la persona estudiante menciona sus hábitos: *“bueno, no siempre las cumplo [risas] pero tal como ayer me acosté las dos de la mañana y me levanté como a las ocho entonces son como siete, pero normalmente duermo como unas [pausa] depende como cuatro cinco horas”* (participante 15).

Otros extractos son

es que eso depende porque yo padezco insomnio y entonces a veces, yo duermo cuatro horas y ahí días como ayer que yo me levanté a las 12 y bueno me acosté a la una de la mañana del día anterior y me levanté a las 12 y me volví acostar a las 2 de la tarde y me levanté como a las 8 de la noche y me volví acostar como a las 11 y me volví a levantar como a las 2 de la mañana. Entonces esos que ya tengo cansancio acumulado; pero yo tengo como un reloj de dormir, es como lo que puedo (participante 16).

[risas] sí duermo, más bien duermo más de ocho horas cuando duermo, porque por problemas de insomnio yo no soy de dormir a la 5 am sabiendo que entro a las 9 sí, y cuando puedo reponer en el fin de semana me acuesto a la 4 o 5 am me duermo y me despierto a las 3 de la tarde (participante 17).

Dichas aportaciones aclaran la diferencia que existe entre un individuo a otro, tanto en los hábitos previos al dormir como el tiempo empleado durante el descanso que les permita un ritmo circadiano acorde al buen funcionamiento diario.

Por una parte, Pérez (2010), citado por Álvarez y Muñoz (2016), menciona que descansar la cantidad de horas necesarias sin fragmentar, para obtener una buena calidad de sueño en las personas estudiantes universitarios llega a ser una misión imposible, a pesar de que esto favorece el rendimiento académico.

Por otra, sobre el insomnio, se evidencia una conceptualización errónea de las personas entrevistadas, ya que su condición radica en el inadecuado manejo del tiempo y las repercusiones en su higiene de sueño. Además, existen mitos que giran en torno al tema, tal es el caso de la reposición de sueño durante los fines de semana, las horas de sueño diarias insuficientes a las cuales *“mi cuerpo está acostumbrado”*, mencionado por la persona participante 16, y el realizar las horas de sueño durante el día.

Lo anterior, es refutado en investigaciones recientes del Instituto Neerlandés de Neurociencia por los científicos Posthuma y Van Someren (citado por la American Sleep Association, 2017), basados en la búsqueda de genes relacionados al sueño, se ha encontrado una baja probabilidad de poseer genes que se traducen en insomnio o aquellos que modulan la necesidad de una menor cantidad de horas de sueño para un descanso eficaz. Además, la más alta producción de melatonina, se obtiene descansando durante la

noche y estando activo en el día con el objetivo de mantener los ciclos circadianos más estables.

Por otra parte, Monterrosa, Ulloque, Carriazo (2014), hacen referencia al insomnio en estudiantes al explicar

tiene tasas de prevalencia en estudiantes universitarios entre 8.7% y 69.0% y se ha asociado con mayor fatiga, irritabilidad, ansiedad, depresión, dificultad para terminar las tareas, déficit cognitivo, accidentes, ausentismo, abuso o dependencia de sustancias, suicidio, compromiso inmunológico, enfermedades cardiovasculares y gastrointestinales (p.86).

Lo anterior significa que las consecuencias a nivel neurológico, cognitivo, social y académico de la privación del sueño a causa del insomnio generan repercusiones en quienes lo padecen: a pesar de las constantes menciones de los residentes del insomnio, dicho aspecto no se identifica como tal al analizar sus testimonios, de manera que se equipara más bien con una mala higiene del sueño.

Al mismo tiempo, la higiene del sueño posee gran relevancia en el desarrollo de las actividades de los seres humanos, dado que “la pérdida de sueño es uno de los más llamativos problemas de la sociedad moderna. El sueño es un importante elemento de recuperación corporal que incluso facilita el proceso de aprendizaje y memoria” (Monterrosa, Ulloque, Carriazo, 2014, p. 93), en otras palabras, los hábitos de sueño de

la sociedad contemporánea constituyen un problema de salud pública del cual no se encuentran exentas las personas estudiantes universitarios.

Posterior a indagar sobre la cantidad de horas de sueño de las personas residentes, se cuestiona si son suficientes: de la totalidad del voluntariado, seis personas mencionan que no; seis, que sí; tres, que “a veces no”; una persona indica “depende del estrés” y una no responde ante la pregunta realizada por desconocimiento de su propia práctica.

Dado lo anterior, se entiende que la mayoría de las personas participantes no están ejerciendo un autocuidado diario respecto de la higiene del sueño, considerando la importancia que tiene el cumplir con las horas mínimas de descanso diarias, mas si no se practican traen consecuencias negativas en la salud, las cuales influyen en las acciones cotidianas, específicamente en el desempeño académico.

En lo referente a la calidad del sueño y la satisfacción que genera a la persona, hay que tomar en cuenta que existen múltiples factores intrínsecos y extrínsecos que influyen, como el estrés, el ambiente, entre otros, sobre lo que Monterrosa, Ulloque y Carriazo (2014) explican

la valoración de la calidad del dormir debe abordarse desde un punto de vista cuantitativo (número de despertares en la noche, latencia del sueño y la duración del sueño) y cualitativo (profundidad del sueño, sentirse descansado al despertar y la satisfacción general con el sueño) (p.93).

Lo anterior implica que hay una relación tanto con el número de horas de sueño como con la percepción subjetiva de la persona: al respecto, al consultar sobre si este era satisfactorio, las personas residentes afirmaron que *“depende, porque depende del estrés que uno tenga encima pero casi siempre yo siento que duermo que sean solo cinco o seis horas”* (participante 11), afirmación en la que queda tácita la satisfacción por el dormir, la cual incluye características personales como el estrés. Otra persona participante expone que existe una relación proporcional entre la cantidad de horas y su calidad, por lo que distribuye su tiempo de manera que pueda cumplir con sus labores académicas y el descanso.

Partiendo de lo mencionado, un sueño satisfactorio precisa de que las responsabilidades cotidianas no afecten e influyan el conciliar el sueño, por tanto, el disponerse a cumplir con una necesidad natural del cuerpo mediante el descanso exige que sea lo suficiente para que una persona logre consumir con todas las fases fisiológicas del ciclo del sueño.

Yo digo que sí [pausa] y cuando yo siento la verdad no me traspasó mucho estudiando yo estudio mucho, bastante lo que es en la noche y en la noche llego muy cansado, entonces lo que hago yo es cenar y luego repasar y me acuesto hasta la mañana o hago otras cosillas. Yo no puedo para nada estudiar (participante 14).

Asimismo, una persona estudiante explica *“no siempre, hay días que uno se levanta como [pausa] pero al menos sí siento que dan como lo básico para para seguir uno al otro día”* (participante 15).

En otras palabras, existen días en los que el sueño es más reparador que en otros y este va a estar mediado por acciones realizadas antes de disponerse a dormir, e ahí la sensación de descanso que pueda experimentar al día siguiente, lo cual concuerda con lo expuesto por Monterrosa, Ulloque y Carriazo (2014), cuando afirman que la necesidad de cumplir con las obligaciones académicas influye directamente en las horas de descanso y estas en la calidad del dormir y alteran la percepción del descanso de la persona.

Igualmente, una persona estudiante menciona:

a veces [frisas], día porque a veces no duermo y porque me cuesta mucho hacer los trabajos, okay, yo tengo trabajo para mañana y que yo a esta hora lo tenga hecho (niega con la cabeza), yo salí como a las doce y como que yo en este momento lo haga como que no, yo lo empiezo hacer como a las 12 de la noche, cuando yo ya sienta la presión, entonces yo no, yo siento que no (participante 16).

En este caso la persona participante 16 aclara que la demanda académica que posee interfiere con sus horas de sueño y la calidad de este; no obstante, de lo anterior se puede deducir que una mala distribución del tiempo también afecta su dormir, en torno a lo que Monterrosa, Ulloque, Carriazo (2014), mencionan que

enfrentar a las exigencias académicas que les obligan a pasar menos tiempo en cama, con lo cual se altera la relación del ciclo de sueño/vigilia. Además, diversos factores y hábitos reconocidos como generadores de problemas de sueño y mala calidad del dormir pueden estar presentes, especialmente fumar, consumo de alcohol, sedentarismo, excesivo uso de internet y falta de apoyo social (p.86).

En otras palabras, entre los factores que afectan el dormir es necesario considerar otros elementos, como el consumo de drogas, el cual se presenta en la mayoría de las personas participantes, así como la cantidad de horas que utilizan sus computadoras y el sedentarismo, puesto que el número de las personas estudiantes que lleva a cabo actividad física con frecuencia es poco.

Contrario a lo que se ha afirmado, una persona comenta que

no, es extraño porque si duermo muchas horas me siento cansado y cuando pocas horas también me siento cansado, pero siento que cuando duermo menos como que me rinde más el día porque o sea en la noche cuando me voy a acostar siento esa sensación del sueño y tal vez hago algo y se me quita el sueño y como ya tengo el cuerpo acostumbrado a acostarme tarde, pero digamos sí siento como que estoy agotado paso como cansado todo el día (participante 19).

Como fue mencionado, en muchas ocasiones la calidad del dormir no se encuentra ligada al número de horas descansadas, sino que estas requieren de más factores para que una persona posea calidad en su dormir.

Al respecto Monterrosa, Ulloque, Carriazo (2014) exponen que

está reportado que más del 60% de los estudiantes universitarios presentan mala calidad del sueño, llevándolos a somnolencia diurna, alteraciones físicas y psicológicas. La mala calidad del sueño en estudiantes universitarios ha aumentado con el tiempo y más de la mitad manifiestan falta de sueño o sueño irregular. El 27% cumple criterios para trastornos del sueño que no suelen ser diagnosticados

como narcolepsia, insomnio, síndrome de piernas inquietas o apnea del sueño (p.93).

En efecto, la calidad del sueño en los participantes suele ser mala en la mayoría de los casos, lo cual es preocupante porque aumenta la vulnerabilidad de estos a sufrir alteraciones en su salud tanto a corto como a largo plazo ya que, como mencionan Monterrosa, Ulloque, Carriazo (2014), “los estudiantes con alteraciones en el dormir tienen mayor riesgo de sufrir de depresión veinte años después y tienden a mayor consumo de alcohol y cigarrillo” (p.94).

Aunado a la higiene del sueño, de la totalidad, cinco realizan siestas durante el día, lo que se considera una práctica saludable y que, según la American Sleep Association (2017,)

si tiene entre 15 y 30 minutos más de sobra, tomar una siesta puede hacer sentir rejuvenecido y dar la energía para terminar el día [...] Cuando se duerme una siesta, se despierta antes de que comience el sueño profundo, lo que le impide una sensación de sueño posterior a la siesta con la que muchos se identifican. Las siestas reparadoras no están diseñadas para reemplazar el sueño nocturno, sino que actúan como un suplemento para darle el estímulo adicional que necesita cuando se siente cansado durante el día.

Dicho de otra manera, desde ninguna circunstancia, las siestas llegan a sustituir el sueño; sin embargo, existen estudios que demuestran sus efectos positivos, dado que un sueño

ligero de no más de noventa minutos sin llegar al sueño REM (por sus siglas en inglés, movimiento ocular rápido) mejora la memoria, la creatividad y el estado de ánimo y favorece los procesos de aprendizaje, la salud física y mental (American Sleep Association, 2017).

Ahora bien, relacionado con el mismo requisito, *mantenimiento de un equilibrio entre actividad y sueño*, se incluye la práctica de actividad física de las 17 personas, de las que siete personas sí realizan algunas como fútbol y el baloncesto.

Dos de los extractos al respecto, se presenta a continuación:

estaba yendo al gimnasio pero se me acumuló todo ahí, el tiempo que me queda es como para dormir y si es cierto pero ya eso pasó, y juego fútbol estoy con el equipo de la u [universidad], estoy en el torneo interno de aquí y un torneo los domingos en Palmares [pausa] hubo un tiempo en que lo hacía todos los días y ya me di cuenta que no me daba tiempo [risas], entonces [utiliza sus dedos para contar los días de la semana] martes, miércoles, jueves ¡pucha casi todos los días! [muestra sorpresa] y domingo [risas] y a veces sábados, casi todos los días [pausa] diay me gusta, nunca he tenido un principal motivo por el que lo hago (participante 14)

Sí, estoy yendo al gimnasio desde hace dos meses y estaba practicando karate bueno, yo practico karate. Dos veces por semana practico karate y al gimnasio voy como tres veces [pausa] diay, tal vez para sentirme un poco bien saludable o

más saludable, porque uno suda mucho y en el momento tal vez es cansado; pero, ya después se siente como con más energía (participante 15).

En torno a lo anterior, la persona participante 14 menciona que, a pesar de haber salido del gimnasio por el factor tiempo, realiza actividades físicas orientadas a la práctica de un deporte -el fútbol-; al indagar sobre la frecuencia de su actividad física, el universitario muestra sorpresa, debido a que no era consciente del número de veces por semana que realizaba actividad física, posiblemente es un hábito. De igual manera, la persona participante 15 explica que practica ejercicio de fuerza, entonces, independientemente de las actividades seleccionadas por ambos participantes y el motivo de su realización, se evidencia que la continuidad de sus prácticas posibilita un mayor sentido de bienestar propiciando su permanencia.

Ambos comentarios ejemplifican muy bien la acción intencional que involucra todos los aspectos del gasto de energía referido por Orem (1983), debido a que el conocimiento, la motivación para continuar, el compromiso, la capacidad de realización, la energía y el bienestar para sostener el autocuidado son elementos necesarios para la consolidación de cualquier práctica de autocuidado.

Asimismo, para maximizar los beneficios, la OMS (febrero de 2018), recomienda al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada. Dentro de las ventajas mencionadas por la persona participante 15 como el “sentirse más saludable” y el aumento de la energía indican aportes positivos por el practicante, lo que podría generar una mayor satisfacción.

De igual forma, la actividad física brinda otros múltiples beneficios a quien la práctica, tal lo exponen Pérez, Laíño, Zelarayán y Márquez (2014), para quienes

los beneficios de un estilo de vida activo son bien conocidos e incluyen un menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, obesidad, insulino-resistencia y ciertos tipos de cáncer como el de colon y el de mama. Se ha demostrado, además, que la actividad física [...] reduce el riesgo de obesidad y se asocia con la salud mental, el bienestar emocional y una mayor longevidad (p.896).

En otras palabras, practicar actividad física con frecuencia reduce el riesgo de presentar diferentes enfermedades las cuales a corto, mediano y largo plazo traen consecuencias graves para la salud y que disminuyen la calidad de vida de la población, al punto de convertirse en un problema de salud pública, a pesar de que se sabe que los estilos de vida activos contribuyen con la salud integral de las personas aumentando la salud física y mental y de que

se ha demostrado que la regularidad del ejercicio físico está directamente relacionada con el autoconcepto físico, de manera que en diferentes estudios han diferenciado las percepciones físicas y la práctica regular del ejercicio físico, obteniendo como conclusión que las personas practicantes de ejercicio físico de manera regular tienen mejor autoconcepto físico general (Álvarez, Cuevas, Lara y González, 2015, p.28).

Tal como se colige, la actividad física no contribuye solamente con la disminución de la morbimortalidad de las ECNT, ya que favorece la autoimagen, la autoaceptación del

individuo, directamente a la salud emocional y psicológica del ser; debido a que favorece la secreción de endorfinas, las cuales traen beneficios como

promover la calma, crear un estado de bienestar, mejorar el humor, reducir el dolor, retrasar el proceso de envejecimiento, potenciar las funciones del sistema inmunitario, reducir la presión sanguínea, contrarrestar los niveles elevados de adrenalina asociados a la ansiedad y ayudar a reducir los síntomas de sensaciones emocionales negativas (Fuertes, 2014, p.5).

En otras palabras, las endorfinas funcionan como opiáceos naturales o bien como analgésicos que contrarrestan los sentimientos negativos y contribuyen a la superación de circunstancias difíciles en el ser humano, motivo por el que la educación sobre el tema se considera además un factor protector ante el consumo de drogas y una herramienta para el afrontamiento de crisis y manejo del estrés.

A pesar de tales beneficios que brindan los estilos de vida activos, existen varias razones por las cuales diez personas universitarias no realizan actividad física: tres indican que por “mañanear” o por “pereza”; tres (16, 17 y 18) no especificaron al preguntar refiriendo “porque no”, mientras que una persona distinta por cada una de las siguientes justificaciones afirma: cambios de la dieta sugeridos por el entrenador, el costo económico de la dieta y el dolor, la limitación del tiempo, limitación de espacio de residencias y una persona responde que no le gusta.

Si bien es cierto, las respuestas concernientes a “mañanear”, “pereza” y “porque no” se relacionan con la toma de decisiones, la actividad física corresponde a acciones intencionales de las personas universitarias que, según su repetición semanal, formarán parte de la rutina del individuo, como en el caso de los participantes 14 y 15.

Por su parte, Orem (1983), establece que, en la rutina diaria, la satisfacción de los requisitos de autocuidado es programada, por tanto, la actividad física como en las demás acciones para la satisfacción de autocuidado implica la *fase de autocuidado* basada en conocimiento y la *fase de acción para realizar el autocuidado* que considera los aspectos mencionados para el gasto de energía.

En cuanto a las respuestas dadas por las personas participantes sobre los cambios de la dieta sugeridos por quienes dirigen el entrenamiento, el costo económico, el dolor causado por la actividad física, la limitación del tiempo y del espacio de residencias, se asocian más a la segunda fase, aunque no se concreta el hábito de la actividad física, la cual involucra también un gasto de energía en el autocuidado que “puede ser desagradable y puede eliminar oportunidades para otras actividades” (Orem, 1983, p. 110).

Las razones expuestas por el estudiantado que no lleva a cabo actividad física con regularidad son parte de lo esperado, tal como exponen Navas, Leandro y Soriano (2016), quienes señalan que

los motivos más relevantes para no realizar actividad física o práctica deportiva [...] supone el 57% de las personas [...] son la falta de tiempo, la pereza, la falta

de gusto hacia la misma o preferencia por otras actividades y el cansancio por el estudio o el trabajo (p.70).

La proporción de personas que no realizan actividad física a nivel internacional es muy similar a la de los participantes de este seminario de graduación, así como los motivos, los cuales concuerdan con lo expuesto por Navas y Soriano (2016), quienes explican que en la mayoría de los casos la inactividad física se relaciona más con una mala distribución del tiempo del estudiantado.

Sobre la inactividad física, se le considera un problema de salud pública, debido a que aumenta el riesgo de presentar ECNT, por el que la OMS (2018), afirma que

se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

En cuanto a las actividades recreativas, que de igual manera forman parte de las actividades físicas, trece las realizan, mientras que tres no llevan a cabo ninguna actividad de este tipo. Cabe mencionar, en las personas estudiantes universitarias la práctica de actividades recreativas se considera un factor protector para conservar y promover la salud mental, debido a que “la recreación permite al cuerpo y a la mente una

“restauración” o renovación necesaria para tener una vida más prolongada y de mejor calidad, se considera, socialmente, un factor trascendental” (Plan Nacional de Actividad Física y Salud Costa Rica, 2011-2021, p.4).

Como se ha mencionado, las prácticas de actividades de ocio proporcionan a la persona una mejor salud que facilita su desarrollo social, académico y físico. En relación con lo anterior, una persona estudiante argumenta *“yái básicamente eso ir a jugar básquet, sino irme a escuchar un rato música, ver una película o salir a caminar, salgo a caminar un rato”* (participante 8).

Por su parte, otras dos personas residentes explican

ah bueno me gusta mucho montañear, y conocer entonces prácticamente solo que hago con mis amigos, planear conocer otros lugares [pausa] como cada mes y medio, bueno cada mes y medio que voy a mi casa puedo y aquí si estoy encerrada todo el día ocupo salir por lo menos a la pulpería un poco, a tomar agua o a sentarme en la banquita porque me siento estresado entonces sí (participante 7).

Lo que me gusta es nadar, pero como le digo casi nunca lo hago y actividad recreativa, en sí, diay me gusta vacilar con mis amigas nada más y me gusta mucho ver series [pausa] bueno a ver, yo creo que casi cada dos días lo hago por porque si me gusta mucho y con mis compañeras (participante 11).

Inicialmente, es necesario reconocer que las actividades recreativas dependerán de las preferencias de cada individuo y su significancia en la vivencia subjetiva del ser humano,

cuyos beneficios serán similares, a pesar de las particularidades; por ende, se debe de tener en cuenta que existen diversas áreas de recreación como el arte, la cultura, la música, la lectura, el deporte, las actividades al aire libre; el ver la televisión, las actividades sociales, entre otras, por lo que el Plan Nacional de Actividad Física y Salud Costa Rica (2011-2021), explica que “los beneficios de recrearse van más allá de una buena salud física y mental, sino un equilibrio de éstas con factores espirituales, emocionales y sociales” (p.4).

4.3.6 El mantenimiento de equilibrio entre soledad y comunicación social

Continuando con los requisitos universales propuestos por Orem, se plantea el sexto, *mantenimiento de un equilibrio entre soledad y comunicación social* (Orem, 1983, p. 63), el cual corresponde a las preguntas sobre las relaciones interpersonales entre las personas residentes y la relación con sus respectivas familias. Respecto de la primera categoría mencionada, diez comentan que la relación es “buena”; dos, que es “cordial” y una persona, que es “regular”.

Mientras que el resto menciona varias respuestas, la persona participante 1 argumenta que socializa en varias ocasiones con el grupo de estudiantes del Programa de Residencias, pero al parecer no establece círculos de amistad cercanos en ese entorno, aunque no incurre en descortesía o aislamiento, lo cual es válido. Ahora bien, la persona participante 11 manifiesta que perteneció a una organización estudiantil, la cual contribuye con el establecimiento de las relaciones interpersonales.

A continuación, se muestra lo dicho por las personas participantes:

es que tengo un concepto ambiguo, es como que no me afecta mucho no me interesa demasiado; sin embargo, digamos yo saludo a cualquier persona, hablo con las personas, así como una o dos veces, pero realmente no me interesa mucho socializar con todas las personas aquí, pero igual yo soy de que a mí no me va a caer mal nadie (participante 1)

En realidad, yo creo que me llevo bien con la mayoría, antes estuve metida entre la AERSO [Asociación de Estudiantes de Residencias de la Sede de Occidente] que es de residencias y entonces creo que eso me ayudó mucho al igual que desde que entraron los de primer ingreso que yo estuve ahí como para ayudarlos y eso me ayudó a tener una relación como más abierta con todo los de aquí y como siempre unos choques con alguien pero creo que la mayoría de los casos por lo menos un ¡buenos días! ¡provecho! o ¡salud! o cosas así creo que sí se da (participante 11)

Entre otras respuestas, una persona universitaria expresa “*siempre saludo a todo el mundo*” (participante 7), otra hace mención a “*excelente con compañeros de cuarto*” (participante 9): ambos se refieren a la cortesía y el establecimiento de las buenas relaciones interpersonales con sus personas más allegadas, aspectos claves para interactuar de forma positiva.

Otra persona estudiante manifiesta que “*al principio bien, luego se conforman grupos*” (participante 15), lo cual se asocia con la inserción en el Programa de Residencias que

considera la búsqueda de relaciones significativas en el proceso de adaptación a la rutina universitaria.

Por lo mencionado, se considera que el ser humano es un ente social que indiscutiblemente requiere de la comunicación y el contacto con sus semejantes para establecer una serie de relaciones interpersonales que varían de acuerdo con el entorno y sus características. En cuanto a la relación interpersonal,

es una interacción recíproca entre dos o más personas. Se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social. En toda relación interpersonal interviene la comunicación, que es la capacidad de las personas para obtener información respecto a su entorno y compartirla con el resto de la gente (Avalos y Bolaños, 2016, p.63).

Esa capacidad de comunicarse es la acción que motiva el desarrollo de las relaciones interpersonales; sin embargo, estas se encuentran sujetas a las características propias de las personas en lo referente a la personalidad, habilidades de socialización e, incluso, la resolución de conflictos. En lo que respecta a interactuar con otros, requiere de una serie de destrezas cuyos componentes, indican Lucero, Balbi y Molina (2016), varían en función de la etapa del desarrollo humano, lo cual añade cada vez más aspectos cognitivos, afectivos o sociales a estas interacciones, sin dejar de lado que cada persona traza una estrategia para relacionarse con los otros y que, en caso de no concretarse, puede generar manifestaciones de frustración, ansiedad o violencia.

El beneficio de las relaciones con los pares puede traducirse en bienestar para la persona, considerando que los participantes de este seminario de graduación conviven con otras personas estudiantes, debido a la asignación del beneficio de residencias estudiantiles, por lo que una buena percepción de las relaciones interpersonales con sus pares resulta de suma importancia ya que las personas residentes pueden convertirse en una red de apoyo ante las situaciones apremiantes de la vida universitaria.

Acerca de las relaciones interpersonales familiares, 10 personas afirman que mantienen una buena relación, mientras que dos indican que es excelente, tal como se expone a continuación:

excelente, diría yo, porque siempre se me inculcó eso de que la familia es primero, a pesar de que uno es un carajillo, yo todavía soy un carajillo [...] yo veo esos adolescentes que dejan a la familia del lado porque realmente no les parece un, esa palabra estúpida que usan cool [...] ahora que estoy aquí en la u [universidad] lejos de ellos y antes de venirme para acá, como que sentí un poco mejor esa parte como de que di los padres tal vez no pueden ser amigos, amigos por la relación que hay familiar pero sí pueda haber un ciclo de confianza muy bueno (participante 1).

Otras personas mencionaron al referirse a este aspecto: “*diay bien, no sé digamos como en qué sentido, porque yo llamo a mi mamá, yo estoy bien con ella y ella está bien conmigo, cuando voy allá mucho mejor, pero la distancia no incide en las relaciones*” (participante 13).

Además, algunas personas indican que las relaciones con sus familiares podrían definirse como: “demasiado apoyo”, mientras que dos personas universitarias indican “intermedia” y “poca comunicación”. Finalmente, una persona participante refiere *“dici, bien casi nunca hablo con mi [familiar con quien convive] pero cuando lo hago es así, es normal”* (participante 15).

De la misma forma, como se desarrolla en el inciso del marco conceptual, la familia representa el primer escenario de socialización de la persona, y es mediante la convivencia con sus integrantes que se establecen las pautas iniciales para la interacción con los individuos en otros ambientes, comúnmente se asocia el entorno familiar como un modulador de las interacciones mediante las cuales los seres humanos buscan apoyo y comunicación social, por tanto, contar con apoyo y estabilidad de los miembros del grupo familiar repercute de manera positiva en el individuo, en especial cuando por alguna situación se da la salida del hogar de procedencia, tal es el caso de los participantes, cuya mayoría concibe a sus familias como la principal fuente de bienestar, donde se establecen relaciones concretas y perdurables a pesar de la distancia, máxime considerando que

la familia ofrece a los jóvenes universitarios un soporte en el afrontamiento de situaciones personales, en su rol de estudiantes y, a pesar de que los hijos enunciaron la necesidad de independencia propia por su edad, también reconocieron la importancia de contar con su familia como red de apoyo social, además se identificó que la proveen prioritariamente los padres, pero también la desempeñan en algunos casos, los hermanos y los tíos (Villafrade y Franco, 2016, p.89).

Por tal motivo, las relaciones sociales representan un factor protector para el ser humano, debido a que los beneficios obtenidos de la interacción con otros seres humanos promueven el desarrollo personal y la salud mental y generan un sentido de bienestar personal que permite relacionarse con quienes están alrededor.

Continuando con la información recabada, en cuanto al sexto requisito universal de autocuidado, *equilibrio entre soledad y la comunicación social* (Orem, 1983, p.62), se consultó “¿en qué momento les gusta estar solo?”, de lo que se obtuvo que seis personas indican que para actividades académicas; cuatro, cuando hay mucho estrés, siete responden de forma distinta (una de estas respuestas es analizada posteriormente en el tema de relaciones sentimentales por su relevancia en cuanto al apego con su pareja), mientras que las demás vivencias se exponen a continuación

[...]yo soy como prefiero alejarme un poco no tratar mal a otros porque digamos puede pasar que tal vez uno este mal por un problema o irritado y se descargue con otra gente entonces siento que simplemente me alejo un poco o me mantengo callado (participante 1).

Depende de mi estado de ánimo si me gusta y a veces cuando estudio me gusta mucho estudiar en grupos, pero cuando yo he estudiado anteriormente porque, soy una persona que le gusta ayudar por eso me gusta, me gusta estudiar antes para luego ayudarles a ellos (participante 3).

Sí, en la noche en las tardes, casi que siempre porque, es un espacio para uno porque si uno quiere pensar o al menos hace un gesto o así es para uno entonces nadie se da cuenta de lo que sucede alrededor (participante 7).

Eh, diay no sé es que yo soy muy [no finaliza la idea] tal vez no solitaria, sino que no me molesta estar sola entonces a cualquier hora tal vez en la noche o un poquillo más no me guste tanto, pero en el día y así a mí no me molesta yo puedo estar sola (participante 16).

Las respuestas anteriores son prácticas fundamentales del individuo, puesto que el estar solo conlleva sabiduría emocional, no solo por el autoconocimiento sobre las emociones y la necesidad de soledad. Al respecto, Soler (2014), expone una serie de derechos asertivos, una lista que puede ser autocorrectiva e incluye “el derecho de estar solo”, el cual se constituye en una respuesta ante una circunstancia experimentada, ya sea de índole personal o académica.

Además, otra persona estudiante indica “*si tengo que hacer un trabajo, hacerlo solo. Porque si uno está con personas se distrae mucho y pierde mucho tiempo entonces en esa parte sí*” (participante 2).

Asimismo, la persona participante 8 comenta “*mmm [pausa] cuando estudio, en realidad me gusta estar más con los amigos vacilando*”.

Otra persona estudiante explica “*más que todo cuando veo series me gusta mucho estar solita y cuando estoy muy muy muy muy estresada que yo digo ya sea me hablan voy a explotar o llorar, entonces me gusta estar sola y relajarme*” (participante 11).

A su vez otra persona universitaria argumenta *“tal vez cuando quiero pensar en algo que hice o si quiero estudiar incluso para ver películas a veces me encierro en la lavandería a ver una serie o algo así”* (participante 15).

Los fragmentos expuestos con anterioridad se asocian al “derecho de estar solo”, el cual considera la decisión de estar solo y la actividad a elegir en el tiempo de soledad, como una necesidad ante una emoción o un estado de ánimo, ya sea con la finalidad de realizar deberes académicos e, incluso, actividades de ocio, vitales para el desarrollo humano del grupo etario analizado; es decir, el ser humano es un ser social que requiere de interacción con otros; no obstante, en determinadas situaciones existe una demanda de privacidad, lo cual se traduce en tiempos de soledad, sin que esta condición implique un desligue de la sociedad y de la necesidad imperante de la comunicación. Al respecto, Díez y Morenos (2015), mencionan que el concepto de soledad no siempre ha estado ligado a un aspecto negativo, por el contrario, hace referencia a

la situación de una persona que está sola de manera momentánea o durable y asociada al aislamiento, al estado de abandono y a la separación. Esta concepción entendía que los estados de soledad no solo evocaban tristeza, pérdida o sufrimiento, sino que respondían también al disfrute y a la satisfacción de poder experimentarlas. De esta manera, los que perciben esa carencia afectiva son los que manifestarían el sentimiento de estar solos y aislados, y los que declaran estar solos, porque así lo esperan, serían quienes no experimentarían esas emociones negativas (p. 8).

Los momentos de aislamiento remiten a una necesidad de la persona, los cuales surgen como producto de las situaciones que forman parte de su cotidianidad, como en el caso de las personas residentes, quienes los utilizan para realizar los deberes académicos. Sin embargo, las personas universitarias reconocen que la socialización es importante, por lo que asignan un tiempo específico para interactuar con otros.

Al respecto, Orem (1983, p. 65), expresa que dicho requisito incluye el mantenimiento del “nivel y equilibrio necesario para el desarrollo de la autonomía personal y las relaciones sociales permanentes que fomentan el desarrollo eficaz de los individuos” por tanto, las actividades académicas universitarias y la socialización son igual de relevantes que el desempeño estudiantil, razón por la que es fundamental impulsar los espacios de asociación de grupo entre las personas residentes, basados en las necesidades y opiniones, a fin de propiciar el equilibrio de las actividades y la apropiación de prácticas acorde con sus intereses.

No obstante, para lograrlo es necesaria la intervención de enfermería ya que, porque desde una perspectiva holística, consideraría tanto las opiniones de las personas universitarias, como la teoría general de enfermería. De igual forma, debido a que la permanencia en los espacios de promoción de la salud no solo requiere del acceso a estas actividades también, involucra el saber sobre las etapas del autocuidado, las cuales brindan un soporte teórico fundamental para el accionar con dicha población.

4.3.7 La prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano

En torno al sétimo requisito universal, la *prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano*, se asocia con las unidades de análisis sobre el consumo de drogas, la sexualidad, los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual, el autoexamen de mama y testicular, los exámenes diagnósticos como la citología vaginal y de pene, la asistencia a los centros de salud y la realización de exámenes de laboratorio, además de las prácticas de hábitos de higiene, presencia de trastornos alimenticios, onicofagia (morderse las uñas) e, inclusive, situaciones de cualquier tipo de acoso.

Dado lo anterior, se consultó al estudiantado sobre el consumo de drogas, en torno a lo que nueve personas responden de manera afirmativa al expresar que consumen una o varias sustancias psicoactivas, al indagar sobre este aspecto las personas residentes informan sobre la frecuencia de consumo, la cual incluye la primera exposición a dichas sustancias. En específico, seis consumen alcohol; cuatro, tabaco; cinco fuman marihuana y una persona residente utilizó hongos alucinógenos en una sola ocasión. Para cada tipo de droga se especifica lo referido por las personas estudiantes, cuyo consumo al menos se ha dado una vez, lo cual será analizado a la luz de la teoría y los aportes de las investigadoras.

Al respecto, de las nueve personas informantes, una consume los cuatro tipos de sustancias mencionadas al menos una vez a la semana, a excepción de los hongos alucinógenos que fue en una sola ocasión; otra, alcohol, tabaco y marihuana; otra,

marihuana y alcohol (una vez al mes y una vez a la semana, respectivamente), mientras que otra consume tabaco (un cigarro a la semana) y alcohol una vez al mes.

Como se expresó, la ingesta de drogas es considerable, máxime considerando que esta población se encuentra en una etapa de desarrollo crucial. Para fundamentar dicha afirmación se toma de referencia el estudio de Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne y Patton (2018), quienes agregan que

aunque la maduración del razonamiento lógico se considera completa desde aproximadamente la edad de 16 años, el desarrollo de la regulación afectiva más maduro, las relaciones sociales y el funcionamiento ejecutivo se prolonga durante al menos una década. La integración de estos puntos de vista sugiere que la adolescencia puede ser conceptualizada como una fase de crecimiento del cerebro que comienza antes de los signos visibles de la pubertad (alrededor de 6-8 años) y se prolonga durante otras dos décadas (p.2).

Lo anterior responde a la importancia de brindar educación al estudiantado sobre la toma de decisiones, ya que esta puede ser persuadida por sus pares u otros en una etapa de desarrollo que requiere conocimiento en temas sobre consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a los resultados de este seminario de graduación, la información concuerda con lo expuesto por Caravaca et al. (2015, p. 150), quien, en su investigación de la población universitaria costarricense, encontró “que el alcohol es la droga legal más consumida por las personas estudiantes universitarias: cerca del 78.4% de ingiere alcohol, una o dos veces por semana”.

Si se ahonda más sobre otros datos estadísticos específicos según el tipo de droga en Costa Rica, los últimos estudios epidemiológicos del IAFA muestran que tres de cada 10 costarricenses beben alcohol activamente, de acuerdo con el *Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas Costa Rica* (2016, p.17). Dichos datos se vinculan con la autorregulación de los individuos, ya que existe “abundante investigación que proporciona evidencia sobre una relación entre la autorregulación y el consumo de alcohol y esta relación es negativa (Neal y Carey, 2005; Quinn y Fromme, 2010)”, de acuerdo con lo citado por Benka (2017, p.15).

En cuanto al consumo excesivo de alcohol, “corresponde a la ingesta de cinco o más dosis para hombres y cuatro para mujeres en un intervalo corto” (Dos Santos et al., 2017, p.2), información que no puede ser contrastada del todo con lo referido por los participantes, ya que este seminario se focalizó en la frecuencia de consumo y sus motivos.

Sin embargo, a pesar de que ninguna persona participante expresó haber presentado efectos a corto plazo que permitiera inferir el consumo excesivo de alguna sustancia psicoactiva (a excepción de la persona participante 10, quien sí refiere presentar dependencia a la marihuana), ninguno de los nueve que consume o ha consumido drogas identifica cuándo existe una condición de alerta concerniente a su propio consumo, lo cual podría sugerir que su percepción del riesgo aún no ha sido adquirida. En relación con este aspecto, Papalia, Wendkos y Duskin (2011), mencionan que

los adolescentes mayores (14-17 años) mostraron patrones más similares a los adultos, pues usaban los lóbulos frontales que manejan la planeación, el razonamiento, el juicio, la regulación emocional y el control de impulsos, lo

cual permite hacer juicios razonados más certeros. Esta diferencia podría explicar las elecciones poco sensatas de los adolescentes, como el abuso de sustancias y los riesgos sexuales (p. 360).

En consecuencia, las decisiones de las personas jóvenes sobre el consumo de sustancias psicoactivas pueden estar mediada por el proceso de madurez cerebral: como explican las autoras, las personas jóvenes pueden presentar más aciertos, dependiendo del desarrollo neurológico en el que se encuentren. Lo anterior explicaría por qué quienes referían efectos positivos al ingerir sustancias psicoactivas eran aquellas que las consumían; por ejemplo, una persona estudiante argumentó que *“depende de la droga, positivos o negativos dependiendo de lo que usted crea, como uno positivo como concentrarse, imaginar las cosas mejor”* (participante 9), mientras que las personas participantes 10 y 18 mencionaron que producen “relajación”.

Sobre la relajación, puede considerarse una estrategia del manejo del estrés: en este caso, una persona estudiante lo expresa como beneficio del consumo de la marihuana, específicamente como una forma de evasión no adaptativa de conflictos personales:

Sí, pero, pero, es que a mí la marihuana siempre me relajó mucho y siempre digámosle y yo tuve una relación de 6 casi 7 años con [menciona a la persona con quien sostuvo una relación sentimental, ya que menciona que su consumo de cannabis fue un mecanismo de afrontamiento] y siempre ha sido con problemas (participante 10).

Por el contrario, la persona participante 9 brinda una respuesta poco extensa y evasiva, manifestando que no existe un motivo en especial: *“sí, marihuana, cada tres días, motivo no sé, consumo en grupo”*. Dicha afirmación demuestra que las relaciones interpersonales que se forman a través del consumo de cualquier sustancia también deben considerarse, tal como en el caso de la persona estudiante, quien atribuyó un significado a este tipo de consumo social del *cannabis*, lo cual es de vital trascendencia para los profesionales en salud.

En primera instancia, el uso de esta sustancia psicoactiva no puede ser focalizada desde el modelo clásico de la enfermedad, sino que debe abordarse desde las representaciones sociales que la persona estudiante atribuye al consumo y, en caso de que la persona universitaria logre identificar su condición del proceso de salud-enfermedad, es necesario brindar las herramientas enfocadas en la prevención del consumo la enfermedad y la toma de decisiones por medio de una relación enfermera-cliente.

Ahora bien, en relación con el alcohol, se extrae lo referido por una persona estudiante: *“alcohol, nada más de vez en cuando un tequilita, pero nada más, como una vez al año lo mucho es que es una vez perdida”* (participante 11), lo cual es ejemplo de un consumo ocasional que no implica necesariamente una alta ingesta de alcohol en un periodo establecido.

Otro de los ejemplos es el siguiente:

eh... el alcohol siento que tal vez por no estar en la parte del colegio de uno tan libre, porque la parte del colegio sí fue como más cerrado, entonces aquí es como muy poco lo que he llegado aquí borracho, nunca me he emborrachado así de decir que amanecí de goma, pero sí de vez en cuando a uno le gusta, sinceramente no lo veo como droga cuando yo lo hago porque, yo lo busqué en Google® (participante 14).

De lo presentado, se destaca varias respuestas: en la primera, manifestada por la persona participante 14, alude a la mayor aceptación del consumo de alcohol en la universidad, en donde el nuevo espacio confiere autonomía y libertad, en contraposición con el ámbito escolar. Además, la misma persona menciona que el alcohol desde su perspectiva no es una droga cuando no se consume en dosis excesivas, lo cual puede asociarse a la concepción del término “lícito” y a la percepción disminuida del riesgo sobre la ingesta de alcohol.

Asimismo, la persona participante 18 expresa un mito sobre el fumado debido a que, independientemente del tipo consumo del tabaco, ya se considera fumadora, razón por la que es importante desmitificar todo conocimiento errado que impida la introspección de las prácticas, debido a que todo proceso de cambio en el autocuidado requiere de un entendimiento significativo sobre el tema. Al respecto, la persona menciona:

a veces alcohol y a veces tabaco, alcohol como cada 15 días que salga o cada veintidós días y cigarro a la semana por lo menos un cigarro, no sé, porque me

gusta, pero no es que yo diga tengo que fumarme un cigarro, si tengo cigarros bien y si no, no voy a comprar (participante 18).

Luego, la siguiente respuesta evidencia una aceptación mayor del consumo de alcohol en las fiestas, motivo por el que al indagar sobre el consumo de drogas la persona expresa que no ingiere ninguna, aun cuando sucede lo contrario; además, comenta que la percepción de riesgo, la exigencia académica e -incluso- los efectos perceptibles, pueden ser un factor barrera para el consumo de otras sustancias psicoactivas de índole ilícita. De la misma forma, la persona manifiesta que consumir alcohol en espacios de socialización permite vigorizar las interacciones sociales, las cuales son una construcción mediada por la presión social, tal como se expone a continuación:

No, ninguna [refiriéndose que no consume droga], eso si no el cigarro no me gusta de hecho huele hediondísimo cuando la persona lo toma, lo fuma, y las otras no me da miedo en realidad entonces solo el alcohol[...] ah no, como le digo, cuando lo invitan a una fiesta una vez allá perdida y tampoco es como digamos que uno se emborracha es solo para entonarse en la fiesta (participante 19).

En lo que se refiere al tabaco, según los datos de la ENAHO en el 2010 (citado por IAFA, 2012), la prevalencia del consumo de tabaco en la población, entre los 12 y 70 años, fue del 24.8%; no obstante, “comparado con los resultados obtenidos en las encuestas de 1990 a 2006, se puede observar un ligero descenso del consumo de tabaco en los diferentes niveles de prevalencia” citado por IAFA (2012, p.12).

En relación con los grupos etarios con mayor consumo, resultó mayor en edades de 40 a 49 años y de 18 a 29 años, siendo este segundo el grupo que presentó más dicha práctica, según el IAFA (2012), institución que menciona que los “consumidores de tabaco no son conscientes de las sustancias químicas nocivas contenidas en los productos del tabaco y el humo del tabaco, así como la cantidad de enfermedades específicas causadas por este consumo” (2012, p.16), tal es el caso mencionado en el tema sobre el conocimiento de las drogas, debido a que las personas participantes incluso indicaban como efectos positivos de dichas sustancias “eleva los sentimientos y genera bienestar” -mencionado por la persona participante 10- o lo referido por cuatro y cinco personas, las cuales reconocen algunos efectos certeros, como alteraciones, el daño neurológico y las afectaciones en el comportamiento.

Todo lo referido por las personas estudiantes respecto de las consecuencias del consumo de las drogas son respuestas válidas; no obstante, hay que reconocer la existencia del componente vivencial dado que, en primera instancia, no existen efectos exclusivos para una droga específica o, al menos, las personas estudiantes los generalizan, al indicar desconocimiento sobre los efectos, aunque, a través de su propia experiencia, logran exponer algunas consecuencias.

Sobre el consumo de drogas, es una problemática que engloba los determinantes sociales de la salud, lo cual abarca aspectos sociohistóricos y culturales considerando que, de acuerdo con los Anuarios estadísticos de Costa Rica de la biblioteca virtual del Centro Centroamericano de Población y la Universidad de Costa Rica (2015), en los años sesenta no existía estadística alguna sobre las causas de muerte por tabaquismo o indicadores

específicos relacionados con las enfermedades pulmonares provocadas por esta condición. No obstante, sí existían indicadores categorizados en alcoholismo agudo o la cirrosis hepática con alcoholismo, lo cual podría explicar la causa de la prevalencia en el grupo etario de 60 años, según el Centro Centroamericano de Población (2015), debido a las concepciones e información difundidas de esa época aún no desarrolladas sobre el proceso salud-enfermedad por parte de las entidades nacionales encargadas de la salud pública.

En cuanto a la marihuana, es la tercera sustancia psicoactiva más consumida por los costarricenses. Asimismo, el IAFA, citado por el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) (2016), detalla que dicha droga

representa el 13,3% de todos los egresos por tratamiento del 2015, siendo los varones el 87% de la demanda sobre los servicios de atención para esta droga y justamente la población en la que el consumo activo ha incrementado con mayor fuerza en el periodo 2006-15 (p.20).

Además, según el *Informe de la situación nacional sobre drogas y actividades conexas Costa Rica* (2016, p. 20), se enfatiza que el inicio de consumo de la marihuana como un factor que repercute aún más sobre el bienestar de la población joven, la cual no retrasa su consumo en la etapa de la adolescencia, debido a los cambios en la formación cerebral, evidenciados en investigaciones científicas. Al respecto, según Arias et al. (2017, p.1), “algunos estudios sugieren que la edad de inicio es un importante determinante de la

magnitud de las consecuencias del consumo de drogas, en el sentido de que las personas más jóvenes sufren mayores consecuencias para la salud”.

Además, de acuerdo con citado por Matthew et al. (2017), las personas estudiantes universitarias tienen un mayor riesgo de inicio del consumo de *cannabis* en comparación con los individuos de la misma edad que no están matriculados en la universidad (Miech, Patrick O'Malley, y Johnston, 2017), lo cual es relevante para este seminario.

En torno a los ritos de iniciación -construidos a nivel social- referentes al ingreso a las universidades, es posible considerar el consumo de marihuana como tal, esta situación representa un aspecto de autonomía para las personas universitarias y el desligue de la tutela familiar, situaciones que aumentan al comenzar la vida universitaria y que rompen con el enfoque de no consumo imperante en la educación secundaria y el núcleo familiar.

Relacionado con el consumo de los hongos alucinógenos de las personas participantes, se infiere un desconocimiento sobre el tema, porque quien los ha consumido en una sola ocasión no mencionó efectos específicos de esta droga sobre el sistema nervioso central, a lo que se suma una baja percepción de riesgo respecto del consumo de otras drogas y la normalización de estas, sobre lo que una persona menciona: *“yo lo que he probado de es lo normal cigarro, alcohol, mota y solo una vez hongos, pero yo las definiría como depende del uso”* (participante 1).

Asimismo, en general, los estudios poblacionales son insuficientes para interpretar la información con respecto al tema de los alucinógenos o psicodélicos en la población adulta joven costarricense; sin embargo, Rodríguez y Quirce (2012), científicos costarricenses expertos en el tema, afirman que

son un grupo de sustancias psicoactivas [principalmente la psilocibina] que producen intensos efectos sobre la mente, que se adaptan muy bien a la fisiología humana (poseen muy baja toxicidad), y no son consideradas drogas de adicción, pues no promueven su consumo compulsivo ni inducen un síndrome de abstinencia (Nichols, 2010; Quirce et al., 2010).

En una entrevista, la bióloga experta en hongos, Milagro Mata, expresa que “desafortunadamente existe una especie de curiosidad morbosa, especialmente entre los jóvenes, sobre las alucinaciones provocadas por hongos. Se asocia con fiesta, droga y viajes psicodélicos y esto puede ser muy peligroso”, de acuerdo con lo citado por Solano (2013). Además, Rodríguez (2017), expresa que generan visiones, modifican la percepción del tiempo, del espacio, la personalidad, y generan profundas experiencias existenciales, lo cual puede ser contraproducente según la persona.

A pesar de no considerarse adictivos, se debe implementar varias medidas de reducción del daño a la hora de recolectar e ingerir hongos silvestres, puntualizadas por Rodríguez (2017, párr. 6-7) como el corroborar la identificación con un experto, no usar hongos en estado de descomposición y lavarlos bien con agua, no consumir hongos colectados en lugares contaminados, ya que pueden absorber metales pesados y otras sustancias tóxicas. Por último, “es recomendable, si se desea experimentar, empezar con dosis bajas, y contar

con un lugar seguro y cómodo. Es preferible, asimismo, que esté presente una persona de confianza que no consuma los hongos para que brinde cualquier apoyo necesario” (Rodríguez, 2017, párr.8). A pesar de dichas medidas, no debe desligarse las implicaciones sociales, en la salud, o los efectos inmediatos, a corto y largo plazo que no han sido analizados de manera objetiva por Rodríguez, por tanto, es necesario ahondar sobre el consumo de hongos alucinógenos y sus implicaciones en la salud.

A pesar de que la ingesta de hongos en los participantes de este seminario de graduación no apunta a convertirse en un problema significativo, es fundamental llevar a cabo intervenciones que disminuyan la probabilidad de su consumo.

En cuanto a los mitos y verdades del consumo de sustancias psicoactivas, la persona participante 1 muestra una concepción contradictoria relacionada con la dicotomía conocimiento-práctica, además de que muestra conceptualizaciones erróneas del término “fumador activo”, lo cual confirma una creencia equívoca comprobada por investigaciones científicas acerca del mito de que el consumo de sustancias psicoactivas pueda cesar en el momento en que la persona lo decida: al respecto, dicho participante expresa

sí, la marihuana si la he probado constantemente sin embargo, no lo acepto completamente, yo no lo tomaría como un consumo habitual, se siente bien, no voy a decir que no, sin embargo, no estoy de acuerdo con el cigarro en lo personal, no me gusta lo pruebo de vez en cuando, cuando los compañeros compran [...] no somos el fumador activo que se compra su propia cajetilla para su gusto, por lo general cuando consumo cigarros porque los tres o los cuatro

amigos compramos una cajetilla y salimos en las noches y nos fumamos uno cada dos días, una situación así [...] el alcohol sí es uno que yo diría que yo consumo más con más frecuencia además, de que sí me gusta pero no soy del todo bueno ni del todo malo entonces no consumo una exageración y como le dije yo siento que hay que tener cierta madurez de la persona para decir en este punto - ¡ya tengo que calmarme, ya no puedo! (participante 1).

En contraste, estudios mencionados por Dierker et al. (2017), sugieren que el uso prolongado de marihuana y los trastornos asociados a esta se encuentran íntimamente relacionados con el deterioro de la memoria de trabajo, la baja escolaridad, la función pulmonar reducida, la inflamación e infección de las vías respiratorias, el aumento del riesgo de aparición y persistencia de los trastornos por consumo de alcohol, el uso de otras drogas ilícitas, así como el aumento de la probabilidad de aparición de depresión.

En torno al tema, Dierker et al. (2017), comentan que

existe una creencia generalizada entre los adolescentes y los jóvenes de que solo aquellos que usan marihuana a diario corren el riesgo de contraer el trastorno de la marihuana y que generalmente son invulnerables a este riesgo si se usa marihuana solo ocasionalmente. Nuestros resultados sugieren que esto puede no sea el caso (p.12).

La afirmación anterior se enlaza con lo referido por la persona participante 7, quien menciona que su círculo de amistades propició el inicio de consumo de algunas drogas; no obstante, no se infiere en su entrevista que conozca sobre el riesgo de desarrollar trastornos asociados con el consumo inicial de las sustancias psicoactivas:

sí, bueno he consumido varios tipos de marihuana pero en pequeñas cantidades es algo que es de mí por ejemplo... es algo como que las personas hacen cosas absurdas y yo digo okay vamos a ver por qué y yo tengo amigos que ellos también consumen bastantes cosas nada más, que ellos a mí no me dejan consumir nada, pero sí hay uno que me ha dado probar varias cosas porque yo se lo pido, y es que igual yo le digo que es una estupidez así siempre le contesto porque el efecto es absurdo y no sé por qué lo hacen siempre si igual van a estar solos, entonces bueno también no sé qué más he probado bueno, he fumado cigarro una vez y fue lo peor y también he consumido varios tipos de licor [se muestra relajada y mantiene contacto visual] [...] para mí es demasiado absurdo y estúpido (participante 7).

Respecto de lo expresado por la persona participante 7, se demuestra la presión social ejercida por los individuos consumidores, los cuales fungen como modelos dentro del aprendizaje social para ingerir sustancias psicoactivas mas, a pesar de ello, la estudiante no reconoce las formas de presión social, porque aun considerando “estúpido” el consumo de las sustancias psicoactivas, manifiesta que de igual forma ha realizado un consumo experimental, el cual en ocasiones no es del todo aprobado por sus amigos varones. Este ejemplo permite apreciar la representación social atribuida por la persona universitaria y su círculo de amistades, la cual se asocia a la construcción del género

desde la que no es “bien visto” que una mujer consuma algún tipo de sustancia psicoactiva.

En cuanto al uso del *cannabis* en la adolescencia “se ha asociado con un mayor riesgo de desempleo, menores ingresos, menor satisfacción en las relaciones y menor satisfacción con la vida en la edad adulta (Fergusson y Boden, 2008)”, citado por Lee, Cadigan y Patrick (2017, p.7). Asimismo, las investigaciones previas focalizadas en el tabaco y el alcohol evidenciaron que, incluso los niveles bajos de uso pueden dar como resultado el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias en adolescentes y adultos (Lee, Cadigan y Patrick (2017).

Sobre la polisustancia en adolescentes, Choi, Lu, Schulte y Temple (2018), explican que los adolescentes que usan más de una sustancia dentro de un periodo específico, ya sea de forma simultánea o por separado (Conway et al., 2013), son especialmente vulnerables al desarrollo de una adicción y a estar involucrados en la violencia y otras conductas de riesgo (Hopfer, Tan y Wylie, 2014; Wanner, Vitaro, Carbonneau y Tremblay, 2009).

En relación con lo anterior, a largo plazo, entre los riesgos para la salud del uso de la marihuana, se incluye los efectos del sistema inmunológico, cardiovasculares, respiratorios, reproductivos, en el comportamiento, y el cáncer, de acuerdo con Milhorn (2018).

Por su parte, Bolin, Pateb y McClintock (2017), expresan que han encontrado resultados mixtos al examinar la relación entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico. Sin embargo, la investigación con respecto al uso de marihuana es más consistente, porque varios problemas académicos parecen estar relacionados con el consumo de marihuana en la población universitaria, entre lo que se incluye las ausencias de clases, los retrasos en el trabajo escolar, el insuficiente desempeño en los exámenes, por lo que reciben calificaciones que, incluso, provocan el abandono de la universidad.

De lo anterior, surge una interrogante que gira en torno a la detección del consumo de drogas en el estudiantado perteneciente al Programa de Residencias: si bien es cierto la decisión sobre el abandono del consumo de sustancias psicoactivas depende en primera instancia del individuo implicado, la Universidad de Costa Rica debe contar con medidas aseguren la estadía de las personas universitarias, más aún si existe respaldo científico sobre las consecuencias académicas que llevan al consumo de drogas y que ocasionan pérdidas económicas para la universidad, la cual brinda becas socioeconómicas a la gran mayoría de población.

Ahora bien, debido a su relevancia investigativa se consultó al estudiantado sobre los motivos por los que consumen drogas: cuatro afirmaron que por consumo social; dos, “por iniciativa propia”; dos, para liberar estrés y, finalmente, una, por dependencia.

Algunos de los comentarios más representativos son

sí [...] antes que fumaba [tabaco] pero nada más, porque en el caso de mi tío fumaba, pero ahora no sé. [...] solo cuando me dan ataques de ansiedad, en esos días era la forma en la que yo liberaba [estrés], pero ahora empecé a buscar más el básquet o caminar o cosas así, pero no ese tipo de desestrés (participante 8).

Yo no puedo vivir sin witt [hace alusión a la marihuana][pausa] no sé en el día a cualquier hora y en la noche he ido hasta las 10 en la noche y digamos de hecho muchos maes ahí ya me conocen, de esos piedrerillos no sé, en serio que no es un orgullo o sea es algo que uno es. Sí, pero, pero es que a mí la marihuana siempre me relajó mucho [...] 6, casi 7 años [años de consumo] [...] yo he probado de todo en esta vida en realidad y he hecho de todo, pero lo único que me he quedado es con la maldita marihuana (participante 10).

Yo eso diría que como una vez al mes y la verdad si es cuando ya colapso, total y digo ya tengo muchas cosas encima y ya no puedo más o a veces que un compañero me dice que vamos a andar o a un mirador, qué sé yo lo más una vez al mes, tal vez dos veces, no es que paso así todos los días (participante 14).

Los extractos de las entrevistas anteriores evidencian que en ocasiones estas personas consumen sustancias psicoactivas como una forma de apoyo emocional ante algunas circunstancias, aun cuando pueden ser sustituidas por técnicas adaptativas como la actividad física y/o actividades de recreación implicadas en el requisito de *mantenimiento del equilibrio entre actividades y descanso* (Orem, 1983, p.63), lo cual demuestra la interrelación entre los requisitos universales de autocuidado de Orem.

En cuanto a lo expresado por la persona participante 10, es necesario esclarecer que durante esta investigación se consideró el consumo de drogas sin exceptuar ningún tipo, incluyendo la experimental, dada la discusión actual sobre la terminología implicada en el uso de psicoactivos, así como que en este seminario de graduación no se establece este tipo de diagnósticos, debido a que no se aplicó ningún instrumento o cuestionario al respecto.

En relación con lo anterior, que en el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) se explica que la palabra “adicción” no se aplica como un término de diagnóstico “debido a su definición incierta y su connotación potencialmente negativa” (Nathan, Conrad y Skinstad, 2016, p. 46), motivo por el que la persona participante 10 debe considerarse un caso diferenciado, debido a que existe la posibilidad de presentar dependencia a la marihuana.

Ahora bien, basado en una perspectiva de 60 años sobre el alcoholismo DSM, Sellman et al. (2014) citados por Nathan, Conrad y Skinstad (2016, p. 46), “anticipan el futuro de la investigación sobre la decisión de eliminar la dicotomía abuso-dependencia”. Quienes investigan también sugieren realizar más estudios para mejorar los criterios y elegir entre un objetivo de tratamiento para abstinencia y uno de tratamiento con consumo controlado, lo cual propiciaría una mayor interpretación sobre estas prácticas.

Asimismo, Dos Santos et al. (2017), expresan que “a pesar de ser legal el consumo de alcohol, puede ser una "puerta de entrada" a las drogas ilícitas”, no solo por el aumento

de probabilidad de ofrecimiento, sino por lo concluido por Benka (2017, p.12), en cuanto a que “la autorregulación está asociada con el uso de sustancias en general y con el consumo de alcohol en particular”, habilidad que facilita el comportamiento orientado a objetivos y permite a las personas superar impulsos para la gratificación (Neal y Carey, 2005, citados por Benka, 2017).

Por lo anterior, es fundamental esclarecer los mitos y verdades a los residentes sobre el consumo de sustancias psicoactivas, tales como el uso mínimo o infrecuente que aumenta el riesgo de los síntomas y trastornos asociados a su uso, ya que dicha información es vital para disminuir la probabilidad de desarrollar un consumo crónico en los adolescentes, de acuerdo con Dierker et al. Además, es necesario considerar que de acuerdo con Benka (2017, p. 12)

se ha encontrado que la autorregulación está asociada con el uso de sustancias en general y con el consumo de alcohol en particular. Es bien establecido y documentado empíricamente que la autorregulación facilita comportamiento orientado a objetivos y permite a las personas superar impulsos para la gratificación instantánea con el fin de alcanzarlos a largo plazo.

En cuanto a la información brindada a las personas universitarias, debe ser fundamentada en evidencia científica, con el fin de explicar que el uso de sustancias psicoactivas debe entenderse como una forma de incentivo, la cual puede ser sustituida por prácticas más adaptativas y menos dañinas, lo cual concuerda con lo afirmado por Benka (2017), quien agrega que

uno de los modelos teóricos más utilizados es el de Cox y Klinger [...] en su modelo, se enfatiza que la decisión final de usar o no usar una sustancia psicoactiva se basa en la decisión de un individuo. [...] Tal decisión sobre el uso de sustancias psicoactivas no está explícitamente racional ni necesariamente consciente y, a menudo dominado por procesos automáticos (p.13).

Asimismo, Arias et al. (2017, p.1), refieren que “varios modelos teóricos han propuesto que el entorno familiar y el apoyo familiar son elementos clave al comenzar a utilizar las drogas”. Dicha información se respalda en estudios donde afirman que las personas de familias disfuncionales corren un mayor riesgo de consumo (Arias et al., 2017); no obstante, a pesar de su relevancia en análisis, no concuerda con los casos de los entrevistados, porque quienes han consumido o consumen sustancias psicoactivas no tienen una mala relación familiar.

Ante la detección de un caso del consumo de drogas, se requiere de una decisión consensuada con la persona estudiante para continuar con el abordaje participando a la familia, siempre considerando al ser humano como un ente autónomo que en una situación compleja requiere del acompañamiento de personas significativas como parte del apoyo terapéutico de enfermería y otras disciplinas.

Cabe destacar que a partir de las entrevistas queda claro que las personas consumidoras de alguna sustancia psicoactiva presentan prácticas inapropiadas de alimentación e higiene del sueño, lo cual evidencia una interrelación entre los requisitos; no obstante,

también se encontró casos en los que las personas universitarias no consumen drogas, pero sí presentan alteraciones en dichas áreas.

Otro aspecto sobre *la prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano*, son las relaciones sexuales coitales: de los entrevistados, 11 son sexualmente activos, seis personas no lo son; de los 11 sexualmente activos, tres mantienen relaciones coitales con parejas sexuales ocasionales. Aunque la mayoría es sexualmente activa, el aspecto más significativo de este hallazgo corresponde a la presencia de parejas ocasionales en sus relaciones sexuales coitales, la cual puede considerarse una práctica de riesgo en el caso de no emplear un método de barrera.

En relación con los testimonios dados por las personas participantes es importante analizar la práctica sexual de riesgo en lo referente a las parejas sexuales ocasionales, debido a que esto aumenta la posibilidad de no presentar una vivencia plena de su sexualidad. Al respecto, Hurtado de Mendoza, López, Guadarrama y González-Forteza (2017), concluyen que existe una relación en el inicio de las relaciones sexuales coitales a temprana edad y el mantener el hábito de conductas sexuales de riesgo sin protección que desembocan en posibles embarazos no deseados e ITS.

Por su parte, Sánchez-Ojeda y De la Luna-Bertos (2015), citan diferentes prácticas sexuales de riesgo, tales como la tenencia de diferentes parejas sexuales, el no uso de preservativos, el disfrute de relaciones coitales de varias parejas y la omisión de los métodos de protección en los encuentros sexuales que no involucran penetración, por lo que se afirma la existencia de prácticas sexuales riesgosas en los residentes.

Entre las personas estudiantes que afirman ser sexualmente activas, utilizan los siguientes métodos anticonceptivos: seis emplean el condón masculino con sus parejas sexuales; dos, fármacos orales; una, el ritmo; una, el coito interrumpido, mientras que una persona evade la pregunta.

Dentro de las respuestas más relevantes encontradas están *“el del ritmo nada más, es que usar condón no me gusta [...] no es igual el placer”* (participante 10), afirmación sobre la que Gutiérrez, citado por Andrade (2017), indica,

los métodos naturales están basados en el conocimiento de la fertilidad por parte de la mujer, se debe observar y registrar durante varios ciclos menstruales todos los signos y síntomas relacionados con el periodo fértil, una vez identificado el periodo fértil, la mujer debe abstener de mantener relaciones sexuales para evitar el embarazo. Estos métodos no son efectivos en aquellas mujeres con ciclos irregulares, y no protegen frente a infecciones de transmisión sexual (p.7).

A pesar de ser este un método de anticoncepción que las parejas pueden utilizar, no es seguro para proteger ante una posible ITS, además de que su efectividad radica en la capacidad de la mujer en conocer su propio cuerpo, motivo por el que la práctica de este requiere mucha disciplina por parte de la pareja.

Esta situación representa una conducta de riesgo tal como el uso de los métodos naturales de anticoncepción y su baja tasa de eficacia; agravada porque un componente cultural

derivado de la conducta machista: considerarse el uso de los métodos anticonceptivos como limitante del placer en las relaciones sexuales coitales, evidencia una serie de construcciones sociales que se reproducen en poblaciones jóvenes, motivo por el que resulta necesario brindar información veraz con el objetivo de romper con los estereotipos en torno al tema.

Otra respuesta de las personas participantes que son sexualmente activas es “*diay, lo normal el condón y cosas así*” (participante 15), sobre lo que Peláez (2016) plantea

el uso correcto del condón masculino es el único método capaz de disminuir el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia adquirida (ITS/VIH). El método combinado al utilizar los anticonceptivos hormonales y el condón masculino protegen de una gestación no deseada y de las infecciones, por lo que sería el método ideal para los adolescentes.

El uso del condón en la vida sexual activa de las personas participantes es un método de protección que reduce el riesgo de presentar ITS que afectan la salud sexual, a lo que se suma que es el método de anticoncepción ideal para ser utilizado; no obstante, en torno a lo mencionado por la persona participante 10, menciona la existencia de mitos que giran alrededor de las limitaciones del placer generadas por el preservativo, las cuales son falsas, ya que estudios demuestran que el placer es el mismo (Peláez, 2016).

Continuando con el tema, la persona participante 19 indica

el único método es que cuando uno ya siente que digamos va a eyacular, eyacula afuera y ha funcionado porque llevamos como un año y no ha pasado nada, es riesgoso pero es que vieras que para mí eso el condón es como es que [...] para ella no es molesto, pero para mí sí, a veces siento que no, no me gusta y digamos ponerla a ella a planificar a ella, digamos uno ha oído como que uno tiene la creencia bueno no sé será creencia o mito de que si las personas planifican con pastillas engordan y también de que mi hermana como que le daban muchos dolores de cabeza y todo eso entonces digamos igual como que ya nos acostumbramos a ese y no nada más.

En este caso, se evidencia una serie de mitos arraigados sobre los métodos anticonceptivos, tales como que el condón influye sobre la sensación de placer y que los anticonceptivos orales generan aumento de peso. Al respecto, Neyro et al. (2015), explican que la información con la que cuente una persona va a influir sobre la decisión de qué método emplear, sin considerar que muchas veces esta proviene de fuentes populares que terminan reforzando los mitos, por lo tanto, dicha disposición es formada a partir de ideas sin fundamento.

Acerca del coito interrumpido como método de planificación, Beltrán y Garay (2017), afirman que

es una práctica muy frecuente en la consumación del coito, a pesar de que saben que es una conducta de alto riesgo para que se presente un embarazo o una enfermedad de transmisión sexual. La creencia de que “no se siente lo mismo”,

está aún muy arraigada en las prácticas machistas del estereotipo dominante (p.26).

A pesar de estar conscientes de las consecuencias que conlleva esta práctica, existe una creencia sobre su efectividad en quienes lo emplean, lo cual deja de lado el riesgo que este significa en la salud y la posibilidad de un embarazo no deseado; asimismo, como lo plantea el autor, en determinadas ocasiones la actitud machista influye en no utilizar un método de anticoncepción que proteja de lo mencionado.

A partir de lo expuesto, se determina que los mitos en torno a la vivencia de las relaciones sexuales coitales y el uso de los métodos anticonceptivos se encuentran presentes en algunas personas participantes, lo cual es destacable debido, en primera instancia, al problema de salud pública que representa esta situación, así como a que a pesar del ambiente educativo en el que se encuentra la persona universitaria, los constructos sociales persisten evidenciándose la necesidad de una intervención educativa en cuanto a salud sexual y reproductiva.

Respecto de los motivos por los cuales las 11 personas residentes practican las relaciones sexuales coitales, seis indican que por placer; cuatro, por vivir en una relación de pareja y una persona responde, “para la relajación y quemar calorías” (participante 10), sobre lo que Hernández et al. (2017), exponen que

la sexualidad humana, en tanto dimensión de la personalidad, se encuentra sujeta al carácter plurideterminado de esta. Los comportamientos sexuales de los individuos no expresan de manera lineal las motivaciones, necesidades, intereses

y orientación general de la sexualidad del sujeto. Se requiere un acercamiento más profundo a las experiencias sexuales, preferencias, salud sexual, comunicación, identidad, comportamientos estables para valorar la sexualidad del individuo (p.308).

Esta afirmación realizada evidencia la presencia de mitos sobre la práctica de las relaciones coitales, concepciones transmitidas desde los entornos sociales que determinan el actuar del ser humano y predisponen la ejecución de las actividades; por consiguiente, es necesario develar esas creencias mediante el acceso a conocimientos certeros, proceso que puede ser guiado por un profesional de enfermería, con el fin de generar un espacio de reflexión y análisis que contribuya al funcionamiento y el bienestar humano, tal como menciona Orem (1983).

Como se ha dicho, la sexualidad posee múltiples componentes que van a influir en la vivencia subjetiva de esta; por lo tanto, es imposible determinar la significancia de los encuentros sexuales de un individuo con el solo hecho de tener conocimiento de estos; por ende, comprendiendo que cada uno les atribuye un valor diferente a las experiencias sexuales tenidas y a partir de esto plantea las razones por las cuales lleva a cabo sus prácticas sexuales.

Del mismo modo, se pregunta acerca del consumo de drogas previo a las relaciones sexuales coitales, de las personas activas sexualmente, solo una menciona haber consumido alcohol en una única ocasión:

alcohol, el alcohol no, no, digamos la gente tiene el mito de que el alcohol te va a potencializar sexualmente [realiza ademanes de frustración] o que vas a sentir cierta inhibición y que no hace sentir tantas cosas, entonces vas a durar más, pero eso no pasa si en lo general y en mi caso personal hasta me afecta negativamente (participante 1).

Sobre lo anterior, es necesario tener en cuenta que la ingesta de drogas previo a los encuentros sexuales constituye una conducta sexual de riesgo y en sí un problema de salud pública, porque existe evidencia de que las personas bajo los efectos de psicoactivos normalmente no consideran las medidas de prevención de ITS y embarazos no deseados (Castaño, Arango, Morales, Rodríguez y Montoya, 2013).

Por otra parte, “la ingesta aguda de alcohol puede causar disfunción eréctil, siendo en muchos casos responsable del inicio de un ciclo vicioso de fallo-ansiedad-fallo” (Celada et al., 2016, p.119), como lo explica la persona participante 1, el consumo de alcohol previo a las relaciones coitales trae consigo disfunción eréctil; no obstante, la mayoría de las personas que consumen licor en tales circunstancias lo relacionan con sus efectos positivos pues

los jóvenes tienen una idea muy clara del papel que cumplen las diferentes drogas en sus prácticas sexuales. Así, el alcohol, además de ser la sustancia más popular, es a la que más ventajas le atribuyen tanto para facilitar el encuentro sexual como involucrarse en experiencias más arriesgadas y aumentar la excitación (Fernández, Rodríguez, Pérez y Córdova, 2016, p.21).

Según lo mencionado, la incidencia en esta conducta de riesgo es muy común ya que, genera desinhibición, la cual contribuye a vivir experiencias sexuales que normalmente la persona no llevaría a cabo por sí misma, por lo que incurre en conductas de riesgo. De igual forma, se indagó sobre la presencia de infecciones de transmisión sexual en las personas participantes, quienes afirman no presentarlas; sobre estas se afirma que

se constituyen en un problema social, económico, cultural y médico porque tienen características que permiten diferenciarlas de otras enfermedades transmisibles por las secuelas que producen. Las infecciones de transmisión sexual en general, y de manera especial el VIH/SIDA en los adolescentes y jóvenes, constituyen un serio problema de salud y el riesgo de padecerlas está muy relacionado con el comportamiento sexual y las formas de protegerse, entre otros factores (Pérez, Santos y Paz, 2014, p.119).

En términos generales, la presencia de ITS se relaciona directamente con las conductas sexuales de riesgo mencionadas, debido al no uso del condón y la tenencia de múltiples parejas sexuales (Hurtado de Mendoza, López, Guadarrama y Gonzales-Forteza, 2017).

En relación con lo anterior, el bienestar humano depende de una serie de factores o condiciones, como lo detalla Orem (1983), los cuales deben estar articulados y transformados en acciones concretas en la cotidianidad de la persona: en este caso, los requisitos universales de autocuidado representan las categorías necesarias para llevar a cabo prácticas que propicien la satisfacción de las necesidades en función de los etapas del desarrollo humano, motivo por el que los aspectos relacionados con la plenitud de la sexualidad se basan en los derechos reproductivos y sexuales.

Otro aspecto por analizar dentro del séptimo requisito de autocuidado se refiere a la práctica de autoexamen de mama, del que se obtuvo que de las 17 personas entrevistadas solo dos mujeres se realizan este examen de manera ocasional, como una participante que mencionó *“sí, si para prevenir el cáncer, una vez me lo hice porque mami me estaba enseñando, pero no recuerdo como se hace”* (participante 14).

Otra persona participante mencionó lo siguiente:

Sí me lo he tratado de realizar, pero yo no siento que sepa, entonces a veces me siento como un montón de bolitas, pero sí me preocupa mucho porque muchas veces siento como cosas raras entonces y me he estado preocupando, de hecho, mañana jueves tengo que ir hacerme un examen cómo se llama [se muestra pensativa] eso no es una mamografía es un ultrasonido por lo mismo porque he estado preocupada (participante 11).

En consecuencia, la información obtenida permite establecer que el autoexamen de mama no es una práctica habitual en las personas residentes participantes, a pesar de que poseen conocimiento sobre la finalidad de este procedimiento, lo cual resulta un punto de preocupación en cuanto a la capacidad de cuidar de su salud. Asimismo, en el caso particular de la persona participante 11, se demuestra un ejemplo de las acciones por considerar en la *fase de acción para realizar el autocuidado*, porque existe un indicador que compromete la salud; por tanto, sus acciones deben estar focalizadas en el diagnóstico de su condición, “siendo capaz de hacer los movimientos necesarios” (Orem, 1983, p. 110) para la gestión de su autocuidado. Lo anterior plantea un riesgo para la salud de los participantes, debido a que la práctica mensual del autoexamen de mamas en hombres y

mujeres permite establecer un parámetro para la detección temprana de cambios en la estructura mamaria, que puede marcar una pauta en el abordaje terapéutico posterior.

A pesar de la evidencia que sugiere que el palparse cada mes tiene una eficacia limitada, muchos especialistas creen que no hay por qué retirar la recomendación del autoexamen de las normas generales frente al cáncer. El hecho de tumbarse en una cama cada mes y palparse las mamas genera una conciencia positiva en las mujeres y las hace conscientes del problema (Gálvez, Rodríguez y Rodríguez, 2015. p 136).

De acuerdo con lo mencionado, la práctica del autoexamen de mama representa un hábito de gran relevancia, máxime partiendo de su incidencia en poblaciones adultas jóvenes, respecto de lo que Villareal-Garza et al. (2015), comentan que “la importancia de esta incrementada proporción de casos en mujeres jóvenes radica en que su diagnóstico y comportamiento son generalmente más agresivos, con un número desproporcionado de años vida perdidos debido al cáncer” (p 13). Por tal motivo, la ejecución de esta práctica se constituye en una herramienta accesible para toda la población.

Ahora bien, en las personas participantes de este seminario de graduación se presenta una discordancia entre el conocimiento que poseen sobre la relevancia del autoexamen de mama y los pasos básicos para la realización periódica de este, de lo que, por tanto, es necesario llevar a cabo un proceso sobre la importancia del autoexamen y capacitar respecto a la técnica, a fin de brindar a las personas participantes las herramientas necesarias para propiciar un mayor autocuidado.

Por otra parte, se interrogó a los participantes masculinos sobre la práctica de autoexamen testicular: de los nueve hombres, solo uno lo realiza de forma ocasional. En relación con este aspecto, los datos generados resultan alarmantes, debido a que solo un estudiante realiza el procedimiento de manera esporádica, es necesario considerar la finalidad del autoexamen testicular, el cual corresponde al conocimiento de las características de gónadas masculinas con el objetivo de determinar e identificar cambios que pueden considerarse manifestaciones clínicas para el cáncer testicular. Al respecto, Solís, Ávila y Benjamin (2016), expresan

el cáncer testicular es la neoplasia maligna más frecuente en hombres de 20 a 35 años y representa aproximadamente el 1% de los tumores malignos en el género masculino. Este tumor tiene una sobrevida aproximada del 95% a los 10 años de padecerlo (p. 12).

Dado que la mayoría de los participantes ronda los veinte años, es fundamental subrayar que a esa edad se incrementa el riesgo de presentar carcinoma testicular, motivo por el que las acciones de autocuidado deben ser parte de los hábitos de la persona a fin de evitar complicaciones de salud; por ende, es necesario promover el autoexamen testicular, mediante una intervención educativa con el fin de brindar conocimientos certeros sobre la temática y desvanecer los mitos que puedan presentarse, a fin de concienciar acerca de la relevancia de la práctica y que esta sea habitual en la persona.

Por otra parte, se preguntó acerca de exámenes diagnósticos como la citología vaginal: de las ocho mujeres entrevistadas, siete afirman no realizarse este procedimiento.

Sobre quienes no lo practican, indican

“no, no sé, creo que también es que a uno le da como miedillo de qué le van hacer, qué va a pasar” (participante 13).

ah ya, si, no me gustan los ginecólogos y no quiero ir donde ningún ginecólogo tampoco entonces, no creo que no, mi mamá si se lo ha hecho, pero ella ya ha tenido hijos y todo entonces no sé yo no (participante 7).

Como se colige, la mayoría de las participantes de este seminario no tiene el hábito de realizar de manera periódica la citología cervical o Papanicolau, tomando en consideración que en la etapa de la vida en la que se encuentran pueden iniciar las relaciones sexuales coitales y la presencia de conductas sexuales de riesgo, las cuales aumentan la incidencia de diversas patologías que afectan el sistema reproductor femenino. Al respecto, la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (2015), comenta

el cáncer de cuello de útero (CCU) es la tercera neoplasia más frecuente entre las mujeres a nivel mundial. El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical de forma adecuada y mantenida ha conseguido reducir hasta un 80- 90% la incidencia y mortalidad por cáncer de CCU (p. 9).

La citología cervical se convierte en un método diagnóstico desde el enfoque de la prevención de la enfermedad que permite el diagnóstico oportuno y el abordaje terapéutico: en este caso, es necesario llevar a cabo un proceso de educación y sensibilización que permita a las mujeres tomar acciones concretas en beneficio de su salud sexual y reproductiva, máxime que, de las ocho participantes, seis son sexualmente activas y solo una se realiza este tipo de examen diagnóstico.

En cuanto al examen diagnóstico masculino, citología de pene, se obtiene que ninguno de los nueve hombres lo realizan.

Por su parte se menciona lo referido por el participante 19 *“tampoco no me he realizado [...] bueno citología de pene así con ese nombre no, no lo entiendo no, nunca escuchado”*.

Ahora bien, esta situación tiene como precedente el desconocimiento de los participantes sobre la existencia y la finalidad de la citología de pene, por lo tanto, ante esta perspectiva lo esperado es que ninguno de los varones se haya practicado este método diagnóstico.

En relación con lo anterior, Puerto y Olaya (2013), mencionan que la realización de este método diagnóstico es relevante en cuanto a la detección temprana de alteraciones celulares en los órganos sexuales masculinos como consecuencia de ITS o cáncer de pene. De igual manera, dado que el conocimiento de una persona determina de alguna manera las prácticas de autocuidado, también, es necesario concienciar a los jóvenes sobre la necesidad de chequeos periódicos.

En torno a lo anterior, Orem (1983), menciona que las personas durante su vida se enfrentan a diversas situaciones y entornos que propician el autoconocimiento, de las demandas de autocuidado; a partir de este postulado se afirma que debido a la edad y la etapa de desarrollo en la que se encuentran las personas participantes, las prácticas de

autocuidado deben contribuir a la detección y el diagnóstico temprano de patologías, las cuales no son llevadas a cabo por las personas voluntarias participantes.

Posteriormente, se indagó sobre la asistencia de las personas residentes a los servicios de salud, los cuales indican que siete personas no acuden, mientras que ocho consultan en los servicios de salud: de estas, siete visitan la Oficina de Salud de la Universidad de Costa Rica; dos, los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) de su lugar de procedencia; una, el hospital, mientras que dos se presentan a los centros de salud solo en caso de emergencia.

Algunos comentarios al respecto son los siguientes: *“ah bueno ahorita solo voy aquí a la u [universidad], allá en mi casa si voy al EBAIS de [menciona su lugar de procedencia], esos son como los dos lugares que voy”* (participante 3).

Otra menciona, *“ahorita no porque no tengo seguro, pero antes sí lo hacía”* (participante 8).

En resumen, una cantidad considerable de las personas residentes no asisten a los servicios de salud, lo cual puede repercutir negativamente en su estado de salud, al privarse de atención directa y de los procesos de educación pasiva o desarrollada por los profesionales de enfermería sobre temáticas de salud. Al respecto, cabe mencionar que asistir a los servicios de salud se constituye en una acción de autocuidado, ya que para llevarla a cabo la persona debe ser capaz de reconocer una situación o condiciones que

pueden alterar el proceso de salud, sobre lo que el Ministerio de Salud (2014), menciona que

la salud es un producto social y como tal es afectada por las circunstancias sociales y económicas a que se enfrentan las personas a lo largo de todo su ciclo de vida. A pesar de que la herencia determina ciertas condiciones con las que iniciamos nuestro camino por la vida, es la interacción entre los factores biológicos con los ambientales, sociales, económicos y de acceso a los servicios, los que determinan que la gente sea saludable o no. Los factores más comúnmente evaluados como el acceso y la utilización de los servicios de salud a menudo tienen un menor impacto (p.5).

De acuerdo con lo mencionado, los determinantes sociales de la salud condicionan el proceso de salud, muchos de ellos no pueden ser revertidos como los aspectos biológicos o genéticos ya que son inherentes al ser humano; sin embargo, las situaciones sociales y económicas ejercen una influencia considerable en cuanto al acceso a los servicios de salud, además de que pueden variar en función de las diversas etapas del desarrollo humano. En el caso de las personas participantes es posible indicar que nueve personas no acuden a los centros de salud a recibir atención, alegando diversos motivos, como los de la persona participante 6, quien expresa

porque como cuando mami, cuando uno se sentía mal si era típico que uno va al EBASIS del pueblo y llega me decía vengan y eso es todo lo que hace y ya le hacen el examen y ya entonces todos decían que solo para ver si que estaba bien y aquí y aquí en residencias una vez hicieron algo así como para medir eso que dijo antes hace ratos.

La persona participante 6 hace referencia a la condición social de la salud y como tal posee un componente cultural, mediante la socialización de las prácticas en el entorno familiar que se enfoca en la figura materna como principal encargada de velar por la salud de los miembros, es decir, como agente de autocuidado (Orem, 1983), por lo que, al representarse la salida del hogar de las personas adultas jóvenes para cursar estudios superiores en zonas lejanas a su lugar de procedencia, se puede presentar un cese de estas prácticas de autocuidado.

Aunado a esto, la modalidad para contar con cobertura del seguro social varía en función del estatus de la persona estudiante así como de la mayoría de edad establecida por ley y los trámites que debe realizar además, a lo que se suma la construcción social de que las personas adultas jóvenes no requieren de estos servicios, debido a que poseen una buena salud lo cual, de acuerdo con el Ministerio de Salud (2014), representa una barrera en la accesibilidad a los servicios de salud, motivo por el que es necesario que se implementen estrategias con el fin de superar los obstáculos que limitan el número de consultas de las personas estudiantes.

De igual forma, se consultó sobre la práctica de realizarse exámenes de laboratorio: del total de participantes, cinco sí lo hacen de manera periódica, al menos una vez al año, doce no poseen este hábito, principalmente porque no cuentan con cobertura del seguro social. En relación con lo anterior, una de las respuestas recabadas es *“sí claro, para ver qué tiene uno, si tiene anemia, dos veces por año”* (participante 5).

La información recopilada sobre este aspecto, se encuentra estrechamente relacionada con el panorama presentado en torno a la asistencia a los servicios de salud, el poco arraigo a esta práctica de autocuidado está influenciada por los determinantes sociales de la salud que se constituyen en una barrera que limita a las personas residentes el disfrute de los beneficios del convenio de la Caja del Seguro Social y la Universidad de Costa Rica, situación que genera un nivel de vulnerabilidad en los participantes.

La anterior situación se comprende tomando en cuenta las dificultades en cuanto al acceso a los servicios de salud, como señala el participante 15: *“sí, de hecho, se supone que todo estaba bien es de, pero, ya tengo los dieciocho y ya no tengo seguro, entonces tengo que ir a hacer en las vueltas del seguro otra vez”*.

Las personas residentes consideran la realización de exámenes de laboratorios como un hábito que favorece la salud; sin embargo, quienes llevan a cabo esta práctica son muy pocos, máxime considerando que las decisiones que la persona toma en relación con el autocuidado están determinadas por múltiples situaciones, dado que

las capacidades en salud están en proceso de construcción, de ahí la relevancia del aprendizaje en cuanto a la identificación y adopción de comportamientos que promueven la salud y la evitación de comportamientos que la comprometen, acompañados del acceso a los recursos necesarios para asumir el autocuidado (Ministerio de Salud, 2011, p.36).

En otras palabras, la etapa del desarrollo humano influye en la medida de que la persona adopta para cuidar de sí, por lo que se debe promover aquellas acciones que generen beneficios para la salud, considerando que la adopción de tales prácticas se convierte en un factor protector a largo plazo, debido a que la persona constantemente conoce su situación de salud y, en el caso de que las condiciones varíen, el abordaje terapéutico se llevará con la mayor prontitud posible.

En tal escenario, como menciona D. Orem (1983), el profesional de enfermería cuenta con los conocimientos necesarios para realizar un diagnóstico de las necesidades de las personas respecto de su condición de salud e intervenir desde los distintos sistemas de enfermería, basado en las características y las condiciones del ser humano o de los grupos sociales; por consiguiente la educación desde la óptica de enfermería, representa una herramienta que propicia mayor conocimiento y la realización de prácticas que contribuyen a la calidad de vida del ser humano.

En cuanto a los hábitos de higiene de las personas universitarias se indagó sobre el lavado de manos: se encontró que todos utilizan jabón y agua, diez personas realizan el lavado de las palmas (región supina), el dorso de las manos (región prona) y entre los dedos, mientras que siete no llevan a cabo los pasos de lavado de manos, ya que evaden la pregunta respondiendo de forma breve, asimismo omiten el lavado interdigital o reconocen no saber los pasos por realizar.

Por su parte, la persona participante 3 expresa “[*balbucea y se ríe*], *eh voy a ser sincera es como jabón restriéguese enjuagar y listo [gesticula las acciones que relata]*”, a pesar de poseer conocimiento, la estudiante practica una técnica poco recomendada sobre la que menciona que, en muchas ocasiones lo hace así, porque no cuenta con tiempo para llevar a cabo el lavado de manos recomendado. Otra persona explica,

bueno diay, primero jabón bueno agua jabón y después se pasa por aquí, en las manos por todos lados, por ejemplo; yo que tengo el anillo normalmente suelo sacármelo un poco lavarme con ver a ponérmelo y limpiarme bien no sé al ir al baño antes de comer [realiza la mímica del lavado de manos] (participante 11).

Por una parte, una persona residente mencionó, “*creo que primero, he visto las imagencitas por lo menos, no me recuerdo bien y no me las lavo correctamente tampoco*” (participante 13), acerca de quien cabe destacar que es consciente de que posee una técnica poco recomendada para higienizar sus manos, mas aun así continúa realizándola.

Por otra parte, la persona participante 15 explica “[*ríe*] *diay, nada más agarro jabón y por arriba y por abajo y a veces sí hago entre los dedos, pero no siempre*”.

La información recopilada representa un aspecto destacable, ya que el lavado de manos es una de las estrategias más difundidas del enfoque de atención primaria, por lo que desde temprana edad la persona, ya sea en el ambiente familiar o en los centros educativos, tiene acceso a información sobre el tema y se promueve la ejecución de la práctica siguiendo los pasos establecidos. Sin embargo, en un grupo considerable de las

personas participantes se establece que no cuentan con una técnica adecuada para realizar el lavado de manos.

En lo referente al lavado de manos, cabe destacar que las personas estudiantes que demuestran desconocimiento por lo general son aquellos que poseen una técnica poco recomendada; no obstante, existen algunos que a pesar de reconocer que su práctica es inadecuada, la llevan a cabo. Tal situación representa un factor de riesgo para la salud de las personas residentes, debido a que la técnica que llevan a cabo no cumple con los pasos básicos; por tanto, se reduce los beneficios del lavado de manos y la persona se expone a un gran número de enfermedades que con una técnica recomendada es posible evitar.

Otro aspecto relacionado es el uso de antisépticos para higienizar las manos, debido a que “lavarse las manos con agua y jabón o desinfectantes para manos a base de alcohol puede reducir sustancialmente el riesgo de enfermedades respiratorias infecciones y enfermedades diarreicas, incluidas las enfermedades transmitidas por los alimentos” (Walmsley, Mahoney, Durgin y Poling 2013, p.97); por consiguiente, para que este hábito de higiene sea eficaz, es indispensable el uso de antisépticos, utilizado por las personas residentes a pesar de que su técnica no sea la idónea.

Asimismo, se indagó sobre el hábito de higiene del baño: todos se duchan al menos una vez al día, frecuencia que depende del nivel de actividad realizado durante el día; por ejemplo, quienes realizan actividad física se bañan dos veces al día. Ahora bien, la principal razón por la que algunas personas universitarias redujeron su frecuencia de baño

a una vez diaria es porque, no cuentan con duchas calientes en residencias. De este tema se recalca

aquí por el frío dos veces, bueno donde yo vivía me bañaba hasta cuatro veces depende de las actividades que había hecho en el día obviamente si no había hecho casi nada más o menos no tan caluroso, porque allá hace mucho calor si me bañaba dos veces, pero aquí, normalmente de una a dos veces (participante 1)

Por su parte, la persona participante 15 indicó, *“como una vez al día siempre suelo, pero aquí no tenemos ni ducha ni nada de esto y es más fresco y así como máximo una definitivamente por lo menos una; pero nunca así como cero”*, como lo afirma el estudiantado el baño debe practicarse diariamente, lo cual concuerda con Builes (2016), quien afirma que el “concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo, y como es lógico los hábitos higiénicos no son algo aislado, sino que guardan relación con las demás actividades fundamentales” (p.11).

Estas afirmaciones hacen alusión a las situaciones que deben enfrentar las personas residentes como parte del proceso de adaptación a la convivencia grupal durante el ingreso al Programa de Residencias Estudiantiles, puesto que la percepción de las condiciones depende en gran medida del lugar de procedencia de las personas, mas este aspecto siempre es relevante si afecta las prácticas de higiene. Por lo anterior, la higiene general del cuerpo se relaciona con diferentes actividades del ser humano, cuyas implicaciones trascienden la salud física de la persona porque, como lo explica Carvajal y Montenegro (2015), cada individuo le da un sentido a este, sin dejar de lado que

la literatura muestra que por ejemplo el momento del baño, puede ser placentero o estresante según los valores, creencias, cultura, estado mental y experiencias pasadas; para algunos es fuente de placer, rejuvenecimiento y lujo, mientras que para otros puede ser interpretado como un comportamiento agresivo que ocasiona angustia o temor (p. 344).

Respecto del lavado de cabello, se obtuvo que ocho hombres lo realizan todos los días utilizando jabón, un hombre se lava el cabello con champú de día por medio, mientras que las mujeres lo lavan cada dos días o de día por medio, frecuencia que variará de acuerdo con la longitud; además, los hombres refieren que semanalmente tienden a realizar la limpieza de esta zona con mayor regularidad, en gran medida porque les es más fácil hacerlo; sin embargo, es necesario considerar que esta práctica puede ocasionar un aumento de la humedad y propiciar la aparición de micosis en la zona.

En cuanto a este tema, Macahuachi y Mestanza (2017), expresan que la importancia del lavado de cabello radica principalmente en que es una zona del cuerpo humano que tiende a ensuciarse con facilidad, dado que retiene polvo y secreciones en el cuero cabelludo, principalmente en los cabellos más largos, por ende, se recomienda lavárselo de dos a tres veces en la semana “teniendo cuidado de usar un champú acorde al tipo de cabello” (Macahuachi, Mestanza, 2017, p.66), porque las personas poseen características particulares respecto al tipo de champú requerido.

Otro aspecto que se incluyó en los ítems de la entrevista semiestructurada fue las prácticas asociadas a los trastornos alimenticios, las cuales también corresponden al requisito, *la*

prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano: al respecto, ninguna de las personas participantes tiene la práctica de inducir el vómito; 15 personas mencionan que sí les apetece los alimentos y dos comentan que “depende de lo que cocina”. En otras palabras, no se identifica casos de trastornos alimenticios, no obstante, algunas personas participantes comentan que el apetito fluctúa respecto del proceso de preparación de los alimentos y la carga académica, condiciones que son resultado de la adaptación de las personas residentes, debido a que la alimentación depende exclusivamente de las habilidades y las experiencias previas con las que cuentan las personas jóvenes.

De igual forma, se preguntó a las personas participantes sobre la onicofagia, la cual solo es padecida por seis personas, entre cuyas causas dos personas mencionan “nerviosismo”; dos, por “hábito” ya que lo hacen desde la infancia; una, por “ansiedad” y una persona residente no menciona el motivo. De lo anterior se concluye que la onicofagia se presenta por elementos en común, ya que las razones por los cuales ejecutan esta acción están relacionadas con aspectos emocionales.

En lo referente, Benítez y Gasca-Argueta (2013), explican que “la onicofagia [...] se refiere a cortar las uñas con los dientes, provocando heridas en dedos y labios, las cuales que conducen a infecciones” (p.151). En torno al tema, hay que destacar los riesgos generados por el hábito de morderse las uñas, que trasciende más allá de las infecciones epiteliales porque, como lo mencionan Mercado, Calvillo y Mariel (2017), existen alteraciones a nivel odontológico que se presentan a causa de la onicofagia tales como la oclusión y manchas en las estructuras dentales anteriores y la destrucción de estas piezas.

Sobre el tema, Ojeda, Espinoza y Biotti (2014), explican “la prevalencia de consultas odontológicas por dolor orofacial ha aumentado, y la edad de inicio de la sintomatología es cada vez más temprana” (p.37): en este caso, los autores relacionan el “trastorno temporomandibular” con la práctica de morderse las uñas, el cual se expresa a largo plazo dado que, al incurrir en este hábito la persona tiende a tensar su mandíbula y generar un trastorno musculoesquelético en esta región; por tanto, las consecuencias de la onicofagia no se limitan al desarrollo de lesiones en las zonas cercanas a la uña, sino que la práctica aumenta la posibilidad de presentar una serie de patologías que pueden afectar de manera negativa la calidad de vida de quien lleva a cabo la onicofagia, sin dejar de lado que dicha condición representa un indicador sobre el manejo de las emociones y los sentimientos.

Entre otros, un aspecto fundamental es considerar los factores que predisponen la onicofagia, dado que “la causa es difícil de determinar ya que se observa en distintos casos, por ejemplo, personas muy ansiosas, personas que lo imitan de algún miembro de la familia” (Mercado, Calvillo y Mariel, 2017, p.2). No obstante, la bibliografía señalada con anterioridad explica que sin importar las razones por las cuales la persona muerde sus uñas, debe tratarse de manera integral, ya que dicha práctica trae consecuencias graves para la salud bucodental y epitelial, a corto, mediano y largo plazo. La onicofagia puede considerarse somatización de una condición de fondo, por lo tanto, es necesario abordar el motivo mediante el uso de diversas estrategias en el manejo del detonante de esa práctica con el fin de evitarla.

En torno a “la prevención de peligros de la vida”, se indagó solamente si las personas estudiantes han sido víctimas de acoso, negando tal situación; no obstante, al expresarse

sobre el tema responden con su vivencia demostrando vacíos de conocimiento para reconocer el acoso.

Este desconocimiento del término acoso en las personas residentes puede significar un punto de vulnerabilidad, debido a que no lograrían identificarse en una situación de este tipo. Además, las conceptualizaciones pueden variar en función de las experiencias previas; no obstante, existen varias partes implicadas en el fenómeno, el cual considera a la persona que ejerce el poder, el sobreviviente y el espectador; en consecuencia, al desconocer sobre el acoso se invisibiliza alguna de las partes y, por consiguiente, el accionar.

Ahora bien, no se puede dejar de lado que “en general, puede decirse que la estructura conceptual del acoso sexual incluye tres elementos clave, los sujetos [...] las conductas que pueden catalogarse como acoso y la percepción de estas” (Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2014, p.480); por tanto, el acoso posee componentes tanto subjetivos -desde la vivencia de la persona como- y objetivos -vistos desde la legislación, razones por las que para las personas residentes es posible determinar que no cuentan con las herramientas objetivas para reconocer una situación de acoso, lo cual explica por qué desde su subjetividad expresaron no haber tenido tales experiencias, aunque tal vez no fuera el caso, como se muestra a continuación:

vieras que no, intencionalmente no. Di porque uno está con el grupo de amigos, y esas cosas y o sea como aquí convivimos todas las personas o sea hombres y mujeres, a veces yo siento que uno es el que, que pone los límites de la relación y hay gente que es más permisiva que otros y otros que se prestan para más chistes,

yo si trato de mantener una relación [...] como así con las personas. Yo diría que básicamente son miradas porque así que me tocaron y eso no, no [...] Hacia las mujeres. No sé si está de mí decirlo, pero muchas veces es la vestimenta, la ropa, son muchos aspectos realmente. Di los que pude ver andar shorts muy cortos y por naturalidad diay el hombre ahí [haciendo referencia a que los hombres vuelven a ver a las mujeres con la boca abierta] ese es un aspecto, incluso de vez en cuando aquí los conserjes y esto se echan una que otra miradita [pausa] pero no hay que decirlo, pero lo digo no, no, no y, y pasa, pero siento que es básicamente eso (participante 2).

Por una parte, aunque identifica algunos actos como acoso, la persona participante 2 no se atreve a juzgarlos como tales dado que “la percepción subjetiva de las personas acosadas constituye uno de los criterios clave para delimitar qué es acoso” (Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2014, p.462), dicho de otra manera, no se atreve a aseverar que tales casos son acoso, debido a que su subjetividad interfiere directamente sobre su criterio.

Por otra parte, otra persona indicó “*no realmente, no, bueno si una vez un compañerito que era [pausa] bueno, es gay me estuvo vacilando, pero no lo tomé como acoso entonces o sea no*” (participante 19). En relación con el acoso, Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol (2014), mencionan que la objetividad de este se relaciona con los actos

por lo que se refiere a las conductas, más allá de definiciones legales, existe un amplio conjunto de actuaciones que pueden ser etiquetadas como acoso sexual por una persona [...] y que han sido agrupadas en bloques o dimensiones en diferentes trabajos incorporan tres dimensiones, el chantaje o coerción sexual, la atención

sexual no deseada y el llamado acoso de género [...] que incorpora explícitamente los comportamientos verbales, pero no los de contacto (p.480 y 483).

Visto desde la parte emocional y psicológica, el acoso sexual está constituido por aquellos actos que indican riesgo para la persona que sobrevive a dicha circunstancia al mismo tiempo, este tipo de violencia puede tener una orientación desde el género como lo expresa la persona participante 19, para quien -por lo general- afecta más a las mujeres que a los hombres desde un enfoque de sexo (Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2014).

La situación descrita es una muestra de la construcción de género, desde la que se conceptualiza a la mujer como un ser inferior al hombre, sujeto a su influencia y poder, lo cual propicia una relación basada en situaciones de acoso. Sin embargo, esto no es exclusivamente un problema dirigido a las mujeres, porque los hombres pueden ser víctimas, por lo que existe la necesidad de brindar información a todas las personas participantes sobre cómo identificarlas.

4.3.8. La promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal

El último requisito de autocuidado, (Orem, 1983, p. 63-64), *la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal*, se consulta acerca de su participación en grupos de promoción de la salud, de lo cual se obtuvo que

solo una persona pertenece a un grupo de promoción, el comité deportivo de la universidad, mientras que el resto no forma parte de ningún grupo. Sobre la persona mencionada, cabe destacar, la participación a nivel social en grupos de promoción de la salud, la cual debe ser vista como una oportunidad para formarse una identidad como actores sociales y desarrollar un sentido de pertenencia social y responsabilidad con los demás, máxime que

la participación y la planificación comunitaria han cobrado relevancia como herramientas impulsoras de relaciones socioculturales y de procesos de renovación. Es en esa dinámica donde emergen nuevas formas de valorar la construcción de identidades, el conocimiento geográfico, las organizaciones, la elaboración y ejecución de proyectos, elementos claves que caracterizan a las comunidades (Sánchez y Caldera, 2013, p.61).

Por tal motivo es que en muchos casos se recomienda a los centros universitarios la inserción de las personas estudiantes en grupos sociales de manera que “los aprendizajes generados en los diversos campos del saber y su contribución con el bienestar y desarrollo sostenible de las comunidades permita crear una mezcla de sensibilidades que implica participar activamente en los asuntos de lo público” (Sánchez y Caldera, 2013, p.64), es decir, desarrollar en las personas un sentido de responsabilidad con el fin de formar un sentimiento de pertenencia social.

Además, la participación en los grupos sociales permite el desarrollo de nociones sobre la realidad que se presentan en las comunidades y la sociedad por lo que, al contar con un

acercamiento a estos escenarios, se promueve el desarrollo de seres humanos con sentido social, comprometidos con sus lugares de procedencia o espacios laborales.

Asimismo, la integración a grupos de promoción de la salud cumple una función de factor protector ante las diversas situaciones que se pueden presentar en el ambiente educativo, puesto que la interacción con otras personas fomenta las redes de apoyo y fortalece el afrontamiento ante los eventos adversos. Relacionado con lo anterior, Orem (1983), menciona que las relaciones entre los individuos que forman parte de los grupos sociales pueden influir en el cumplimiento de los requisitos de autocuidado, por lo tanto, es necesario desarrollar estrategias que propicien el bienestar de cada uno de los miembros.

Por otra parte, se interrogó sobre la participación en grupos religiosos, de lo que se obtuvo que 13 no asisten, tres participan en grupos agnósticos, católicos, evangélicos y una persona evade la pregunta. Como se evidencia, la participación en grupos religiosos es limitada en las participantes de este seminario de graduación, dicha interacción puede presentar variantes considerables a causa del grado de identificación con el nuevo grupo, las instalaciones físicas, la acogida de los miembros a un nuevo integrante y las limitaciones de tiempo derivadas de los compromisos académicos, representan algunas de las dificultades para integrarse a estas agrupaciones.

De acuerdo con lo anterior, la literatura menciona que

la religión impacta en las personas, sobre su visión del mundo, sobre su toma de decisiones, sobre su educación y formación, sobre su ética y valores. Cada denominación transmite determinados valores y enseñanzas distintivos: la caridad, la visión del pobre, del trabajo, del cielo, del infierno, del esfuerzo personal, del pecado, sobre las personas, los hombres y las mujeres, sobre la propiedad (Sardín, 2012, p.81).

La religión contribuye con la formación de la identidad de las personas de modo que se espera seres humanos con valores universales y compromiso social, sin dejar de lado lo que menciona Sardín (2012), quien identificó la existencia de un mayor grado de satisfacción en los seres humanos que creen en un ser superior y participan de un grupo religioso el cual, en muchos casos, se constituye en una red de apoyo para el individuo, a lo que se agrega lo mencionado por Dos Santos et al. (2017), en cuanto a que la religión funge como un factor protector ante las conductas de riesgo, tales como el consumo de drogas.

Otra temática abordada se refiere a la existencia de pareja sentimental, obteniendo como resultado que cinco personas poseen una pareja tanto sentimental como sexual, las cuales mencionan a su pareja como un apoyo y refieren un sentimiento de bienestar con su relación, de las personas que poseen pareja sentimental, dos personas participantes refieren que su pareja también es parte del Programa de Residencias.

Las relaciones de pareja en la adultez joven se consideran el inicio de relaciones estables que por lo general tienden a ser duraderas y a generar vínculos perdurables, además de que, como explican Sologuren y Linares (2014),

una relación de pareja está marcada por la inversión que ambos hacen en un vínculo amoroso, impulsados por el deseo de desarrollar un proyecto conjunto, cuando se reconocen como enamorados. Este reconocimiento es social y personal y supone un compromiso en el momento en que perciben que es una relación con cierta estabilidad. En esta posición, tanto los hombres como las mujeres consideran que deben combinar organización de su tiempo, momentos de diversión y seguridad como miembros de la pareja.

Como se mencionó, las relaciones de pareja por lo general implican un sentido de responsabilidad con la otra persona, de manera que en la etapa de la adultez joven se espera que los vínculos formados generen bienestar, en contraste una residente indica

usted sabe que nunca me he puesto atención, es que, es que yo soy muy pegada con [menciona el nombre de su novio] digamos yo todo lo que hago tengo que hacerlo con él [frisas], es algo muy en realidad, es triste, porque cuando nosotros tenemos un pleito yo la veo fea. Entonces digamos qué hago yo sola [pausa] digamos leer y ver series. Eso es porque a él no le gusta digamos [hace referencia a las series], es como eso y nada más, pero yo no tengo, así como, como decir es que tengo algo que yo hago sola (participante 6)

Del anterior caso es posible identificar una relación de apego que si bien es cierto Repeteur (2005), citado por Contreras (2016), refiere la prevalencia del apego en las relaciones de pareja haciendo hincapié en la necesidad de velar porque este no se convierta en perjudicial para la pareja, de manera que deben existir los espacios personales, Contreras (2016), indica

en la etapa adulta se manifiesta en los tipos de vínculos que establecemos, así como la satisfacción y calidad de nuestras relaciones de pareja y/o sexuales, por eso es importante tener un apego sano, ya que muchas veces el no tenerlo nos puede llevar a tener relaciones distorsionadas que pueden ser comienzo de un proceso patológico o un factor de riesgo para las personas.

En el caso de las relaciones distorsionadas, en la mayoría se cae en la necesidad del otro para desarrollar las actividades diarias y hasta para tener momentos amenos; por lo que la persona no encuentra un sentido a sus vivencias, sino está presente su pareja.

Por su parte al referirse a su pareja, la persona participante 11, respondió *“sí es hermosa, hemos pasado por cosas [...] muy difíciles al principio para el principio una cosa hermosa, luego ya en el medio una cosa fuerte y ahora ya estamos súper bien [sonríe constantemente], cinco años”*. Al respecto, Contreras (2016) explica que en la adultez joven por lo general las personas llegan a buscar una pareja con la finalidad de tener estabilidad emocional y familiar de manera que buscan unir sus proyectos de vida con otra persona, caso contrario al de un gran número de personas jóvenes para las cuales una pareja no tiene tal relevancia, por lo que “pareciera que las opciones se han diversificado,

debido a los cambios en los estilos de vida, continuas actualizaciones y transformaciones en todos los ámbitos” (Contreras, 2016). Lo anterior implica que la tenencia de ese vínculo sentimental para una gran porción de la población adulta joven tiene otro significado, por lo tanto, es posible asegurar que “los significados que los jóvenes tienen sobre las relaciones de pareja no son estáticos, cambian dependiendo del tiempo y espacios históricos en el que estos viven” (Sologuren y Linares, 2014).

A partir de esta afirmación, es posible mencionar que la significancia de las relaciones de pareja en los jóvenes ha variado considerablemente, ya que la interacción con los otros en el plano sentimental no implica siempre un nivel de compromiso recíproco ni el establecimiento de un proyecto de vida entre ambas personas.

Finalmente, cabe señalar que las relaciones de pareja son un factor protector para las personas adultas jóvenes siempre y cuando no incurran en un apego patológico, sobre lo que Hernández, Valdez, Aguilar, Torre y Gonzales (2016), aseguran que “las relaciones personales sanas y conservar y ejecutar los roles socialmente asignados por sexo dentro de la cultura, se presentaron como aquellos aspectos que le dan sentido a sus vidas” (p.797), lo cual coincide con que en muchos casos las personas consideran que su relación contribuye en gran parte con el sentido de la vida, a partir de lo que obtienen seguridad que aporta de manera sustancial a su autoestima.

Acerca de las “prácticas sobre el mantenimiento de un concepto realista de uno mismo” (Orem, 1983, p. 63), se realizó la siguiente pregunta *¿cómo se siente usted, con su forma*

de ser?, a lo que 13 personas respondieron que se sienten bien consigo, tres indican que les gusta como son, mientras que una persona refiere “*no me siento bien, pero busco ayuda*” (participante 3).

Según los anteriores ejemplos, las personas participantes mantienen un concepto positivo y realista sobre sí y se muestran a gusto; no obstante, una persona refiere no sentirse “bien” y, debido a su inseguridad, no ahondó sobre el tema; sin embargo, el aspecto más relevante es la capacidad de reconocer una situación y buscar la manera de dar respuesta a las necesidades identificables. Lo anterior coincide con lo planteado por Orem (1983), quien detalla que las prácticas de autocuidado se consideran terapéuticas cuando generan apoyo en los procesos vitales e incentivan el funcionamiento de la persona; por lo tanto, estas acciones contribuyen a promover el autocuidado y la calidad de vida.

En cuanto al autoconcepto, o bien el “mantenimiento de un concepto realista de uno mismo”, como lo menciona Orem (1983), es fundamental subrayar la importancia de que esté en todas las actividades y relaciones llevadas a cabo por el individuo ya que, si en términos generales la persona se siente a gusto consigo, entablará relaciones sanas y duraderas y se desarrollará con seguridad en diferentes áreas, muy contrario a quienes poseen un autoconcepto negativo.

Respecto de lo anterior, es necesario referirse al concepto de *inteligencia intrapersonal*, definido por Páez, Castaño, Parrales, Delvalle y Maridueña (2018), como “la capacidad de formar un modelo realista y preciso de uno mismo, teniendo acceso a los propios

sentimientos y a usarlos como guías en la conducta” (p.19), por lo tanto, las personas cuyo autoconcepto es positivo desarrollan una inteligencia intrapersonal mayor en contraste con aquellas personas que no están a gusto consigo, lo cual afecta negativamente el desarrollo personal, por ello

con base en lo anterior, se puede concluir que el sentido de vida para los jóvenes se convierte en una búsqueda constante de equilibrio en el desarrollo personal, profesional y de relaciones interpersonales, pues es en esta etapa en donde algunas de las preocupaciones más importantes son el futuro y la estabilidad que se pueda llegar a tener al pasar a la adultez (Hernández et al., 2016, p.797).

Dado lo anterior, se concluye que el autoconcepto que la persona maneje va a determinar su satisfacción y su sentido del ser en la vida, motivo por el que se constituye en un factor que interviene el desarrollo personal de manera positiva o negativa, de ahí la importancia de lo mencionado por la persona participante 3 respecto de la necesidad de buscar apoyo psicológico para mejorar su autopercepción.

Posteriormente, se indagó acerca de si se sienten a gusto con sus relaciones interpersonales: 15 se sienten a gusto, mientras que dos personas no, en torno a lo que se agrega que “las relaciones interpersonales se conciben como un orden social que permite al individuo experimentar la vida como provista de sentido, en donde la familia supone la gestación de la identidad de la persona” (Hernández et al., 2016, p.796).

Dicho de otro modo, las relaciones que las personas mantienen con frecuencia contribuyen a la construcción del ser y sus proyectos de vida, las cuales dotan a la vida de un sentido especial, idea que se confirma en las siguientes respuestas:

la verdad que sí, bueno si las personas que mantengo siempre en el círculo son buenas y me interesa tenerlas cerca, porque me hace sentirme bien y si alguien no me interesa simplemente no, no lo tengo dentro de mi círculo, no las rechazo, no los ignoro, pero simplemente no las tengo cerca o simplemente no me relaciono mucho (participante 1).

Vieras que sí, dentro de lo que cabe uno, uno trata de hacer abierto con las personas y si uno sabe y si uno tiene un conflicto con alguien tratar de resolverlo y si no me gusta voy y lo resuelvo (participante 2).

Las anteriores respuestas aluden a las particularidades propias de las relaciones interpersonales, las cuales están determinadas por las características personales del ser humano, sus habilidades y las experiencias previas que generan un cúmulo de conocimiento establecido por las personas al interactuar en la sociedad. No obstante, aun cuando muchas personas en el ámbito universitario tienden a generar vínculos con sus amistades y familiares a pesar de su lejanía con ellos, existen varios factores que influyen, *“eh [pausa] sí pero también no tanto, sí me gusta hablar y todo eso, pero tampoco como tanta atención como que se sofoquen todos no, no con mucha gente, pero sí con poca”* (participante 3). En el caso de esta participante, por una parte, mencionó que posee un autoconcepto negativo –lo cual va a influenciar sus relaciones interpersonales– por lo que busca ayuda con el fin de mejorarlo; por otra parte, agrega:

eh, aquí en resi [residencias] no pero, bueno no en general no, es que he cambiado mucho desde que me vine para acá y si ya no voy mucho a la casa entonces con mis mejores amigas ya no las veo mucho, ni les hablo porque también ellos están estudiando en la u [universidad] y acá, a las relaciones con las personas son normales pero no son buenas, buenas que uno diga entonces, hay veces que uno se siente como incomodillo (participante 15).

La persona participante 15 hace referencia al dinamismo de las relaciones humanas, las cuales varían en función de las etapas del desarrollo, sin dejar de lado la convivencia con un gran número de personas, característica principal del Programa de Residencias Estudiantiles.

Así pues, el mantener relaciones interpersonales con las que los participantes se sientan cómodos va a determinar su sentido de pertenencia a los diferentes espacios, sea familia, universidad u otros; por ende, algunas personas participantes refieren no experimentar un sentido de pertenencia por el Programa de Residencias Estudiantiles mientras que otros se identifican con este. Al respecto, Hernández et al. (2016), explican que

dentro de la categoría de respuesta relaciones interpersonales como un factor que da sentido de vida los jóvenes, destacaron a la familia y amigos, resultados que concuerdan con un estudio realizado por la Megías y Elzo (2006), en donde se encontró que los elementos más valorados por los jóvenes de 15 a 25 años son los amigos y la familia (p.796).

En otras palabras, las relaciones interpersonales contribuyen de manera directa con el sentimiento de bienestar que posea un ser humano y su realización personal. En el caso del estudiantado, estas repercuten en su desempeño académico, por tanto, los estudiantes con un alto grado de satisfacción con sus relaciones se desempeñan con mayor facilidad que aquellos que no sienten agrado por las relaciones que han entablado (Hernández, et al. 2016). En relación con lo anterior, sentirse parte de la sociedad y obtener estímulos positivos al relacionarse con otros, refuerza un comportamiento que favorece la autoestima y mejora las habilidades sociales aprendidas.

En torno al tema, Orem (1983), se refiere a la interacción en grupos sociales, sobre la que indica que las prácticas empleadas por las personas representan un indicador de la facilidad del ser humano para adaptarse a las condiciones ambientales y de sus conocimientos al respecto; por lo tanto, el actuar recíprocamente es relevante en la construcción y la ejecución de las acciones propias del autocuidado.

Sobre la pregunta *¿está a gusto con su elección vocacional?*, se obtuvo que 14 personas se sienten a gusto con su elección vocacional, mientras que tres no. En otras palabras, en la mayoría de los casos, las personas residentes se sienten satisfechas con la carrera en la que están empadronadas; no obstante, este sentimiento no se presenta en todos los casos. Para comprender lo anterior, es necesario tener en cuenta que la satisfacción que una persona sienta referente a su elección académica va a estar determinada por múltiples factores, a lo que Quintana (2014), agrega que

es necesario considerar que lo vocacional es un conglomerado más amplio y general que engloba lo profesional [...], la ocupación [...], lo académico [...] y lo lúdico [...], que incluye la fantasía abstracta de lo que me gustaría ser, la vocación o inclinación de lo que quiero ser y la realidad de lo que hago y soy (p.31).

Desde esta perspectiva, los estudiantes respondieron basándose en el aspecto vocacional y su grado de complacencia con la carrera elegida a partir de que esta se relacione con su proyecto de vida:

yo diría que me gustaba y no fue algo como que fuera forzado y ahora me mantiene bien, no es que yo los hago porque tengo que salir de algunos trabajos al final de semestre, puede pasar, pero realmente a mí me gusta (participante 2).

Al principio no era mi primera carrera entonces yo entré como qué estoy haciendo aquí y en el primer curso me fue malísimo y la primera profesora nos hablaba millones de cosas que yo decía no entiendo nada de lo que me está diciendo y ya después fui al segundo curso que era con más de la carrera en sí y me di cuenta que se yo sí me está gustando y cuando ya empieza a dar clases y lo amo (participante 11).

En cuanto a la satisfacción respecto de la carrera, Soria-Barreto y Zúñiga-Jara (2014,) la describen como un determinante de su desempeño académico, debido a que la actitud por el estudio y su eficiencia van a verse influenciadas por los deseos de permanecer en una carrera universitaria y desempeñarse, la persona participante 7 menciona:

no, porque, no es lo que yo quiero estudiar y porque simplemente no quería estar en mi casa, digamos quedarme de vaga entre comillas y no quería detenerme por eso estoy estudiando pero, sí quería estudiar microbiología y espero poder pasarme al menos agronomía, que agronomía es algo que me gusta pero, no, no me gusta en lo que estoy.

Lo anterior es relevante a la luz de lo expuesto por Quintana (2014), debido a que “es necesario considerar que la elección y la satisfacción vocacional tienen directo impacto en la continuidad de estudios superiores como también en la evitación de deserción en esta modalidad educativa” (p.3), es decir, en la permanencia de una persona dentro de los sistemas de educación superior influirá el grado de complacencia que tenga el individuo con su elección de carrera la cual, según lo explicado por algunas personas residentes, se dio con el único fin de ingresar a la Universidad de Costa Rica no obstante, esa elección no se encontraba dentro de su proyecto de vida.

En relación con la influencia de la opinión de los demás sobre sí mismo, 16 participantes indican que “depende de quien lo diga”, debido a que sí es una opinión de una persona allegada sí afecta. Solo en el caso de la participante 3, la opinión de los demás sí influye, sin importar quien sea. En este caso, quienes indicaron que la opinión de los demás no influyen en ellos, demuestran una percepción sobre el concepto de uno mismo, y el grado de afectación de estas acciones en el funcionamiento que les permite afrontar las críticas por su persona, lo cual refuerza la idea de Páez, Castaño, Parrales, Delvalle y Maridueña (2018), quienes exponen que “la inteligencia emocional es la destreza enfocada de conocer y manejar nuestros propios sentimientos, es la aplicación inteligente de las

emociones” (p.18), es decir, enfatizan la necesidad de reconocer las fortalezas propias para contrarrestar las expresiones y emociones negativas de las demás personas.

Asimismo,

la inteligencia emocional es un factor importante para el éxito académico, laboral y para la vida cotidiana en general. Promover una manera inteligente de sentir, gerenciar las emociones y conjugarlas con la cognición propicia una mejor adaptación al medio (Páez, et al. 2018, p.19).

Lo anterior significa que la influencia de los demás en la vida del ser humano no afectará solamente su desempeño emocional y su autoimagen, sino la manera como se desenvuelve en lo académico; por lo tanto, es necesario generar habilidades para la vida y el desarrollo social que fortalezcan la inteligencia emocional del individuo y su capacidad de relacionarse interpersonalmente con otros, sin que su identidad sea afectada de manera negativa. Dicho de otro modo, obtener la “capacidad de comprender a los demás; qué los motiva, cómo operan, cómo relacionarse adecuadamente. Capacidad de reconocer y reaccionar ante el humor, el temperamento y las emociones de los otros” (p.20), lo que permite a la persona desde la inteligencia interpersonal involucrarse con otros de una manera sana sin sufrir consecuencias negativas a partir de dichas relaciones.

En cuanto a la resolución de conflictos, tres personas residentes (número 1, 6 y 10) expresan pérdidas de alimentos almacenados en las cámaras de refrigeración, dos tomaron

acciones al respecto y comunicaron su molestia tanto a las personas residentes como a los funcionarios del Programa de Residencias, inclusive uno recurrió a las cámaras de seguridad; no obstante, una persona no realizó ninguna acción.

Las situaciones conflictivas que relatan las personas estudiantes presentan dos escenarios; por una parte, quienes deciden tomar medidas para enfrentar la desaparición de los alimentos o los que adoptan una conducta pasiva, lo cual corresponde al requisito *promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo a la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal* (Orem, 1983, p. 63-64), que incluye la resolución de conflictos como un acontecimiento habitual del ser humano.

De este modo, una situación conflictiva va a depender directamente de factores subjetivos personales; por ende, en el caso de las personas residentes la pérdida de alimentos de los frigoríficos es motivo de conflicto para algunos, mientras para otros no lo es; sin embargo, en todas las situaciones problemáticas prevalece la necesidad de desarrollar habilidades de afrontamiento, ante lo que una estudiante mencionó

que aquí uno tiene algo en la refri, alguna carne o alguna cosa, en el congelador y llega o está vacío o no está, hay gente que se le ha perdido bolsas, a nosotros se nos perdió unas bolsas y nunca las encontramos, un día se nos perdió una olla arrocera [...] pollo, un día se nos perdió una vez, nosotros, incansable ya hemos hablado demasiado [...] con todos, como cuando hacemos reunión y todos están aquí en la salita, la salita grande, entonces todos se ponen a hablar “ah sí sí sí,

es que son unos inconscientes” no sé qué, y digamos sigue pasando, [...] ya uno se acostumbra y ahora creo que fue Leyla o Bianchy, no me acuerdo, o las chiquillas de la cocina que empezaron a comprar ellos, y mandaron a traer como cajas para guardar las cosas y meterlas ahí, primero para eliminar las bolsas que hay en la refri para que estuviera seguro, pero en realidad yo lo veo igual, igual, algunas chiquillas se les ha desaparecido cosas de la caja (participante 6).

En este caso, las personas residentes tienden a afrontar sus problemas aludiendo a su capacidad de diálogo como herramienta y a la capacidad de recurrir a aquellas personas que son vistas como autoridades del Programa de Residencias Estudiantiles, sobre lo que Lucero, Baldi y Molina (2016), afirman que "las habilidades que posee una persona para resolver problemas de tipo interpersonal, [...] ser capaz de resolver problemas habilita a la persona para adaptarse a las demandas del medio ambiente, y le permite modificarlas de manera parcial" (p. 32); por ende, es posible afirmar que la solución de conflictos está basada en una serie de herramientas de desarrollo de habilidades interpersonales que contribuyen en el desempeño social, académico y psicológico de los seres humanos.

En relación con las prácticas de autocuidado planteadas por las personas estudiantes, se puede distinguir que existen hábitos inadecuados que afectan de manera negativa la salud de los participantes, sobre lo que Orem (1983), explica

se distingue la acción intencional de los “mecanismos programados” [...] estos patrones de actividad, sin embargo, frecuentemente sirven de motivación para que los individuos este atentos a las condiciones presentes y piensen sobre su significado, considerando los posibles resultados de los varios cursos de acción,

formulando un juicio sobre la acción adecuada, para decidir entonces lo que van a hacer (p.94)

De este modo, las personas deben hacer uso de su conocimiento con la finalidad de premeditar las consecuencias de una malgama de acciones posibles por desarrollar como parte de su autocuidado de manera que, los hábitos desarrollados por la persona están mediados por la toma de decisiones del ser humano.

Igualmente, Orem (1983), indica que la acción de autocuidado está mediada por diferentes factores que se concatenan con la toma de decisiones, tales como el ambiente, estado de desarrollo de la persona, los valores, su capacidad de acción, la cultura, entre otros. Respecto de lo anterior, cabe señalar el papel de las demandas académicas como parte del ambiente en el que se desarrolla el estudiantado, motivo por el que las personas residentes no llevan a cabo algunas acciones de autocuidado o adoptan conductas que perjudican su salud.

De la misma forma, la cultura y el grupo familiar son entes que modulan de las prácticas de autocuidado de las personas participantes, debido a la relación existente entre el conocimiento y las acciones de autocuidado, el nivel de conocimiento, la presencia de mitos o nociones erróneas pueden reflejarse en las prácticas encontradas en las personas participantes de este seminario de graduación.

A modo de conclusión, es posible afirmar que el autocuidado es multifactorial y es mediado directamente por la toma de decisiones y el conocimiento que posee el individuo, además, representa un factor determinante de la salud integral de la persona, porque si

este es efectivo va a favorecer el mantenimiento o la recuperación de la salud (Orem, 1983). Por este motivo en las personas residentes se ve la necesidad de brindar educación significativa sobre autocuidado y la toma de decisiones acertadas, a través de una propuesta educativa para abordar las necesidades educativas identificadas en las personas participantes.

4.4 Fase reflexiva

Presentación de los resultados y reflexiones de los profesionales de enfermería y el personal de la Coordinación de Vida Estudiantil

Este apartado corresponde a la fase reflexiva de este seminario de graduación correspondiente al cuarto objetivo *reflexionar acerca del conocimiento y prácticas de autocuidado de los estudiantes*, donde se exponen los aportes más relevantes brindadas por las funcionarias y profesionales que laboran en la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, así como aquellas personas que están a cargo del Programa de Residencias, dicha fase se llevó a cabo el día 10 de enero a la 1 pm en la Sala 20 del edificio de residencias, Recinto de San Ramón.

Dichas aportaciones se obtuvieron mediante la participación de las profesionales de enfermería Licda. Karel Malespín Álvarez y la MSc. Yamileth Gutiérrez Obregón que son parte del comité asesor de este seminario de graduación y la docente de la carrera de enfermería de la Sede de Occidente, Licda. Geovanna Brenes Campos.

Se tomó en consideración a la enfermera de la Oficina de Salud de la Universidad de Costa Rica de Sede de Occidente, Msc. Jenny Vásquez Vásquez, la psicóloga del Programa de Residencias, Licda. Bianchy Ruiz Mora; las trabajadoras sociales. Licda. Leyla Alpízar Pereira y MSc. Roxana Cedeño Sequeira; la psicóloga, MSc. Katherine Solano Araya y Adriana Pérez Montero en representación de MCI y, por último, William Mauricio Fernández Araya, Coordinador de Vida Estudiantil de la Sede de Occidente: los últimos siete forman parte de los profesionales que laboran en la Coordinación de Vida Estudiantil que se encuentran en contacto directo con los estudiantes residentes.

La primera pregunta generadora realizada durante la fase reflexiva corresponde a la variable sobre aspectos socioeconómicos: se mostró todos los datos que abarcaron este punto y la información respecto del estado de la vivienda de las personas estudiantes residentes, mientras que a los profesionales se les preguntó sobre *cuáles otros indicadores socioeconómicos se analizan para aprobar el ingreso del estudiante al Programa de Residencias*, cuyas respuestas se muestra a continuación:

tiene que tener la beca verdad beca 5 o beca 4 y depende de la cantidad de créditos que lleve, pero socioeconómicamente desde que el estudiante tiene beca y es de zona tres, ya tiene acceso a residencias, a permanecer en el programa, significa que él tiene buen rendimiento académico, es si cumple con el artículo XIX, que es la cantidad de créditos que ahora pide la u [universidad] que debe tener [...]. La zona tres, es la zona de los estudiantes que ustedes eligieron, es la zona más alejada de la u [universidad] (Cedeño, 2018).

Además, Cedeño (2018), con el fin de ejemplificar la clasificación realizada según el lugar de procedencia para la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, recinto San Ramón, explica que lugares como Esparza, Puntarenas y Zarcero se consideran zona 2. Asimismo, menciona que el Programa de Residencias no solo incluye a las personas estudiantes que proceden de zonas lejanas a la Universidad de Costa Rica de la Sede de Occidente, sino de otras consideraciones basadas en particularidades, tal es el caso del riesgo social asociado a las condiciones del entorno. Lo anterior significa que el equipo interdisciplinario del Programa de Residencias indaga no solo factores familiares, sino también aspectos socioeconómicos del núcleo familiar y aquellas dificultades sociales evidenciadas en la entrevista.

En conjunto, se continuó con las otras dos unidades de análisis del trabajo sobre el conocimiento y las prácticas de autocuidado de las personas residentes: al presentar las prácticas relacionadas con el consumo de líquidos, se les pregunto acerca *de qué opinan acerca de la diferencia entre el conocimiento y la práctica de los residentes sobre la importancia de líquidos/agua y su consumo*, a lo que los profesionales añadieron

¡es interesante, verdad!? [...] ellos administran el dinero que se les deposita para alimentación y suceden muchas cosas que no son tan convenientes, por los horarios la intensidad de los cursos el ir y venir y la falta de organización por lo que yo he observado condiciona qué alimentos... El que sea más rápido (Cedeño, 2018).

En contraste, asociado al consumo de líquidos la enfermera Brenes (2018), recalca el papel de la familia como un grupo de socialización y de características regionales, el cual modela las prácticas de autocuidado y el entorno, afirmación que se basa en la investigación costarricense realizada por Mora y Chamizo (2007). Si bien es cierto lo anterior es bastante válido, ninguna persona universitaria estableció relación entre el bajo consumo y el ambiente de procedencia, aunque una persona sí manifestó la diferencia entre el agua de San Ramón y la de su lugar de procedencia. Como queda en evidencia, para la adaptación al ambiente universitario, el Programa de Residencias no solo considera el aspecto académico, sino las adaptaciones ambientales; por ejemplo, para quienes viven en San Ramón, no es perceptible la cantidad de cloro en el agua.

Asimismo, a las profesionales se les mostró los resultados sobre las prácticas asociadas a los tiempos de alimentación y se les planteó las siguientes preguntas generadoras

¿Consideran que el conocimiento sobre la cantidad de tiempos de comida diarios influye sobre sus prácticas?, además ¿Creen ustedes que el ser estudiante puede influir en sus prácticas de tiempos de alimentación? Al respecto, brindaron las siguientes respuestas:

bueno, aquí en resi [residencias] después de las nueve de la noche hay mucho movimiento [hace referencia a la cocina] y en la mañana parece que hubo una masacre porque no se mueve nadie, llegando incluso los que están en resi llegan tarde cuando entran a las ocho (Cedeño, 2018).

Lo anterior refleja los múltiples factores que interfieren en la práctica alimentaria de las personas participantes al mostrar la dinámica de convivencia dentro del grupo, la cual radica en la omisión de los tiempos de alimentación recomendados, a lo que se suma la omisión del desayuno y la mala higiene del sueño. Aparte de las dichas respuestas, de las otras se identifica un déficit de personal por parte de la enfermera Gutiérrez.

Posteriormente, la enfermera Vázquez se refiere a una concepción de toma de decisiones de las personas universitarias desligada de las intervenciones de la Coordinación de Vida estudiantil o el Programa de Residencias. Sin embargo, para trascender toda intervención con la población estudiantil, esta no debe de ser enfocada en un cambio de decisiones impuesta ni tampoco desde una relación vertical con las personas universitarias, sino brindando información para fomentar un pensamiento crítico que motive a la persona a realizar cambios en su rutina, de modo que sobrepase el gasto de energía mencionado por la teorizante Orem.

Este cambio de paradigma implica que los profesionales no deben ser un sujeto pasivo ante una realidad alarmante que se plasma en este seminario, máxime considerando que la persona residente no es un depositante de información. De lo anterior se colige que la educación significativa involucra un cambio tanto en el funcionario como en el estudiantado, de modo que permita una transformación moral que involucre el aprender o reaprender constante.

Otros de los aportes de las profesionales fueron los siguientes:

sí, respondiendo a la pregunta, pienso que el ser estudiante influye, pero no debería porque es una cuestión más de hábitos y la práctica porque yo digo que hay estudiantes que a pesar del tiempo de que tienen una carrera muy dura que vienen de lejos en que tiene que cocinar, lavarse su ropa y demás tienen buenas prácticas de alimentación, no son la mayoría me atrevería a decir (Alpízar, 2018).

sí es que a mí lo que me urge con esto es que siempre hemos tenido una barrera en el componente cultural de ellos, es una lucha tan ardua que a veces yo me acuerdo la canción que dice “no cabe duda que es más fuerte la costumbre que el amor”, es impresionante porque hay un programa de promoción de estilo saludables ya ahora en la página de la REDCUBS hay un espacio en donde las compañeras nutricionistas que forman parte de la red tienen recetas económicamente accesibles y que son equilibradas a lo que hechos pueden acceder verdad (Cedeño, 2018).

El aporte también es un poco ampliar, es preocupante conocer sus hábitos de alimentación ya que si dado el caso es la misma persona quien solo hace una cena como tiempo de alimentación y le agregamos que no consume líquidos, me asusta

pensar cómo estará en términos de nutrición y de hidratación porque ya empezamos como a sumar (Solano, 2018).

Las profesionales aluden nuevamente a la toma de decisiones de las personas universitarias, lo cual implica el control y la resolución de las personas estudiantes que podría anticiparse a situaciones específicas, como la aparición de ECNT producto de una alimentación no saludable en la universidad. De la misma forma Cedeño aboga por las intervenciones nutricionales brindadas en la institución, las cuales no fueron mencionadas por ninguna persona voluntaria en este seminario de graduación, por lo que cabe preguntarse por el grado de acceso de las intervenciones de los nutricionistas, en términos de lenguaje comprensible, disponibilidad y divulgación del material, atractivo para la población universitaria y un tipo de practicidad que incentive la consolidación del autocuidado.

Asimismo, sorprendida, Solano sintetiza la interrelación de varias respuestas sobre la alimentación, lo cual evidencia que efectivamente es necesario evaluar los indicadores nutricionales validados por organizaciones, así como el abordaje integral al estudiantado.

Sobre las aportaciones dadas por las compañeras oyentes, Malespín (2018) expone sobre los factores que influyen en la adquisición de conocimiento de las personas residentes pertenecientes al Programa de Residencias:

también quisiera aclarar que no siempre podríamos hablar de prácticas que traen de la casa, porque esos cambios en los patrones diurnos y nocturnos cambian

cuando llegan al Programa de Residencias porque en las casas no es cierto que se levantan a las tres de la madrugada verdad, casi que no creo que ni siquiera los dejen [...] claramente en la actualidad hay acceso a muchísima información y uno podría tener mucho más conocimiento, sin embargo, es importante vincular cuando ese conocimiento yo lo aplico y es cuando Jenny dice, el inside pero qué tanto [...] el programa de estilos de vida saludables cala en estos jóvenes [...] porque a nosotros nos pasa mucho en educación en salud, siempre estamos hablando de estilos de vida saludables y autocuidado y damos muchísimos consejos e inclusive a nosotros nos cuesta mucho como agentes de salud lo que pasa es que si a nosotros teniendo una amplia gama de conocimiento, pues podríamos pensar en qué tanto le costará un estudiante con poco recurso económico, poco tiempo, las actividades académicas y una influencia tan grande como el grupo de pares; porque siguen siendo adolescentes que se están viniendo a un Programa de Residencias [...] entonces es ahí donde también quisiera escuchar un poco, qué creen ustedes con relación a si ese conocimiento que tal vez tienen o adquieren aquí verdad, un programa de estilos de vida saludable, que es verdaderamente un agente transformador de las prácticas o los hábitos que ya traen de sus casas, más todo lo que viene ya a moderar el estilo de vida aquí dentro del Programa de resi [residencias].

A partir de esta fase, se dio a conocer una perspectiva desde la óptica de una madre y enfermera, quien explica que muchos de las personas insertas en el ambiente universitario, no son formadas desde su núcleo familiar para ser autónomas, motivo por el que el hogar es fundamental para consolidar las prácticas de autocuidado,

principalmente en las áreas de la alimentación, la higiene de sueño, la sexualidad y los hábitos de higiene.

Además, el gasto de energía que requieren los cambios o la consecución de las prácticas de autocuidado aprendidas por la tutela de los familiares y reaprendidas durante la estadía de la universidad, no deberían de desligarse, a pesar de la inserción en un nuevo contexto, debido a que la universidad puede brindar herramientas para la formación académica y el fortalecimiento de habilidades para la vida; pero verdaderamente la responsabilidad recae en el estudiante y en el sistema inculcado en el núcleo familiar.

Tras exponer lo anterior, la problemática evidenciada en el presente seminario de graduación plantea la necesidad de ir más allá, por ende, se sugiere que el proceso de inscripción para las universidades de las personas colegiales sea integral; es decir, que los orientadores de los centros educativos se alíen con actores sociales o individuos proactivos de la comunidad y motiven a los encargados de los menores de edad a propiciar una mayor autonomía a quienes en un futuro formarán parte de la educación superior.

La pregunta abierta planteada por Malespín permitió un espacio reflexivo que subrayaba la discordancia entre conocimiento y prácticas, así como cuán trascendente es la educación transformadora. En torno al tema, Leyla Alpízar aclara

[...] pasa lo mismo con la salud, hasta que no se ven enfermos la gente no hace cambios, entonces es muy difícil porque cuando se les cita para las demás actividades están tan llenos de compromisos académicos y tan trasnochados y

necesitan hacer otras cosas básicas como dormir o comer, entonces a nosotros también se nos hace difícil, más aún que la compañera psicóloga y yo trabajadora social estamos medio tiempo.

Lo expresado por Alpízar (2018), evidencia una situación considerable, referida a la sobrecarga en una jornada laboral limitada y la preocupación por la atención directa a la población residente, la cual considera el escaso periodo con el que cuentan los estudiantes para acudir a los servicios de psicología y trabajo social. Además, sugiere la posibilidad de que al solicitar la atención de las personas jóvenes se encuentren en una situación más compleja que mediante una relación terapéutica previa se podrían abordar con mayor brevedad; sin embargo, el tiempo limitado condiciona el actuar en beneficio del funcionamiento de las personas residentes.

Acerca de lo indicado por Alpízar (2018), Malespín (2018), direcciona lo expuesto y sugiere el aprender haciendo como una herramienta para el aprendizaje significativo, debido a que el nuevo conocimiento adquirido debe trascender los hábitos arraigados del hogar con el objetivo de moldear y reaprender acerca del autocuidado:

También me planteo yo, cuál es su pensar con respecto a las metodologías que se utilizan en esas actividades educativas, porque si claramente es más productivo hacer modalidades que más que charlas o capacitaciones, en sí porque es importante que aquí hay un componente de aprender haciendo que todo lo estamos llegando a potenciar porque nos estamos quedando solamente en el discurso, entonces esto es como dar pura teoría pero no estamos incentivando a que la persona aprenda y esto conllevaría un cambio en su vida personal,

entonces hasta donde están ustedes valorando si se trabajan modalidades metodológicas que comprometen al estudiante a hacer ese cambio, porque es que si un aprendizaje no es significativo, en el hogar tiene en mí una mayor influencia verdad y para que algo sea significativo tiene que tocar mi verdad y a mí no me va a tocar si yo me voy a una charla a las ocho de la mañana con sueño y me dicen que tomar agua y comer verduras porque además las verduras no me han gustado en tantos años, pero sí es interesante verdad pensar en qué estrategias podríamos valorar que permitan al estudiante aprender y aprender haciendo, porque es un aprender haciendo con su vida entonces en este punto estaríamos trascendiendo y sería interesante pienso yo, porque hacer aquí una investigación del tema acción participativa que esto sería también riquísimo el poderlo hacer, pero sí es interesante digamos qué creen ustedes con los recursos que se tienen, el tiempo y todo estos y los cursos y las capacitaciones o los espacios que tienen les permiten hacer actividades educativas que de verdad lleven metodologías de aprendizajes significativo.

No obstante, en relación con la interrogante planteada, Cedeño y Vázquez (2018), explican el tipo de estrategias implementadas en el Programa de Residencias para las personas estudiantes de primer ingreso, las cuales enfatizan prácticas de alimentación y temas asociados con la ambientación; sin embargo se evidencia la necesidad de priorización de temas, por ejemplo, durante las actividades de ambientación se abarca aspectos de estilos de vida saludable que requieren más sesiones fragmentadas desligadas de las reglas de convivencia propias del programa.

Por su parte, las funcionarias mencionan

[...] nosotros a los estudiantes de primer ingreso les hacemos un taller de ambientación todo el día [...] les hablamos del cigarro y dentro de la alimentación hay una parte que es la más jocosa creo yo, porque entonces ilustra esos malos hábitos alimenticios, entonces tratamos de primera entrada de decirles hay que cuidar la alimentación (Cedeño, 2018).

La población estudiantil de residencias cambia cada cuatro años, se es difícil llegar a la población, ya que los estudiantes se incorporan a los talleres por decisión propia y ellos pueden ser que se vayan o se queden en residencias, además, se llegó a la conclusión de que la universidad es para formar personas no para cuidar de estas, también se realiza un tamizaje pero este no es bien visto por la Vicerrectoría de Vida Estudiantil debido a que esto es trabajo de la Caja Costarricense del Seguro Social (Vázquez, 2018).

En el caso anterior, Vázquez alude a la disposición y anuencia de las personas residentes para ser parte de los procesos educativos desarrollados por la Oficina de Salud de la sede: destaca que la participación está mediada por varios aspectos entre los que se incluye el factor tiempo, por lo que es necesario considerar una reestructuración en cuanto al horario en el que se realizan estas actividades y plantear la posibilidad de llevarlas a cabo durante el fin de semana, con el objetivo de participar a la mayor cantidad de personas residentes.

De igual manera, se incluyó modificar la atención directa en salud y el desarrollo de campañas de tamizaje, dirigidos a la población residente lo cual es un punto por considerar, ya que se delega la responsabilidad y la obligación a la Caja Costarricense del

Seguro Social ante el número considerable de personas residentes que no cuentan con seguridad social, motivo por el que en dichos casos el acceso a atención y el diagnóstico de las alteraciones en la salud se limita abruptamente.

La situación anterior representa un desligue de la conceptualización epistemológica del cuidado desde enfermería como un proceso continuo durante las etapas del desarrollo humano, el cual debe ser aplicado a todo escenario, ya que la persona requiere constantemente la intervención del profesional de enfermería que no se limita a la atención directa, sino que incluye la educación como principal herramienta de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; por tanto, en todo escenario desde enfermería se debe promover el bienestar de la persona, tal como indica Orem (1983), al señalar que a través del contacto y la comunicación se establecen nexos lucrativos que generan la acción de enfermería.

Por su parte, Brenes (2018), aclara que, al realizar exámenes como la glicemia, se deben complementar con otros más específicos para obtener un dato más certero, por tanto, es necesaria la asistencia al EBAIS, el establecimiento de alianzas y el seguimiento de lo realizado por el personal de salud de la universidad.

Por su parte, Vázquez (2018), asevera que desde el cambio de los compromisos de gestión, se eliminó las ferias de salud en el espacio universitario, ya que la Caja (CCSS) justifica que existe mayor accesibilidad a los centros de salud; no obstante, está sujeta a un seguro médico que media la atención sanitaria, la prevención, la promoción y la detección de enfermedades, razón por la que es importante concienciar en torno a la

adquisición de un seguro médico por parte de las personas residentes, considerando que los determinantes sociales de la salud juegan un rol destacable, ya que los recursos económicos disponibles y el acceso a los servicios de salud en hogar de procedencia se pueden convertir en limitantes para que el estudiante pueda gozar del Convenio CCSS-UCR.

En relación con el tema, también se requiere mayor divulgación sobre el procedimiento necesario para obtener el seguro, así como enfatizar la relevancia del acceso oportuno a atención sanitaria, lo cual se concluye a partir de la incertidumbre y el desconocimiento que al respecto evidenciaron las personas residentes durante la aplicación de las entrevistas.

Entre otra información, se mostró a las expertas otros resultados acerca de las prácticas relacionadas con los hábitos alimenticios de las personas participantes a quienes se les preguntó lo siguiente: *¿Existe alguna forma de indagar en el Programa de Residencias si existe un estudiante con trastornos alimenticios? ¿Qué sucede cuando se encuentran estos casos?*, de lo que se obtuvo la siguiente información:

Durante la entrevista que se hace en el primer año al ingreso de residencias se habla un poco de alimentación y ahí normalmente se les habla en esos casos y se les da seguimiento con la compañera psicóloga, conmigo y con la oficina de salud (Alpízar, 2018).

Al respecto, Alpizar (2018), hace alusión a un recurso de suma importancia como la entrevista de ingreso al Programa de Residencias, la cual permite elaborar un diagnóstico *grosso modo* de la persona estudiante con el que se identifica las principales características y aquellas situaciones que requieran algún abordaje interdisciplinario, el cual hasta el momento no incluye la intervención de un profesional de enfermería.

La detección y abordaje de situaciones que ocasionen peligros para la vida constituye una acción de autocuidado desde la que se trata de solucionar las necesidades, mediante la implementación de estrategias que promuevan el desarrollo humano y el bienestar de las personas, aspecto implícito en el séptimo requisito universal de autocuidado de Orem.

Posteriormente, se les presentó los datos recabados acerca del conocimiento y prácticas de las personas participantes sobre la importancia de miccionar y el reconocimiento de las infecciones urinarias y se planteó la siguiente interrogante: *¿Existe algún factor que module la presencia de las infecciones urinarias y el desconocimiento de sus síntomas y tratamiento en la población estudiantil?* Lo anterior se debe a que tres personas refieren haberse tratado, pero desconocen sobre el tema.

En relación con lo planteado, Vázquez (2018), expone un ejemplo de vivencia de familiares en cuanto a prácticas de ir a orinar, la relación entre no ir al baño y el consumo de líquidos, por pérdida de tiempo, baños sucios y no permiso del docente.

Por su parte, Malespín (2018), agrega que

aquí podríamos desmenuzar un poco más, verdad, porque también las infecciones urinarias no necesariamente podrían ocurrir por la no ingesta de líquidos suficiente o una frecuencia adecuada de micción, sino también por práctica sexual, es verdad, porque si cuando veamos la parte de sexualidad también es importante que hay prácticas, verdad, del riesgo que podrían ocasionar infecciones urinarias y que también podrían alentar a una posible infección de transmisión sexual o de prácticas incorrectas con respecto a la sexualidad.

En alusión a lo anterior, se destaca la multicausalidad de las infecciones urinarias, una patología que puede ser abordada mediante el uso de diversos enfoques, en los que la educación en temas de salud desarrollada por un profesional de enfermería se constituye en la principal herramienta.

Seguidamente, se mostró los resultados del conocimiento y prácticas sobre las horas de sueño diarias de las personas participantes, por lo que se planteó a los oyentes la pregunta generadora *¿Qué opinan acerca de la diferencia entre el conocimiento de las personas residentes sobre la cantidad de sueño y sus prácticas?* Al respecto, Alpízar, Malespín, Ruiz y Solano (2018), consideran el manejo del tiempo como un factor crucial, el cual está al mismo tiempo entrelazado con la afinidad por la carrera elegida y la motivación, mientras que Cedeño añade un ejemplo de las condiciones ambientales que pueden predisponer los hábitos de las personas estudiantes, sobre lo que las funcionarias expresan que

he notado también que hay estudiantes que no están identificados con la carrera, les interesa cambiarse, trasladarse de sede, entonces entran como en una desmotivación y eso los desalienta a dedicarle tiempo al estudio, a hacer cualquier otra cosa porque el estudio no los realiza y engancha, no les motiva, no les apasiona, uno lo nota, entonces, eso hace como este desbalance y como no les interesa lo que están estudiando, entonces no tiene un horario ni cumplen con eso (Alpízar, 2018).

También se puede vincular con las relaciones de pareja que están teniendo los estudiantes, porque, por ejemplo, yo como docente de estudiantes me han llegado situaciones que cuando terminan una relación eso también entra en un estado o en una crisis depresiva que también nos lleva al no dormir o asumir algún consumo de bebidas o drogas ilícitas en o ilícitas también (Gutiérrez, 2018).

En cuanto a la pregunta, Solano (2018), expone que “ellos vienen de un sistema educativo donde entran a las siete de la mañana, salen con que a que “x” hora muy estructurado un horario”; por su parte, Vázquez (2018), amplía lo acotado por la psicóloga en cuanto a que “en el colegio las recordaban que tenían examen y el otro día que tenía un trabajo y el compañero les recordaba”. Ambos comentarios evidencian de forma implícita el modelo tradicional educativo costarricense, el cual provoca un asistencialismo en las personas que dificulta el pensamiento crítico y la toma de decisiones.

Por su parte, Malespín (2018), agrega elementos que influyen en la higiene de sueño y se refiere al uso de artefactos electrónicos como factor modulador en el traslape de los ciclos circadianos, además de que -a partir de lo planteado por la enfermera- se lee la

insuficiencia en la autorregulación de las personas estudiantes universitarias, la cual repercute no solo en los hábitos de higiene, sino en otros aspectos como el consumo de sustancias psicoactivas.

Por su parte, Malespín (2018), argumenta que

cuesta mucho esa gestión del sueño, porque se castiga el sueño, no se ve como algo necesario, tan importante como socializar, revisar las redes sociales, quitan demasiado tiempo en un día al revisar si tienen Instagram, Snapchat, Facebook, Twitter, en un día se le puede ir toda la tarde en esta revisión de redes sociales, entonces sí cuesta muchísimo y son muchos los factores que ellos tienen que manejar pero sí comentan que las horas de la madrugada, por lo menos los estudiantes que hemos tenido nosotros de aquí de residencias, es cuando ellos logran concentrarse y entonces dicen diay no importa yo tomo café todo el otro día [...] Bueno, y peor aún si hilamos más delgado y uno pregunta sobre el consumo de sustancias ilícitas, porque muchas veces es más fácil fumarse un puro de mariguana para no comer y relajarse y disponerse al estudio.

En cuanto a Vásquez (2018), expresa que en las personas estudiantes se identifica una alta ingesta de bebidas energéticas sobre las que desconocen las dosis excesivas, así como las consecuencias de su consumo. Ampliando lo mencionado, Solano (2018) indica una relación entre el consumo de bebidas energéticas y los ataques de pánico, como efectos a mediano y a largo plazo en la salud mental de las personas estudiantes “*porque lo que pasa es que el cerebro lo que hace es un aprendizaje entonces empiezan a tener ahora crisis de pánico*”.

Lo mencionado por Vázquez y Solano (2018), alude a una conducta de riesgo presente en la población universitaria -el consumo regular de bebidas energéticas- como consecuencia de las demandas académicas, una situación con implicaciones perceptibles a nivel fisiológico, emocional y cognitivo que supera los beneficios obtenidos del consumo de estas sustancias; es decir, los estímulos producidos a nivel cerebral por la ingesta de tales bebidas condiciona una respuesta determinada que incrementa el riesgo de desarrollar consecuencias a corto y largo plazo, lo cual subraya la relevancia de brindar educación sobre las implicaciones del consumo de estos estimulantes a fin de reflexionar sobre la práctica de conducta de riesgo.

Luego, se mostró a las oyentes los datos recabados acerca de las prácticas de actividad física de las personas participantes, por lo que se les planteó la siguiente pregunta generadora *¿De qué manera repercute la no realización de actividad física en los residentes?*, a lo que las profesionales añadieron

es que con la actividad física se combate el estrés, la cual es necesaria aquí, nosotros habíamos propuesto que se hiciera un espacio techado para futbolines, pero es terrible el escándalo y esos futbolines han andado por toda la sede. Por otro lado, hubo cambios de política en acceso al gimnasio y eso ha sido una limitante para que los estudiantes realicen actividad física (Cedeño, 2018).

Ante lo expuesto, se muestra una concepción errada entre los términos actividad física y actividad recreativa, debido a que los futbolines se categorizarían en la segunda por el gasto energético implicado y el grado de movimiento ejercido, el cual no es equiparable a las actividades físicas. Por ende, lo planteado por la trabajadora social MSc. Roxana

Cedeño podría repercutir en las posibilidades para mejorar el desempeño de las personas residentes.

La Organización Mundial de la Salud (2018), incluye los pasatiempos de recreación dentro de las actividades físicas; no obstante, los beneficios obtenidos de ambas difieren, ya que las actividades recreativas se traducen en relajación, salud mental, mayor interacción con las personas, entre otras, mientras que la actividad física genera un gasto energético elevado en comparación con las anteriores, además de que a nivel metabólico funge como un rol protector ante una serie considerable de patologías, aunque se recomienda desarrollar ambos tipos.

En cuanto a la temática de sobre redes de apoyo, se planteó la siguiente pregunta generadora: *¿El contar con redes de apoyo influye sobre el autocuidado de los residentes?* Al respecto, la psicóloga Solano explica que

en realidad, casi que todos los servicios de Vida estudiantil son una red de apoyo, digamos institucional, porque si los vemos [...] yo siento que esto es una de las primordiales funciones [servicios ofrecidos por la universidad], pero no lo tenemos incluso socialmente instaurado [...], es casi que la lógica de que deberíamos empezar a transformar, para que el servicio no esté orientado a atender ya el daño, sino más bien a prevenir el daño (Solano, 2018).

Dichas profesionales orientaron sus comentarios a la red institucional existente como una herramienta de apoyo sin caer en el asistencialismo. No obstante, los profesionales deben

ampliar sus fronteras en búsqueda de redes de apoyo fuera de la universidad, como bien lo menciona Malespín (2018), *“nosotros como institución deberíamos buscar alianzas porque hay vacíos institucionales en todos los estudiantes que están en residencias”*.

Después, se presentó los resultados acerca del consumo de drogas en las personas residentes y se preguntó lo siguiente: *¿Ustedes consideran que el grupo de pares influye en el consumo de drogas?* A lo anterior, Cedeño (2018), responde que “sí, incluso residentes influyen en residentes, mas se muestra otras respuestas:

Lo que yo me he encontrado en la consulta es que se convierte en un asunto de socialización, es decir, fumar la marihuana se ha convertido en lo que más fuman; por ejemplo, después de la clase, después del examen, yo les digo vamos a fumar. Desde la investigación de Tayron Loría explica que el consumo de cigarrillo es casi inexistente en la sede, pero lo sacan del campus, esto hace que vayan a fumar en los apartamentos o a ciertos lugares que ellos tienen identificados para fumar marihuana, no tabaco (Solano, 2018).

Vale la penar decir que, de acuerdo a lo que he vivido en resi [residencias] la influencia no es tanta, más bien solo en un caso de un estudiante hace tres años con una nota excelente de 9, él si fue influenciado; pero era un grupo muy grande eran como 7, ya no están porque eso no se permite [en el Programa de Residencias], en este año se vieron afectados, se identificaron, se coordinó con el IAFa para que le llevaran un seguimiento, al principio si presentan la constancia que están yendo a las citas con el IAFa, pero al dejar de hacerlo son estudiantes que tienen un impedimento para estar en residencias (Cedeño, 2018).

Al escuchar las aportaciones de las profesionales, surge la pregunta *¿Cómo se identifican esos casos?* Cedeño (2018), expresa *“ellos mismos lo reconocieron, porque hay estudiantes que antes de entrar en la u [universidad] en sus trabajos ellos aprendieron y dicen que no se sienten bien, además con los problemas disciplinarios, esos casos se detectan, llegan comentarios”*, a lo que la psicóloga añade

yo siento que con ustedes la sintieron ajenas totalmente, fueron como muy sinceros, porque a uno no le van a soltar así las cosas, tal vez miedo a represalias o que van a tomar un concepto que cambie, al ser ustedes tan ajenas al Programa y que nunca las ha visto, a uno van a llegar a contarle algo así (Ruiz, 2018).

Lo mencionado por las funcionarias del Programa de Residencias demuestra acciones orientadas al modelo de la enfermedad para el tratamiento de la adicción y/o consumo de sustancias psicoactivas en el que se desliga al individuo que consume droga con otros aspectos multifactoriales, aun cuando la problemática se debe abarcar desde la raíz, al brindar al estudiantado herramientas enfocadas en la promoción de la salud y la toma de decisiones, lo cual permitiría una mayor apertura a la red de apoyo que brinda el Programa de Residencias, sin la necesidad de excluir aquellas personas que consumen drogas, considerando siempre el derecho de la confidencialidad y la igualdad de oportunidades.

En torno al conocimiento y prácticas sobre cepillado de dientes de las personas residentes, se preguntó a las profesionales: *¿En esta etapa de vida se mantienen o cambian los hábitos de higiene de los estudiantes residentes? ¿Por qué?* De lo que se obtuvo las siguientes respuestas: *“Ahí lo que veo es que se refleja el trabajo del taller de salud bucodental”* (Cedeño, 2018), a lo que se suma lo indicado por Vásquez (2018), quien

señala que “se refleja el anuncio del doctor muelitas”, ambas funcionarias concuerdan en el impacto positivo de los talleres brindados por la Clínica de Odontología de la sede en el Programa de Residencias.

Otro tema fue el conocimiento y prácticas de las personas residentes sobre la importancia del autoexamen de mamas, acerca de lo que se planteó la siguiente interrogante: *¿Existe algún factor desde la concepción de género que influye en la realización del autoexamen de mama?* de la que se obtuvo como respuesta “*las personas siempre dicen, yo no sé hacer nada, mejor hágame usted, o sea en manos de otros está*” (Vásquez, 2018). Asimismo, Brenes (2018) afirma “*estar en esa etapa de adulto joven en la que creen que nada les va a pasar, entonces es lo esperable, también no es tan bien visto que una persona de veinticinco tenga cáncer*”.

En relación con las respuestas sobre el conocimiento y las prácticas sobre citología vaginal y de pene en los residentes, la profesional en salud Jenny Vázquez (2018), menciona

en mi experiencia quienes asisten a la consulta de citología preguntan por la citología de las parejas, también le decimos eso que la u [universidad] las puede hacer, que claro está que es a nivel privado, porque no se analiza a nivel de la Caja, más bien no está en la Caja la citología, entonces algunas lo van a traer obligado, los varones uno al año, dos al año, y las mujeres que salen los exámenes positivos al papiloma, se traen a la pareja, lo malo es que están terminando las relaciones de pareja, porque cuando el muchacho sale negativo decide terminar la relación (Vásquez, 2018).

En lo anterior, se evidencia una interrelación entre los requisitos de autocuidado, ya que la afectación de alguno se refleja en los demás, lo cual se evidencia en las prácticas de las personas residentes que consideran más de uno, como es el caso de “la prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar humano” y “la promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal” (Orem, 1983, p.63- 64).

A lo anterior, se agrega que la enfermera se refiere a la barrera en la accesibilidad al examen diagnóstico, como lo es la citología de pene, determinada en primera instancia por la no realización de este procedimiento en los centros de salud de la CCSS, así como la limitante económica por la condición de la persona estudiante, puesto que la citología peneana se practica a nivel privado únicamente, por lo que se atenta contra un derecho sexual y reproductivo.

Se concluyó con la presentación de los datos sobre el tema de autocuidado, en torno a lo que los profesionales agregaron:

La universidad recibe a personas que creo que han pasado por muchos filtros, entonces los que llegan aquí creo que son muy resistentes, tienen habilidades, sin embargo las habilidades para vivir están muy mal, en la población en general, venga o no venga de la u [universidad], aquí se exagera con el tema del desarraigo, la carga académica, el manejo del tiempo que no han podido aprender y aquí se prueba [en el presente seminario], en la actividad de bienvenida se les explica el tema del seguro, se les trae la boleta pero no lo hacen,

somos testigos que ponen el mural, los pasos a seguir en tema de autocuidado, creo que es una decisión propia y lo decide usted a cualquier edad. Para mí la población en general tiene pocas habilidades y vivir en residencias requiere muchas habilidades personales, aquí se prueba el crisol de la persona, el que no tiene eso se va para la casa (Vásquez, 2018).

Mucha gente interactuando, muchas carencias y muchas cargas académicas, entonces eso hace que tengan muchos retos, además, se ha visto que existe una sobreprotección por parte de los papás, incluso, cuando están en la universidad [...] en términos generales los estudiantes de primer ingreso tienen muchos desafíos y el estudiante en residencias es una población que tenemos cautiva y tenemos la posibilidad de darle lo que no podemos darles a todos los demás de primer ingreso (Cedeño, 2018).

En relación con los resultados ustedes están evidenciando muchas necesidades, por tanto, cuál va ser su respuesta, existe un compromiso desde enfermería, se necesitan nuestras intervenciones para dar apoyo al estudiantado y desde la sede existen fortalezas (Gutiérrez, 2018).

A raíz de la discusión durante la fase reflexiva, Gutiérrez -como parte del comité asesor- sugirió plantear en una propuesta como futuras profesionales de enfermería ante los datos recabados en el proceso investigativo, comentario a partir del que se decidió plantear una propuesta educativa basada en temas prioritarios, basados en el desconocimiento y prácticas del voluntariado.

Presentación de los hallazgos a los participantes del seminario de graduación e impresiones de las personas participantes

En este apartado se muestra las principales impresiones brindadas por las personas residentes como parte del proceso de devolución de los resultados de este seminario de graduación. La convocatoria a la actividad se realizó mediante llamadas telefónicas, correo electrónico y mensaje de texto: inicialmente ocho personas confirmaron asistencia.

La presentación de la información se llevó a cabo el día 15 de marzo a las 5 pm en las instalaciones de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente en el aula 206, en total asistieron los participantes 2, 3 y 4. Durante la exposición, se contó con la presencia de la Licda. Karel Malespín Álvarez, directora de este seminario de graduación.

Del total de los resultados, se seleccionó los hallazgos más representativos sin hacer alusión a aquellas características o casos específicos que pudieran comprometer los principios bioéticos implementados durante todo el proceso de investigación. La información se organizó según los requisitos universales de autocuidado establecidos por Dorothea Orem mediante una presentación power point®.

Asimismo, se instó a las personas residentes a expresar su criterio durante el desarrollo de la exposición, se planteó preguntas generadoras al concluir cada requisito universal de autocuidado, con el fin de enriquecer el análisis del seminario con la perspectiva de las personas implicadas durante el proceso.

Para iniciar, se presentó la información sobre el conocimiento y prácticas referentes a la ingesta de suficiente aire, así como del consumo de líquidos, en específico conocimiento sobre la importancia de la ingesta, los que brindan más beneficios, así como de las prácticas de consumo: al respecto, las personas jóvenes no agregaron ningún a consideración.

Luego se abordó el requisito de la ingesta de alimentos: se presentó los hallazgos sobre el conocimiento y las prácticas de los tiempos de alimentación sobre el que se realizó un conversatorio en el que la persona participante 3 expresó: “*¿entonces no es tan cierto que uno tiene que desayunar así un montón? [gesticula con sus manos para delimitar una porción abundante]*” a lo que el participante 2 comentó “*yo pienso que apenas está arrancando el metabolismo, entonces echarle un montón de comida no es bueno*”.

En el conversatorio, las investigadoras aclararon las dudas de la persona participante 3 al referirse a la distribución del círculo de la alimentación y desmitificar la creencia de que la primera comida debe estar compuesta por una gran cantidad de alimento. En torno a tales ideas, la situación responde a las construcciones sociales que se presentan en torno a la alimentación, lo cual evidencia la necesidad de realizar un proceso educativo que permita a las personas residentes actualizar el conocimiento que poseen y mejorar las prácticas de autocuidado.

Además, al mencionar los alimentos consumidos por el voluntariado, la persona participante 3 manifiesta que el tiempo es un obstáculo para llevar a cabo el proceso de preparación, por lo que Malespín (2018), plantea la posibilidad de ingerir alimentos de

fácil cocción en los tiempos de alimentación que la estudiante suele saltarse. Lo anterior corresponde a una de las vivencias identificadas en el desarrollo del seminario de graduación: la priorización de los deberes académicos versus la realización de los cinco tiempos de alimentación sugeridos.

Para concluir con este requisito, se consultó a las personas residentes sobre las propuestas que se podrían implementar en el Programa de Residencias Estudiantiles, relacionadas con el tema de la ingesta de alimentos y se obtuvo lo siguiente:

tal vez ese conocimiento de cómo puedo hacer yo para alimentarme bien, porque sí he notado que muchas veces uno elige eso, el arroz y las papas, los fideos y papas y eso entonces, yo siento que muchas veces es parte de ese desconocimiento que uno tiene, aunque tanto me digan o tanto pase; pero cuando uno se enfrenta a la realidad, uno no sabe cómo enfrentarse a esa manera rápida de cocinar, entonces sí, es como de explicar, como decirlo, como un consejo sería buscar esas maneras, de lo que ustedes nos dicen, de alimentos que son fáciles y nutritivos y que no requieren... por uno piensa que alimentarse sano se lleva un montón de tiempo preparando cosas hacer la comida demasiado... verdad pero no es así (participante 2).

Sí, yo concuerdo mucho con lo que está diciendo el compañero, la verdad es cierto yo cuando entré comía en la casa, la verdad no es como que tengamos mucho, pero uno siempre tiene la costumbre del arroz y frijoles y yo no puedo comer fideos sin el arroz y los frijoles, pero tal vez como dice usted esos tipos de alimentos fáciles de preparar, más que todo uno que está en la U [universidad], que poco tiempo tiene para eso ¿y cómo hace? Y más que todo eso de quitar todos

esos dichos esas manías que uno tiene de que hay que desayunar como un rey, almorzar como... porque a veces uno dice “tengo que desayunar bien, bastante”, entonces ir eliminando como esas cosas (participante 3).

Estas afirmaciones evidencian la necesidad que perciben las personas participantes sobre temas relacionados con alimentación, así como las dificultades en el periodo de transición de la ingesta en el hogar de procedencia a la autogestión de este proceso que implica el ingreso al Programa de Residencias, entre lo que se destaca las dificultades para lograr una dieta variada y saludable. Por lo anterior, la intervención desde enfermería representa un aspecto fundamental, debido a que sus profesionales cuentan con las estrategias y conocimiento necesarios para desarrollar un programa educativo en la población residente, el cual responda a las situaciones identificadas en este seminario de graduación.

En la siguiente actividad se procedió con el requisito de provisión de cuidados para los procesos de evacuación y excreción, es específico, el conocimiento sobre los alimentos que contribuyen al tránsito intestinal y la presencia de infecciones urinarias.

De igual forma, se mencionó los hallazgos sobre las horas de sueño, realización de actividades físicas y recreativas y se enfatizó en los motivos de no ejecución de acciones de alto impacto para el cuerpo: los residentes nuevamente expresaron la relación entre práctica de estas y los deberes académicos dentro de las que, el factor tiempo y la calendarización de las lecciones se constituyen en las principales limitantes:

Yo hago el intento, yo empiezo eso y duro como tres días y dejo de ir, porque no tengo el hábito, hay veces que sí, cuesta mucho hay como que hacerle el esfuerzo, y sí da pereza, en la mañana a veces uno tiene clases en la tarde, no solo en la mañana es como buscar la manera de hacerlo (participante 3).

Además, las personas estudiantes comentaron que, desde el Programa de Residencias, en concreto desde el Comité de Deportes y Recreación, se llevan a cabo actividades; sin embargo, la participación es escasa por lo que apuntan a la necesidad de promover la integración en las actividades:

por ejemplo, el año pasado creo que con una de las muchachas que están a cargo se hacía una actividad de frisbee entonces llegan a la cancha y los residentes que iban otras de la mañana y jugaban con el platillo y daban merienda, era como una vez a la semana y entonces pasó lo que la compañera dice, ya por horarios empieza a bajar la gente y últimamente ya no es factible llevar un grupo y hacer la actividad y entonces ese espacio se cerró; en el año pasado también se traían esos señores para hacer ejercicio, hacían como un ejercicio así como no sé cómo Zumba®, entonces yo creo que lo que se necesita es como más motivación, hay que motivarlos más, yo he visto como que las muchachas [quienes forman parte del Comité de Deportes del Programa de Residencias] sí están como organizando, pero no llega gente (participante 2).

Tal como se evidencia, la motivación representa un punto fundamental para la práctica de toda actividad, motivo por el que se requiere emplear un enfoque diferente al actual

para propiciar la participación del estudiantado en las actividades planeadas y, de esta manera, beneficiar la salud y desarrollo humano de las personas residentes.

Posteriormente, el conversatorio se dirigió a analizar las características de la higiene del sueño, tema sobre el que las personas participantes hacen mención a la convivencia grupal y a las particularidades estructurales del edificio que generan un efecto negativo. Al respecto, una persona participante comenta:

A mí lo que me parece es que el espacio se presta mucho para la social y gran parte de ese espacio se encuentra en la noche, en la noche la gente cocina habla y después de la cena se quedan jugando, hablando en el espacio ese de recreación ahí, es el aspecto de que a uno se le va el tiempo porque está ahí relajado y todo porque puede estar mucho tiempo y cuando se da cuenta son las once, once y media, a veces a mí me pasa también (participante 2).

A partir de esta afirmación se extrae que el socializar con otros puede representar un factor que media el equilibrio entre actividad y descanso en los estudiantes, elementos relevantes para el ser humano; no obstante, es necesario dotarlos de igual importancia, debido a que sus beneficios influyen en diferentes áreas, las cuales dan un sentido de integralidad que propicia el desarrollo integral de la persona.

En cuanto a la distribución del espacio en residencias, una persona agregó:

Algo que se me olvidaba era eso de los compañeros de cuarto y si el compañero también es de repente alguien que le gusta dormirse hasta tarde y llega a las once

y abre y cierra la puerta y uno no puede dormir hasta que en el cuarto esté en silencio o a esa persona le gusta tener las luces encendidas del cuarto de él y sale a cocinar y es mucha luz, por ejemplo, yo tengo el sueño muy liviano y me cuesta mucho dormirme así (participante 2).

La anterior afirmación ilustra un aspecto relatado por los participantes y que dificulta conciliar el sueño, debido a la particularidad de las habitaciones compartidas por varios estudiantes, por tanto, se plantea analizar la situación considerando las características personales y los horarios de clases, así como establecer parámetros para realizar las labores diarias, alimentación, deberes académicos y la socialización, ya que pueden originarse vivencias que afecten las relaciones interpersonales y la higiene de sueño.

En cuanto a los hallazgos relativos al consumo de drogas, el principal aporte de las personas residentes es el siguiente:

Primero, en la entrevista de ingreso cerrar la puerta [hace referencia a que durante la entrevista al ingresar al Programa de Residencias esta se desarrolla con la puerta abierta], tal vez no sé qué haya gente capacitada para... no sé qué la gente sepa sobre el tema, porque la persona que tuvieron que tratar el año pasado [pausa]... no se le dio... hay cosas que uno sabe que no se deben de hacer se hicieron, uno que no es especialista en el tema sabe que no van (participante 4).

Como se evidencia en las palabras de la persona participante 4, es fundamental que al tratar dicho tema prime la confidencialidad y privacidad que garantice la apertura de los universitarios para relatar aquellos aspectos que se constituirían en una conducta de riesgo y que atenten contra el bienestar y salud de la persona. De igual forma, el comentario alude al abordaje terapéutico de las personas que presentan adicción a sustancias psicoactivas y forman parte del Programa de Residencias, del que se enfatiza las características del proceso implementado durante el año anterior.

En torno al tema, el tratamiento de las personas consumidoras de drogas debe ser visualizado como un trabajo de muchas disciplinas desde las que se aúna esfuerzos y se interviene, cada una desde su campo de acción y objeto de estudio con el fin de dotar de herramientas para cesar el consumo de drogas.

A partir de la devolución de resultados, se establece el criterio y opinión de algunas personas participantes del seminario de graduación sobre elementos que forman parte del autocuidado. Asimismo, es necesario destacar la limitada asistencia a la actividad, aun cuando el proceso de divulgación empleó diversos medios.

Finalmente, es importante recalcar el conocimiento de las personas participantes sobre la relevancia de un proceso de educación acerca de los temas tratados en las entrevistas, acción que requiere un profundo análisis e introspección que permita a la persona determinar la necesidad de autocuidado y encontrarse en la fase de acción de autocuidado.

Capítulo V

Conclusiones

En el presente apartado se exponen distintas conclusiones que responden a los objetivos específicos planteados para el desarrollo de este proceso investigativo.

Primero, se presentan los aspectos más destacables sobre el perfil sociodemográfico del estudiantado participante:

- Las personas participantes poseen edades entre los 18 y 24 años; de igual manera, el estado civil predominante es la soltería, lo cual concuerda con la etapa del ciclo vital del ser humano en la que se encuentran y la transición de roles, la cual se orienta más a las responsabilidades académicas, adquirir mayor independencia y no a la conformación de una familia.
- En cuanto al lugar de procedencia, el Programa de Residencias Estudiantiles cumple la función de brindar oportunidades a las personas que provienen de diferentes zonas alejadas del país y que cuentan con vulnerabilidad socioeconómica, debido a que la mayoría son familias conyugales nucleares con un número considerable de integrantes, donde al menos una persona posee trabajo remunerado. Además, todo el estudiantado cuenta con beca socioeconómica de la Universidad de Costa Rica y gran parte recibe beneficio de FONABE lo cual demuestra que según estudios socioeconómicos de estas instancias su núcleo familiar es acreedor de dichas ayudas económicas.

En torno al autocuidado, a continuación, se muestra las principales conclusiones:

- En lo que respecta a la importancia de ingerir líquidos y agua, el conocimiento es variado, ya que -en su mayoría- se obtuvo respuestas válidas que apuntan en su mayoría

a procesos fisiológicos perceptibles por las personas residentes. De igual forma, los universitarios brindaron respuestas distintas y acertadas sobre las bebidas más beneficiosas, entre las que incluyen el agua. En cuanto a los tiempos de alimentación recomendados, se puede concluir que la mayoría de los estudiantes voluntarios poseen conocimiento.

- Las personas participantes cuentan con conocimiento sobre el patrón defecación basado en aspectos vivenciales. Asimismo, al indagar sobre los alimentos que son beneficiosos para el tránsito intestinal, se obtiene que la mayoría de las personas participantes alude a frutas y alimentos con contenido de fibra que facilitan el tránsito intestinal.

- Respecto a la excreta de la orina, los participantes reconocen su importancia, así como, características fisiológicas de esta.

- Acerca de las horas de sueño, la mayoría de participantes se acerca al promedio indicado por la literatura.

- En torno a la higiene del sueño, hay mitos como el de reponer las horas de sueño diarias durante los fines de semana o en día, al aludir que “el cuerpo está acostumbrado”.

- En lo concerniente al concepto de *redes de apoyo*, en términos generales el estudiantado posee conocimiento.

- En términos generales, todas las personas participantes identifican los métodos de anticoncepción y los de barrera, además poseen conocimiento sobre su función la cual radica en la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Las personas participantes reconocen la importancia de las relaciones interpersonales, la autoestima y la autoimagen en el desarrollo humano.
- Acerca de la definición de *autocuidado*, la totalidad de los estudiantes tienen conocimiento.
- Finalmente, se evidencia desconocimiento de los participantes en cuanto a requisitos de autocuidado, no solo por las respuestas del tipo “no sé” o la evasión de preguntas sino porque, en el caso de la ventilación de los espacios interiores, se asocia de forma errónea con espacios abiertos. De igual manera, se evidencia un conocimiento insuficiente sobre el cepillado de dientes y el lavado de manos.
- El estudiantado no posee conocimiento concreto sobre drogas y sus efectos, las ITS, los métodos anticonceptivos, el autoexamen de mama y testicular, tampoco de los exámenes diagnósticos como lo citología vaginal y de pene, lo cual implica un riesgo para la salud de las personas residentes participantes; por ende, se requiere estrategias que incentiven a la persona estudiante a pensar de forma crítica sobre el saber y su relación con las prácticas de autocuidado.

En lo que respecta a las prácticas de autocuidado ejecutadas por los participantes, se destaca lo siguiente:

- La mayoría de las personas adaptan sus hábitos de alimentación y sueño al ingresar al ambiente universitario, lo cual se puede asociar con una irrupción entre el control parental, el manejo del tiempo y dinero, el gasto de energía que implica el mantenimiento de estos requisitos relacionados, la cual afecta el autocuidado de los residentes.
- Existe un consumo bebidas con azúcar agregada a tomar en consideración, aunado a la omisión de tiempos de alimentación establecidos, el no ingerir frutas y verduras según lo recomendado principalmente al aumentar la carga académica durante el semestre, puede afectar la salud de manera negativa conllevando a la aparición de enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) a futuro.
- Cabe destacar que, a pesar del conocimiento relacionado con la importancia de los diferentes alimentos, elementos como la autogestión de su propia alimentación, las dificultades al compartir el espacio de cocina en residencias y el manejo del tiempo, obstaculizan la aplicación del saber en su práctica.
- El almacenamiento de alimentos no perecederos en contacto con el suelo constituye un factor de riesgo de presentar enfermedades de transmisión alimentaria (ETA).
- Respecto de los patrones de defecación, los intervalos mencionados coinciden con los parámetros establecidos por estudios.

- No es posible establecer una frecuencia de micción específica en los participantes de este seminario; no obstante, la relación mencionada por las personas estudiantes sobre la ingesta de líquidos y la excreción genera un parámetro válido.
- En relación con el sueño, la práctica de las personas participantes puede aumentar la probabilidad de presentar alteraciones en su salud tanto a corto como a largo plazo, las cuales afectarían su rendimiento académico.
- La mayoría de personas participantes realizan actividad física, contribuyendo positivamente a su salud, quienes no practican dichas actividades mencionan varias causas asociados a la desmotivación.
- En torno a las relaciones interpersonales el estudiantado mantiene “buenas relaciones” con sus familiares y las demás personas participantes.
- La mayoría de entrevistados consumen una o más drogas, principalmente como parte de sus procesos de socialización, quienes consumen sustancias psicoactivas con mayor frecuencia son quienes refieren que esto se realiza en circunstancias de estrés, por ende desde su vivencia es considerado como un mecanismo de afrontamiento.
- La mayoría del estudiantado es sexualmente activo y utilizan como método anticonceptivo principalmente el condón masculino y los fármacos orales con sus parejas.

- Los participantes reconocen que existen diferentes motivos por los cuales llevan a cabo prácticas sexuales coitales, entre los que se encuentran la obtención de placer, la vivencia de la relación de pareja.
- La práctica de autocuidado de los participantes respecto a la detección temprana de enfermedades es ineficaz.
- Por distintos motivos, entre los que figura la ausencia del seguro médico, el grupo de residentes no acude a los centros de salud a recibir atención.
- Los participantes presentan una incongruencia en cuanto a su conocimiento y práctica de hábitos de higiene porque, los conocen, pero no los practican de manera eficaz.
- La participación en grupos de promoción de la salud es escasa lo cual podría repercutir en el cómo afrontan las circunstancias cotidianas ya que, formar parte de grupos, así como la participación religiosa se en constituyen factores protectores de la salud integral del individuo.
- En cuanto a las prácticas de autocuidado, se distingue hábitos que afectan de manera negativa la salud, por lo que es imprescindible que mejoren su capacidad de agencia de autocuidado: un recurso para lograrlo es mediante el sistema sustentador educativo de Orem (1983), y a través de acciones ejecutadas por el personal de enfermería en cuanto a brindar herramientas referentes al conocimiento, cuyo fin es que el individuo sea capaz de agenciar su autocuidado, lo cual destaca cuán importante es la participación del profesional en enfermería no solo en su quehacer diario, sino en el Programa de

Residencias Estudiantiles, para que implemente actividades que mejoren la calidad de vida por medio de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto a nivel individual como colectivo.

Por otra parte, en cuanto a las impresiones obtenidas del grupo de profesionales que participó en el foro concerniente a la fase reflexiva de este Seminario de graduación, se concluye lo siguiente:

- Para que toda intervención con las personas universitarias trascienda, esta no debe focalizarse en un cambio de decisiones impuesto, ni tampoco posicionarse desde una relación vertical con las personas involucradas, sino brindar información para generar pensamiento crítico que, en primera instancia, motive al estudiante a realizar cambios, para que luego su rutina sobrepase un gasto de energía.
- Las intervenciones nutricionales brindadas por la Universidad de Costa Rica, referidas por las profesionales participantes en la fase reflexiva, no fueron mencionadas por ningún voluntario de este Seminario de graduación, a lo que se suma que la divulgación del material es escasa y que este es poco atractivo para la población universitaria, por lo que no incentiva la consolidación del autocuidado.
- Las personas residentes que participaron en la devolución de resultados son capaces de reconocer la necesidad de intervenciones, principalmente en el área de la alimentación, lo cual concuerda con las sugerencias de las profesionales que participaron en la fase reflexiva.

Recomendaciones

A continuación, se brinda recomendaciones a distintas entidades:

A la Coordinación de Vida Estudiantil de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, recinto San Ramón se recomienda:

- Intervenir de manera activa en temas de alimentación, sueño, consumo y abuso de drogas de los residentes, debido a que todos estos aspectos repercuten en la salud, la calidad de vida y el desempeño académico de los universitarios, lo que puede generar deserción y, por ende, pérdidas económicas para la universidad, específicamente en el Programa de Residencias.
- Ahondar en investigaciones futuras sobre las causas por las cuales la población universitaria inicia con el consumo de drogas, para planificar estrategias que prioricen los temas por trabajar con este grupo etario en el Programa de Residencias de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente.
- Incluir en las intervenciones con la población del Programa de Residencias Estudiantiles los aspectos alimenticios considerados en el seminario, para lo que se plantea elaborar representaciones gráficas del consumo ideal de las bebidas azucaradas y los requerimientos sugeridos por organizaciones nutricionales, ya sea por medio de la colocación de infograffias o pizarras informativas para generar educación pasiva.

- Concretar alianzas con actores sociales, individuos proactivos de la comunidad o profesionales de la sede que deseen participar de la educación de las personas residentes, a través de temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Incorporar un profesional de enfermería en el Programa de Residencias dado que, desde una perspectiva holística podría realizar intervenciones orientadas a reforzar el autocuidado de las personas universitarias desde la Teoría General de Enfermería, de manera que facilite el desarrollo de sus etapas al brindar soporte teórico para el accionar de las personas residentes.
- Solicitar a un profesional en enfermería que aplique el programa educativo en autocuidado para la salud dirigido a las personas residentes, el cual fue elaborado por las investigadoras y entregado a la Coordinación de Vida Estudiantil de la Universidad de Costa Rica, Sede Occidente.

A los estudiantes del Programa de Residencias, se recomienda:

- Sugerir al Programa de Residencias Estudiantiles actividades que fortalezca la adquisición de conocimiento para desarrollar prácticas en pro de la salud, puesto que se evidenció desconocimiento al respecto.
- Llevar a cabo una práctica congruente con el conocimiento, dado que se identificó que anejan alguna información sobre cómo agenciar de manera correcta la higiene del sueño, los tiempos alimenticios, la actividad física, la prevención de ITS y la higiene.

- Considerar a todo el personal de Vida Estudiantil como red de apoyo, debido a que está integrado no solo por las funcionarias de trabajo social y psicología del Programa de Residencias, sino que se trata de un equipo capacitado, el cual se constituye en una red de apoyo institucional accesible para todos los universitarios.
- No postergar la necesidad de excretar heces u orina, ya que repercute en la salud a corto plazo y provoca trastornos como el estreñimiento y las infecciones urinarias.

A la Oficina de Salud de la Sede de Occidente, se recomienda

- Organizar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedad basadas en las necesidades detectadas en este seminario de graduación.
- Tratar temas sobre autocuidado que incluyan estilos de vida saludable, sexualidad, afectividad, prevención de consumo de drogas, entre otros, con el fin de prevenir la incidencia en conductas de riesgo en las personas residentes.

A la carrera de Enfermería, se recomienda

- Desarrollar investigación en la población residente, de manera que se genere conocimiento que fortalezca el desarrollo profesional en enfermería y permita mejorar la atención brindada por el Programa de Residencias.
- Llevar a cabo acciones que permitan el mejoramiento de la capacidad de agencia de autocuidado y de la salud en general, por medio de actividades del módulo *intervención*

de enfermería con la adolescencia, puesto que las personas residentes se enmarcan en ese grupo etario.

Alcances y limitaciones del Seminario de graduación

En el siguiente apartado, se describe los alcances cumplidos mediante la elaboración y la finalización del seminario, a partir de la contribución y el crecimiento en el área investigativa de la carrera de enfermería de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, recinto San Ramón. Por otra parte, se plasma las limitaciones surgidas del proceso de una investigación.

Alcances

En relación con los alcances, se realiza una propuesta de intervención educativa de Enfermería a partir de la teorizante Orem, la cual puede ser dirigida a todas las personas residentes, ya que incluye temas básicos de los requisitos universales de autocuidado, además de que es reproducible, práctico y de bajo costo económico.

Luego, se cumplió con el derecho de las personas participantes en cuanto a devolver la información recabada, como parte del compromiso con los residentes considerado en los principios de bioética, basados en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica (9234). Asimismo, mediante la devolución de los resultados a las personas participantes implicados, se logró orientar a una pequeña cantidad del estudiantado inscrito en el Programa de Residencias Estudiantiles, con el fin de que conciencien respecto de la importancia del autocuidado, así como aclarar vacíos de información en cuanto a temas de salud.

Por otra parte, a través del seminario de graduación se expone a las personas que trabajan en la Coordinación de Vida Estudiantil, las necesidades de educación en materia de salud, como parte del autocuidado de los estudiantes inscritos en el Programa de Residencias estudiantiles.

De la misma forma, desde este seminario se evidencia la importancia de que exista un profesional de enfermería que labore dentro de las instalaciones de residencias, como estrategia en la promoción de la salud y prevención de enfermedades de los estudiantes universitarios.

Para finalizar, este seminario de graduación permite dar a la Carrera de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, un aporte en el área investigativa en la población universitaria y una proyección de la importancia de esta carrera en la sede y región de Occidente, la cual posibilita continuar la temática escogida, así como nuevas investigaciones dentro del campus de la universidad. Este objetivo se cumplirá a través de la fase informativa que consiste en la divulgación de los resultados obtenidos de este seminario por medio de la defensa del trabajo final de graduación, a la que están invitados los funcionarios de la Dirección de la Sede de Occidente y la Coordinación de Vida Estudiantil, así como al personal implicado en el Programa de Residencias Estudiantiles y a los estudiantes que reciben el beneficio del programa.

Limitaciones

En primer lugar, se dificultó promover la participación del estudiantado inscrito en el Programa de Residencias Estudiantiles, como población participante de interés para el seminario de graduación, debido a la escasa respuesta de las personas residentes a través de los medios de comunicación utilizados, tales como el correo electrónico, los mensajes de texto y las llamadas telefónicas.

De igual manera, el factor tiempo obstaculizó el cumplimiento de las actividades agendadas para este seminario, debido a un retraso en la ejecución ocasionado por los procesos administrativos por parte del Comité Ético Científico (CEC) de la Universidad de Costa Rica, el cual influyó en la ampliación del plazo para la finalizar el seminario, porque se debió esperar más tiempo de lo propuesto por parte del CEC, para obtener los documentos necesarios que avalaban la correcta ejecución del trabajo presentado.

Bibliografía

- Álvarez, L. (2009). Determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia Política en Salud* 8(17), 69-79. Bogotá Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
- Álvarez, L., Cuevas, R. Lara, A., González, J. (2015). Diferencias del autoconcepto físico en practicantes y no practicantes de actividad física en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Psicología del Deporte* 15, (2), pp. 27-33. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2270/227041129004.pdf>
- Álvarez, S., Muñoz, T. (2016). *Calidad del sueño y rendimiento académico en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca marzo-agosto 2015* (Tesis de pregrado). Universidad de la Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25328>
- American Cancer Society. (2016) ¿Tengo cáncer de testículo? Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-testiculo/tengo-cancer-de-testiculo.html>
- American Sleep Association (ASA). (2017). How long should I nap? Recuperado de <https://www.sleepassociation.org/get-better-sleep/how-long-should-i-nap/>
- American Sleep Association (ASA). (2017). Scientists find the insomnia gene. Recuperado de <https://www.sleepassociation.org/sleep-health/scientists-find-insomnia-gene/>
- Amra, B., Shahsavari, A., Shayan-Moghadam, R., Mirheli, O., Moradi-Khaniabadi, B., Bazukar, M., Kelishadi, R. (2017). The Association of sleep and late-night cell

- phone use among adolescents. *Journal of Pediatrics*, (93), 6. doi.
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021755717301511>
- Andrade, C. (2017). Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en estudiantes del colegio bachillerato Atahualpa cantón Machala (Tesis de grado). Universidad Nacional de Loja. Loja: Ecuador. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19734/1/TESIS%20INES%20ANDRADE.pdf>
- Arévalo, A., Rodríguez, Y. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de testículo en estudiantes de la facultad ciencias de la salud, Universidad Popular del César, Valledupar, 2016- II* (Tesis de grado). Universidad Popular del César. Colombia.
- Arévalo, S., Oliva, F. (2015). Consumo de drogas y percepción de Riesgo en Jóvenes del CU Valles de la U. de G. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* 5, (10). Recuperado de <http://ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/201/884>
- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC). (2015). Guía de prevención del cáncer de cuello de útero 2014. Publicaciones SEGO. España. Recuperado de http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/01/AEPCC_revista02.pdf
- Assaad, S., Costanian, C. Haddad, G. Tannous, F. (2014). Sleep patterns and disorders among university students in Lebanon. *Journal of Research in Health Sciences*. 14(3).198-204. Recuperado de <http://ri.uaq.mx/handle/12345Sleep>

Ávalos, E., Bolaños, L. (2016). *Relación entre el maltrato emocional y las relaciones interpersonales en los estudiantes de tercer ciclo del centro escolar República de Costa Rica en la ciudad de San Salvador* (Tesis de grado). Universidad de El Salvador. San Salvador, El Salvador. Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/12126/1/14102900.pdf>

Ávila, M. (2009). *Hacia una nueva salud pública: determinantes de la salud. Acta médica costarricense*. Colegio de Médicos y Cirujanos. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>

AXA Health Keeper. (2018). Diez grandes consejos para mejorar la autoestima. Recuperado de <https://www.axahealthkeeper.com/blog/10-grandes-consejos-para-mejorar-tu-autoestima/>

Báez, F., Zenteno, M., Flores, M., Rugerio, M. (2013). Capacidades, acciones de autocuidado e indicadores de salud en adultos jóvenes universitarios de enfermería. *Revista Cultura del Cuidado*, 9 (2): pp. 10-21. Recuperado de <http://unilibrepereira.edu.co/publicaciones/index.php/cultura/article/view/76>

Bahamón, M., Vianchá, M., Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe* 31, (2), pp. 327-335.

Beltrán, M., Garay, J. (2016). Representaciones sociales de los métodos anticonceptivos. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud* 5, (10). Recuperado de: <http://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/43/191>

- Benítez, J. Gasca-Argueta, G. (2013). Modificación conductual en un caso de onicofagia. *Revista ADM*, 70, (3), pp. 151-153. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od133h.pdf>
- Benka, J. (2017). Mental Health & Prevention Autonomous self-regulation and different motivations for alcohol use among university students. *Mental Health & Prevention*. 7(January), pp.12–16. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.06.002>
- Bernal, B., Barrientos, E., Pérez, C. (2015). *Práctica adecuada de autoexamen de mama en mujeres de una localidad de Cartagena 2015* (Tesis de pregrado). Universidad de Cartagena, Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/2BgW1t2>
- Boggio, M. (2010). Las prácticas de autocuidado y actividades de la vida diaria en el adulto mayor. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2296/1/Las-practicas-de-autocuidado-y-actividades-de-la-vida-diaria-en-el-adulto-mayor>
- Bolin, R., Pate, M., Mcclintock, J. (2017) The impact of alcohol and marijuana use on academic achievement among college students. *The Social Science Journal*. 54(4), pp. 430-437. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soscij.2017.08.003>
- Builes, S. (2016). *La higiene personal como estilo de vida saludable ayudando en los procesos de socialización ene l aula de clase de los niños y niños de la UPA Popular N.º 1* (Tesis de grado). Universidad Minuto de Dios. Medellín, Columbia. Recuperado de http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/4825/TLPI_BuilesAngelSandraMilena_2016.pdf?sequence=1

- Butnariu, M. (2017). Study on the relationship between knowledge of nutrition rules, their application and Health. *Journal of Physical Education and Sport* 17, (5), 2261-2265. doi:10.7752/jpes.2017.s5240
- Campiño, S. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología vaginal en estudiantes universitarias. *Revista Cubana de Enfermería* 33, (3). Recuperado de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1307/284>
- Campo, C. y Solera, A. (2013). Efecto de diversas actividades físicas y deportivas sobre la autoeficacia de estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Actualidades Investigativas en Educación* 13(3), 1-17. Recuperado de <http://revista.inie.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/561/809>
- Canalizo, E. (2013). Guía de práctica: clínica diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social* 51.6. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im136t.pdf>
- Carvajal, G., Montenegro, J. (2015). Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería Global*, (40), pp. 340-350. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf>
- Castañeda-Narváez, J., Hernández-Orozco. (2016). Hand hygiene with solutions alcohol swabs. *Acta Pediátrica de México* 37, (6). doi://dx.doi.org/10.18233/apm37no6pp358-361
- Castaño, G., Arango, E., Morales, S., Rodríguez, A., Montoya, C. (2013). Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. *Revista Cubana de Pediatría* 85, (1), pp. 36-50. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v85n1/ped05113.pdf>

- Castillo, L., Yepes, M., Onatra, W. (2015). *Factores que intervienen en la realización del autoexamen de mama en la comunidad femenina de estudiantes del primer semestre de medicina humana de la UDCA campus norte calle 222 del periodo 2015-2* (tesis de grado). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/handle/11158/451>
- Ceballos, M., Álvarez, J., Silva, J., Mantilla., Uribe. (). Guía de disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología. *Urología Colombiana*. 24 (3). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-urologia-colombiana-398-articulo-guia-disfuncion-erectil-sociedad-colombiana-S0120789X15000167>
- Celada, A., Celada, C., Tárraga, M., Salmerón, R., Sarek, I., Tárraga, P. (2016). Factores influyentes en la aparición de disfunción eréctil. *Journal of Negative & No Positive Results 1*, (3), pp. 107-114. doi: 10.19230/jonnpr.2016.1.3.1024
- Centro Centroamericano de Población. (2018). Condición de hacinamiento según aposentos según estado físico de la vivienda [base de datos en línea], <https://censos.ccp.ucr.ac.cr/> [fecha de consulta: enero de 2018]
- Centro Centroamericano de Población. (2018). Número del hogar según ¿alguna persona de este hogar recibió bono de vivienda? [base de datos en línea], <https://censos.ccp.ucr.ac.cr/> [fecha de consulta: enero de 2018]
- Centro Centroamericano de Población. (2018). Número del hogar según tenencia de la vivienda, [base de datos en línea], <https://censos.ccp.ucr.ac.cr/> [fecha de consulta: enero de 2018]

- Centro Centroamericano de Población (2018). Número del hogar según la tipología familiar, [base de datos en línea], <https://censos.ccp.ucr.ac.cr/> [fecha de consulta: enero de 2018]
- Chernecky, C., Berger, B. (2013). *Laboratory Test and Diagnostic Procedures*. 6 ed. Philadelphia: United States. Saunders
- Choi, H. J., Lu, Y., Schulte, M., & Temple, J. R. (2018). Addictive Behaviors Adolescent substance use: Latent class and transition analysis, *Archives of Psychiatric Nursing*. 77(September 2017), 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.022>
- Comín, E. De la Fuente, I. y García, A. (s.f.). *Prevención del estrés y el riesgo para la salud*. Departamento de Prevención, España. Recuperado de <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>
- Consejo Universitario UCR (2003). *Reglamento de trabajo finales de graduación*. Disponible en http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf.
- Consejo Universitario, Universidad de Costa Rica (1980). Reglamento de trabajos finales de graduación (2713-17). Recuperado de http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf
- Contreras, F. (2016). Construcción y viviendas de las relaciones de pareja en los jóvenes estudiantes de las facultades de medicina, arquitectura, y administración de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades* 3, (2). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5757747.pdf>

- Del Campo, C. y Mercado, S. (s.a.). *Salud integral: desde la perspectiva biopsicosocial*. Instituto Tecnológico de Sonora. Recuperado de http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa10/salud_integral_desde_perspectiva_biO.P.S.icosocial/index.htm
- Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América. (1979). Informe de Belmont. Observatori de Bioètica i Dret. Parc Científic de Barcelona. Recuperado de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Dierker, L., Mendoza, W., Goodwin, R., Selya, A., & Rose, J. (2017). Addictive Behaviors Marijuana use disorder symptoms among recent onset marijuana users. *Addictive Behaviors*, 68, pp. 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.01.009>
- Díez, J., Morenos, M. (2015). *La soledad en España*. Madrid, España. Fundación ONCE, Fundación AXA. Recuperado de http://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf
- Duarte, E. Duarte, A. y Nedrick, G. (octubre, 2013). Programa de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida de atletas universitarios. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica* 25,1-13. Recuperado de <http://www.revenf.ucr.ac.cr/deporte.pdf>
- Duarte, E., Anderson, G. (2013). Programa de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida de atletas. *Revista Enfermería Actual* (25). Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/11838/11158>

- Durán, M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Revista Aquichan* 5(1), 86-95. Recuperado de www.Scielo.org.co/pdf/aquí/v5n1/v5n1a09.pdf
- Dussel, E. (1986). *Filosofía de la liberación*. Bogotá: USTA.
- Encalada, D. (2015). *Hábitos de higiene personal en niños y niñas de tres años de edad. guía didáctica sobre la importancia de la higiene personal dirigida a los padres y madres de familia del “Jardín Fiscal del Mundo de Amor” del distrito Metropolitano de Quito periodo 2014-2015*. (Tesis de grado). Instituto Tecnológico “Cordillera”. Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.cordillera.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/411/19-EDU-14-15-1725319584.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Escobar, J. Aristizábal, C. (2011). Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. *Revista Colombiana de Bioética* 6. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189222553006.pdf>
- Escobar, M. y Pico, M. (2013). Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011/Self-care in university students. Manizales, 2010-2011. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 31(2), 178-186. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/cba41ca5b0959b8c27e90c9ddb7b3782/1?q-origsite=gscholar>
- Fedullo, K., Hernández, K., Sánchez, A. (2015). Imagen corporal en jóvenes universitarios. *Psicología y Salud* 25, (1), pp. 25-29. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1336/2456>

- Feldman, M., Friedman, L., Brandt, L. (2015). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10 ed. United States. Saunders.
- Fernández, C., Rodríguez, S., Pérez, V., Córdova, A. (2016). Prácticas sexuales de riesgo y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes de educación media y superior. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16, (1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2016/muv161c.pdf>
- Fernández, M. y Meza, J. (2015). *Análisis de la apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado en la población adulta joven residente de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, mediante la escala de ASA en el año 2015*. Tesis para obtener el grado de Licenciatura. Universidad de Costa Rica, San Ramón.
- Ferrer-Pérez, V., Bosch-Fiol, E. (2014). The perception of sexual harassment at university. *International Journal of Social Psychology*, 29, pp 462-501. doi: <https://doi.org/10.1080/02134748.2014.972709>
- Fidler Mis, N., Braegger, C., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N. D., Fewtrell, M. (2017). Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 65(6), pp.681–696. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001733>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Galicia, España: Morata.
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). (2005). *Los hábitos de higiene*. Venezuela: UNICEF.

- Franco, I., Ejerskoy, C. (2017). Disorders of micturition and defecation. *Swaiman, K. Swaiman's Pediatric Neurology*. (pp. 1184-1192). United States, Elsevier Inc.
- Fuertes, G. (2014). Comprobación de que la secreción de endorfinas aumenta el umbral de dolor. Recuperado de <http://ies.rosachacel.colmenarviejo.educa.madrid.org/biolo/wp-content/uploads/Informe-de-la-pr%C3%A1ctica-11-Endorfinas.pdf>
- Gálvez, M., Rodríguez, L., Rodríguez, O. (2015). Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31, (2), 134-142. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2015/cmi152c.pdf>
- García, M., Cárdenas, L., Arana, B., Monroy, A., Hernández, Y., Salvador, C. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto Contexto Enfermería Florianópolis*. 20. pp. 74-80. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500009
- González, J. (2011). Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Medicina y seguridad del trabajo*. 57(222), 15 – 22. Recuperado de scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n222/especial2.pdf
- González, J., Rodríguez, L. (2014). Infección de vías urinarias en la infancia. *Protocolo de Diagnóstico Terapéutico de Pediatría*, 1, pp. 91-108. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_infeccion_vias_urinarias.pdf

- González, M., Vergara, J. (2012). *Percepciones sobre el estudio de casos, como estrategia de aprendizaje, en estudiantes de enfermería*. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100011
- Gutiérrez, J. Montoya, L. Toro, B., Briñón, M., Rosas, E. y Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES MEDICINA* 24. 1 p.8. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v24n1/v24n1a02.pdf>
- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E. y Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina* 24. 1 p.8. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v24n1/v24n1a02.pdf>
- Gutiérrez-Sandí, W., Lemos-Pires, T., Arochena-Hernández, A. (2016). Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la salud sexual del costarricense. Tema III. Hábitos sexuales y normativa legal. *Tecnología en Marcha*. 30, (1), pp. 55-66. doi: 10.18845/tm.v30i1.3084
- Guzmán, R., Pacheco, M. (2014). Comunicación familiar y desempeño académico en estudiantes universitarios. *Zona Próxima*, 20, pp. 79-91. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85331022008>
- Hayasaki, H., Saitoh, I., Nakakura-Ohshima, K., Hanasaki, M., Nakajima, T., Inada, E., Yamasaki, Y. (2014). Tooth brushing for oral prophylaxis. *Japanese Dental Science Review* 50, pp. 69-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdsr.2014.04.001> 1882-7616/#

- Hernández, F., Valdez, J., Aguilar, Y., Torres, M., González, N. (2016). Sentido de vida en Jóvenes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 19, (2), pp. 787-799. Recuperado de: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ª ed. México: Editorial McGraw-Hill
- Hernández, Y., Peláez, F., Serrano, A., Barros, S., Cedillo, M., Vanegas, O. (2017). Creencias, actitudes y prácticas en sexualidad en estudiantes de psicología clínica de la Universidad Católica de Cuenca. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20, (3), pp. 307-336. Recuperado de http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num3_monografico/Vol20No3Art17.pdf
- Hernández-Cruz, R., Moreno-Monsiváis, M., Cheverría-Rivera, Sofia., Díaz-Oviedo, A. (2017). Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. doi: 10.1590/1518-8345.1227.2877
- Hurtado de Mendoza, M., Veytia, M., Guadarrama, R., González-Forteza, C. (2017). Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios. *Nova Scientia*, 9, (19). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2033/203353519032.pdf>
- Hydration for Health Initiative (H4H). (2017). Agua e hidratación: bases fisiológicas en adultos. Recuperado de <https://www.h4hiniciative.com>
- Iksan, Z., Zakaria, E., Mohd, T., Osman, K., Choon, D., Diyana, S y Krish, P. (2012). Communication skills among university students. *Procedia-Social and*

Instituto Nacional de Estadística Costarricense. (2018). Características demográficas de la población y acceso a seguro social según zona y región de planificación, julio 2017. [base de datos en línea], <http://www.inec.go.cr/social/otros-temas-sociales>. [fecha de consulta: marzo de 2018].

Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (s.f.). *Prevalencia del consumo de alcohol*. Recuperado de <http://www.I.A.F.A..go.cr/investigacion/datos-en-breve/infograficos/99-prevalencia-del-consumo-de-alcohol.html>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencias. (2010). Encuesta nacional sobre consumo de drogas. Recuperado de <http://www.I.A.F.A..go.cr/images/descargables/conocimiento/encuestanacional2014/fasciculo-1-consumo-tabaco-16-mayo-2012-final.pdf>

Jiménez, L., Ostiguín, R. Bermúdez, A. (Julio-Sep 2009). El concepto de persona, como determinante del cuidado. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 6(3), 40-49. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/29939/27827>

Jiménez, S. y Hernández, J. (febrero, 2016). Actividad física y otros hábitos de vida de estudiantes de medicina de la Universidad de Costa Rica. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud* 14(1) 1- 14. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pem/article/view/19294/23604>

Kail, R., Cavanaugh, J. (2011). *Desarrollo Humano: una perspectiva del ciclo vital*. México D.F, México. Editorial Cengage Learning

- King, I. (1984). *Enfermería como profesión*. Balderas, México. Editorial LIMUSA
- Kumar, S., Tadadamadla, J., Johnson, N.W. (2016). Individuals who brush their teeth infrequently may be at greater risk for new carious lesions. *The Journal of evidence-based dental practice*. 95(11) pp.51-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jebdp.2017.01.010>
- Laboratorio Nacional Lawrence Berkeley. (2018). *Some disadvantages of increased ventilation*. Berkeley Lab. U.S Department of Energy National. Recuperado de <https://iaqscience.lbl.gov/vent-disadvantages>
- Lacunza, A., Contini, E. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Psicodebate*. 16 (21), pp. 73-94. doi: <dx.doi.org/10.18682/pd.v16i2.598>
- Leiva, V., Cubillo, K., Villalobos, B., Hernández, M., y Araya, M. (2015). *Manual para la aplicación y uso de la escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado ASA*. San José, Costa Rica: Editorial SIEDIN
- Leung, C., DiMatteo, G., Gosliner, W., Ritchie, L. (2018). Sugar-Sweetened Beverage and Water Intake in Relation to Diet Quality in U.S Children. *American Journal of Preventive Medicine*. (17). 1-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.11.005>
- Loría, T. (2014). *Caracterización de los estilos de vida, nivel de actividad física y prevalencia de obesidad en la población estudiantil de la Sede de Occidente, de la Universidad de Costa Rica: Aporte para un plan de intervención*. Tesis para optar por el grado de maestría. Universidad de Costa Rica, San Ramón. Recuperado de <http://kimuk.conare.ac.cr/>

- Lucero, M., Baldi, G., Molina, A. (2016). *Relaciones interpersonales y resolución de problemas sociales en estudiantes universitarios*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-044/933.pdf>
- Macahuachi, R., Mestanza, Y. (2017). *Modificación de hábitos de higiene en preescolares de un Pronoei-Ferreñafe 2016* (Tesis de grado). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1278/BC-TES-TMP-111.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mahan, K., Escott-Stump, S., Raymond, J. (2013). *Krause Dietoterapia*. 13 ed. Barcelona, España: Elsevier Inc.
- Mantzari, E., Hollands, G. J., Pechey, R., Jebb, S., Marteau, T. M. (2017). Impact of bottle size on in-home consumption of sugar-sweetened beverages: A feasibility and acceptability study. *BMC Public Health*, 17(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4214-y>
- Marriner, A. (1995). *Modelos y teorías en Enfermería*. 3ª ed. Madrid España: editorial Mosby/Doyma Libros
- Mayo Clinic. (2017). Urine color. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/urine-color/symptoms-causes/syc-20367333>
- Mearin, F., Balboa, A., Montoro, M. (2012). Estreñimiento. En García, J., Montoro, M. 2 ed. Gastroenterología y Hepatología. *Problemas comunes en la práctica clínica*

(pp. 147-170). Madrid, España: Jarpyo Editores, S.A. Recuperado de http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudaspracticass/08_Estre%C3%Blimiento.pdf

Mercado, C., Calvillo, D., Mariel, J. (2017). Onicofagia la mala costumbre de comerse las uñas. *Ciencia cierta*, (50), pp. 1-3. Recuperado de <http://www.cienciacierta.uadec.mx/articulos/cc50/onico.pdf>

Ministerio de Salud de Costa Rica (2010). Hábitos higiénicos. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/material-educativo/salud-habitos-de-higiene-y-otros/76-habitos-higienicos/file>

Ministerio de Salud y Ministerio de Deporte y Recreación. (2011). Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/1164-plan-nacional-de-actividad-fisica-y-salud-2011-2021/file>

Ministerio de Salud. (2011). *Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes (PENSPA) 2010-2018*. I ed. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/1040-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2010-2018/file>

Ministerio de Salud. (2014). *Análisis de Situación de Salud Costa Rica*. Dirección de Vigilancia de la Salud. San José, Costa Rica. Recuperado de

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>

Ministerio de Salud. Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias para Costa Rica. (2011). *Guías Alimentarias para Costa Rica*. Segunda edición. Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guia_alimentarias_2011_completo.pdf

Ministerio de Salud: Presidencia de la Nación. (2016). Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones para equipos de salud. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000111cnt-2016-09_cuadernillo-anal.pdf

Molina, N. (2013). La bioética: sus principios, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. *Revista Colombiana de Bioética* 8.2. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852003.pdf>

Molina, N. Pérez, I. (2006). El clima de relaciones interpersonales en el aula un caso de estudio. *Revista Paradigma*, 27 (2). Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000200010

Molina, N. Pérez, I. (2006, 15 de octubre). El clima de relaciones interpersonales en el aula un caso de estudio. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1011-22512006000200010

- Monje, C. (2011), *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Universidad Surcolombiana. Recuperado de <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>
- Monterrosa, A., Ulloque, L., Carriazo, S. (2014). Calidad del dormir, insomnio y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Revista Duazary 11*, (2), pp. 85-97. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.814>
- Mora, D., Chamizo, H. (2007). Estudio exploratorio-ecológico sobre las concentraciones de sales de calcio en el agua para consumo humano y la litiasis renal en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública 16*(31). Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v16n31/3747.pdf>
- Moreno, J, Riobó, P., Salas, J. (2011). *Importancia del agua en la hidratación de la población española: documento FESNAD 2010. Nutrición Hospitalaria*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n1/articulos_especiales_3.pdf
- Mouriño, R., Espinosa, P. y Moreno, L. (2015). El conocimiento científico. *Revista Riesgo en la Comunidad*. UNAM, México. Recuperado de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wpcontent/uploads/2015/11/conocimiento-investigacion.pdf>
- Naranjo, Y., Concepción, J., Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana 19*, (3). Recuperado de <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129/html>

- Nava, M. (2010). La calidad de vida: análisis multidimensional. *Revista Enfermería Neurológica*, 11(3), 129-137. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
- Navas, L., Soriano, J. (2016). Análisis de los motivos para practicar o no actividades físicas extracurriculares y su relación con el autoconcepto físico en estudiantes chilenos. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11, (1), pp. 69-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311143051008>
- Navas, N.T. (2015). *Los hábitos de higiene oral y su influencia en las Caries dental en niños de 6 a 9 años de edad de la escuela general Córdova, Huachi la Joya, cantón Ambato, periodo lectivo 2013 – 2014* (Proyecto para la obtención del Grado Académico de: Magister en Salud Pública). Universidad Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/821/1/TUAMSP008-2015.pdf>
- Neyro, J., Cristóbal, I., Celis-González, C., Gómez, M., Elorriaga, M., Lira-Plascencia, J. (2015). Mitos y realidades de los anticonceptivos reversibles de larga duración. *Ginecología y Obstetricia de México* 83. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom1511g.pdf>
- Ojeda, C., Espinoza, A., Biotti, J. (2014). Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primer y/o segunda fase: una revisión narrativa. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 7, (1); pp. 37-42. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v7n1/art09.pdf>

Okuda, M. y Gómez, C. (enero-marzo, 2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 34, 1. ISSN 0034-7450. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008

Orem, D. (1983). *Normas prácticas de enfermería*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Organización Panamericana de la Salud (PAO). (2017). Manual para manipuladores de alimentos. Washington, Estados Unidos. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-i7321s.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO). 2014. *Educación integral de la Sexualidad: conceptos, enfoques y competencias*. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002328/232800S.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_exe_csumm_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de Orientación*. Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). *Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud (2014). Estadísticas sanitarias mundiales. Ediciones OMS Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Alimentación sana*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Sobrepeso y obesidad. Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016). *Estrategia mundial sobre régimen alimenticio, actividad física y salud*. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

Organización Mundial de la salud (2018). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

Organización Mundial de la Salud (octubre, 2012). *Temas de salud. Salud ambiental*. Recuperado de www.who.int/topics/environmental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS*. Ginebra, Suiza. WHO Document Production Services. Recuperado de

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1&ua=1>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Infecciones de Transmisión Sexual. Nota descriptiva N.º 110. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Planificación Familiar. Nota descriptiva N.º 351. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2005-2008). *Determinantes sociales de la salud: conceptos clave*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Diabetes. Nota descriptiva*. Recuperado de http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Preguntas y respuestas sobre la hipertensión arterial*. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/82/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *La actividad física en los adultos. Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/#

- Organización Panamericana de la Salud (2006). *Estrategia mundial sobre alimentación saludable, actividad física y salud (DPAS). Plan de implementación en América Latina y El Caribe 2006-2007*. Oficina Regional de la OMS Washington, D.C. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/dpas-plan-imp-alc.pdf>
- Páez, M., Castaño, J., Parrales, M., Delvalle, F., Maridueña, M. (2018). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de la Universidad Estatal del Sur, Facultad de Auditoria y Contabilidad del noveno semestre de Jipijapa-Manabi-Ecuador 2018. FAFI UTB, (2), pp. 17-21. Recuperado de <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/fadmi/article/view/361/271>
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2011). *Desarrollo humano*. Distrito Federal, México, Editorial MckGraw-Hill.
- Pearson, M. R., Hustad, J. T. P., Neighbors, C., Conner, B. T., Bravo, A. J., Outcomes, M., y Team, S. (2018). Addictive Behaviors Personality, marijuana norms, and marijuana outcomes among college students. *Addictive Behaviors*.76(July 2017), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.012>
- Peláez, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011
- Pérez, G., Laíno, F., Zelarayán, J., Márquez, S. (2014). Actividad física y hábitos de salud en estudiantes universitarios argentinos. *Nutrición Hospitalaria* 30, (4), pp. 897-904. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309232271026.pdf>

- Posada, M., Mora, B. (2015). Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador. *Revista Electrónica Enfermería Actual de Costa Rica*, (28), 1-3. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i28.17203>
- Prado, F., Valenzuela, S., Vidal, G. (2015). Adicciones juveniles: ¿delincuencia o enfermedad? Una mirada sociológica sobre la problemática. *REV IISE Revista de Ciencias Sociales y Humanas* 7, pp. 23-32. Recuperado de <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/68/65>
- Prat, F., Planes, M., Gras, M., Sullman, M. (2016). Perceived pros and cons of condom use as predictors of its consistent use with a heterosexual romantic partner among Young adults. *Curr Psychol* 35, pp. 13-21. doi:10.1007/s12144-015-9357-3
- Programa Estado de la Nación. (2017). *Sexto informe estado de la educación*. Primera Edición. San José, Costa Rica: Servicios Gráficos, A. C. Recuperado de <https://www.estadonacion.or.cr/educacion2017/assets/ee6-informe-completo.pdf>
- Puerto, M., Olaya, M. (2013). Citología de pene. Perspectivas actuales y revisión de la literatura. *Revista Urología Colombiana XXII*, (3), pp. 26-33. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149129740004>
- Quintana, J. (2014). *La decisión más importante: estudio cualitativo sobre el proceso de elección vocacional en estudiantes universitarios provenientes de liceos municipales no emblemáticos de la Región Metropolitana* (Tesis de Posgrado). Universidad de Chile, Santiago. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130155/Tesis%20de%20Mag%C3%ADster.pdf?sequence=1>

- Quintero, A. (2005). *Una reflexión sobre el desarrollo de la investigación en enfermería*. Universidad del Valle de México. Recuperado de http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero2-05/enfoque/a_enfermeria.asp
- Rivera, A., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., Da Gloria, M., Khenti, A. (2015). Entretenimiento, espiritualidad, familia y la influencia de pares universitarios en el consumo de drogas. *Texto Contexto Enfermero*, Florianópolis. 24. doi: 10.1590/0104-07072015ESP118014
- Rivera, E. (12 de noviembre de 2014). Hogares con jefatura femenina se duplicaron en 25 años. *Semanario Universidad*. Recuperado de <https://semanariouniversidad.com/pais/hogares-con-jefatura-femenina-se-duplicaron-en-25-aos/>
- Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Ministerio de Salud. Universidad Norbert Wiener. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_Determinantes_Sociales_Salud.pdf
- Rocha, M., Amaya, C., Juárez, E., Olvera, A., Márquez, P., Rosales, S. y García, M. (2015). Agencia de Autocuidado en alumnos de nuevo ingreso en la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media. *Revista Ciencia y Enfermería XXI*, (1). 103-113. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n1/art_10.pdf

- Rodríguez, C., González, Y, Favela, H., García, L. (2015). Microorganismos de interés clínico aislados de teléfonos móviles. *Revista química Viva*, (1), pp. 103-110. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/863/86340672010/>
- Rodríguez, G., Gil, J, y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Aljibe.
- Rodríguez, H., Restrepo, L. y Deossa, G. C. (2016). Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios de Medellín-Colombia. *Perspectivas en nutrición humana* 17(1) 36- 54. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/2544>
- Rodríguez, L., Jordán, M., Olvera, G., Medina, M. y Medina, R. (2014). Formación profesional y desarrollo de capacidades en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Revista Waxapa*6(10): pp. 7-17. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2014/wax1410c.pdf>
- Rodríguez, L., Yunis, K., Girón, C. (2015). Resignificación del sentido de vida de personas desvinculadas y desmovilizadas del conflicto y contribución de las redes de apoyo en su transición hacia la vida civil. *Informes Psicológicos* 15, (1), pp. 105-126. doi: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv15n1a06>
- Rodríguez, M. (2014). *Bioquímica de las adicciones* (Tesis de grado). Universidad de la Rioja. Logroño, La Rioja, España. Recuperado de https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001068.pdf
- Rojas, R. (2016). *Relación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre la técnica del autoexamen de mama en usuarias de edad fértil. Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, enero-febrero, 2016* (Tesis de grado). Universidad

Nacional Mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/4775>

Rueda, Y. y Gálvez, N. (2013). Estilos de autocuidado de estudiantes de enfermería en el contexto universitario: un análisis desde la Teoría de Dorotea Orem, Chiclayo, 2013. *TZHOECOEN Revista Científica*, 6 (1), 241-252. Recuperado de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/29/28>

Sánchez, J. y Caldera, Y. (2013). Planificación y participación comunitaria en el contexto universitario. *Investigación y Postgrado*, 28, (2), pp. 61-79. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/658/65842646004.pdf>

Sánchez, M., Álvarez, A., Flores, T., Arias, J., Saucedo, M. (2013). El reto del estudiante universitario ante su adaptación y autocuidado como estrategia para disminuir problemas crónicos degenerativos. *Boletín Científico: Educación y Salud*, 2(3). Recuperado de <http://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n4/e7.html>

Sánchez-Ojeda, M., De Luna-Bertos. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria* 31, (5). doi: 0.3305/nh.2015.31.5.8608

Sandin, M. (2012). La importancia de la religión para el desarrollo. Un análisis empírico a partir de la ecuación de Mincer. *Ensayos de Política Económica*, 1, (6), pp. 77-119. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/importancia-religion-desarrollo-sandin.pdf>

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 0(0), 1–6. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)

- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. 1ª ed. Editorial de la Universidad de la Plata. Argentina. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/49017/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Sedó, P. (2015). *La alimentación como derecho humano y el liderazgo del nutricionista en Costa Rica*. Recuperado de <http://acdyn.cr/wp-content/uploads/2016/01/La-alimentaci%C3%B3n-como-derecho-humano-y-el-liderazgo-del-nutricionista-en-Costa-Rica.pdf>
- Siles, J. (2016). La utilidad práctica de la Epistemología, en la clarificación de la pertinencia teórica y metodológica en la disciplina enfermera. *Index de Enfermería*. 25 (1-2). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n1-2/monografico7.pdf>
- Silva, M. (2013). *Acciones de autocuidado en aspectos alimenticios en relación con la percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería*. Universidad Autónoma de Querétaro.
- Smeltzer, S., Hinkle, J., Bare, B., Cheever, K. (2013). *Enfermería médicoquirúrgica*. 12 ed. Barcelona: España. Lippincott Williams y Wilkins.
- Soler, A. (2014). Los derechos asertivos. Recuperado de <http://www.albertosoler.es/wp-content/uploads/2014/04/Los-derechos-asertivos.pdf>

- Solís, W., Ávila, S., Benjamin, S. (2016). Cáncer de Testículo: Revisión Bibliográfica. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD* 6, (III), pp. 11-15. doi: https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v6i3.25733
- Sologuren, G., Linares, C. (2014). Relaciones de pareja en las/os estudiantes universitarios y sus implicaciones en las interacciones sociales TACNA, 2011. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería* 10, (1). Recuperado de <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/707/553>
- Soria-Barreto, K., Zúñiga-Jara, S. (2014). Aspectos determinantes del éxito académico en estudiantes universitarios. *Formación Universitaria* 7, (5), pp. 41-50. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/formuniv/v7n5/art06.pdf>
- Strauss, A., Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamental*. Editorial Universidad de Antioquia. Recuperado de https://books.google.co.cr/books/about/Bases_de_la_investigaci%C3%B3n_cualitativa.html?hl=es&id=TmgvTb4tiR8C&redir_esc=y
- Tania, Z. y Bencomo, E. (2008). El trabajo visto desde una perspectiva social y política. *Revista latinoamericana de derecho social* (7), 27-57. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/revista/pdf/DerechoSocial/7/art/art2.pdf>
- Teleman, A., De Waure, S., Soffiani, V., Poscia, A. y Di Pietro, M. (2015). Los hábitos nutricionales en los estudiantes universitarios italianos. *Ann Ist Super Sanità*, 51(2), 99-105, DOI: 10.4415/ANN_15_02_05
- Ticona, Benavente, S., Paucar, Quispe, G. y Llerena, G. (junio, 2010). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de enfermería: UNSA

Arequipa. 2006. *Enfermería Global* (Número 19) Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200007&lng=es&tlng=es.

Tinanoff, N. (2017). Individuals who brush their teeth infrequently may be at greater risk for new carious lesions. *The Journal of Evidence-Based Dental Practice* 17, (1) pp 51-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jebdp.2017.01.010>

Universidad Panamericana. (2011). *Definición de Salud*. Recuperado de <http://www.up.edu.mx/document.aspx?doc=28960>

Upadhyay, U., Raifman, S., Raine-Bennett. (2016). Effects of relationship context on contraceptive use among young women. *Contraception* 94, pp. 68-73. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26994674>

Urzúa, A, Caqueo, A. (enero, 2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Revista Sociedad Chilena de Psicología Clínica* 30(1), 61-71. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

Vera-Romero, O., Vera-Romero, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista cuerpo médico* 6(1), 41-45. Recuperado de http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012_pag41-45.pdf

Villafrade, L., Franco, C. (2016). La familia como red de apoyo social en estudiantes universitarios que ingresan a primer semestre. *Espiral, Revista de Docencia e Investigación*, 6 (2), pp. 79-90. Recuperado de <http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/ESPIRAL/article/viewFile/1651/1284>

- Villareal-Garza, C., Platas, A., Bargalló-Rocha, J., Lasa, F., Reynoso, N., Águila-Mancero, C., Mohar-Betancourt, A. (2015). Cáncer de mama en jóvenes. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología. *Revista Mexicana de Mastología*, 5, (1), pp. 12-17. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexmastol/ma-2015/ma151c.pdf>
- Walmsley, C., Mahoney, A., Durgin, A., Poling, A. (2013). Fostering hand washing before lunch by students attending a special needs young adult program. *Research in Developmental Disabilities* 34, (1), pp. 95-101. doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.002
- Widman, L., Noar, S., Choukas-Bradley, Francis, D. (2014). Adolescent sexual Health communication and condom use: a meta-analysis. *Health Psychol* 33, (10), pp 1-23. doi: 1113–1124.10.1037/hea0000112.
- Williams, R. D., Housman, J. M., Odum, M., & Rivera, A. E. (2017). Energy drink use linked to high-sugar beverage intake and BMI among teens. *American Journal of Health Behavior*, 41(3), 259–265. <https://doi.org/10.5993/AJHB.41.3.5>
- World Health Organization (2015). *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. WHO. Recuperado de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

Anexos

Anexo 1. Carta de Aprobación de Coordinación de Vida Estudiantil



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Coordinación de Vida Estudiantil

UCR-SO-CVE-187-2017
01 de junio de 2017

Bertha Alvarado Rodríguez
Liseth Chaves Vargas
Esther Elizondo Mejías
Milena Vargas Vargas
Estudiantes Carrera de Enfermería

Estimadas Estudiantes:

Según su solicitud del 27 de febrero de 2017, les indicé que esta Coordinación da el visto bueno para que desarrollen la investigación “Conocimiento y Prácticas sobre auto cuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica”.

Se les solicita a la vez presentar los resultados obtenidos ante esta Coordinación y así dar por cumplido los objetivos planteados.

Sin más se despide.



apm

C: Archivo

Anexo 2. Carta de Aprobación de anteproyecto por Comisión de Trabajos Finales de Graduación Enfermería Sede de Occidente



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Departamento de Ciencias Naturales
Carrera de Enfermería

24 de agosto de 2016
SO-DCN-CE-CTFG-06-2016

Srta. Bertha Alvarado
Srta. Lisseth Chaves
Srta. Loyda Elizondo
Srta. Isabel Vargas

Estimadas estudiantes:

Les comunico que la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, aprobó su anteproyecto de Trabajo Final de Graduación, modalidad Seminario de Graduación, con el siguiente tema y objetivos:

Tema: Tema: "Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el II ciclo de 2016".

Objetivo general: Determinar el conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el II ciclo de 2016.

Objetivos específicos:

1. Elaborar un perfil sociodemográfico de la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto San Ramón, durante el II ciclo de 2016.
2. Identificar el conocimiento que posee el estudiantado sobre el sistema de apoyo educativo de autocuidado.
3. Describir las prácticas que posee el estudiantado sobre el sistema de apoyo educativo de autocuidado.

Por otro lado, se acuerda que deben realizar las siguientes correcciones al marco metodológico:

1. Usar muestra cualitativa, trabajar el criterio de saturación con número de personas.
2. Trabajar con todas las personas que arroje el criterio de saturación, excepto que definitivamente la persona se encuentre inaccesible o no quiera participar.

Ciudad Universitaria Carlos Monge Alfaro, San Ramón, Alajuela
Teléfono: 2511-7053 • Fax: 2445-6005 • Apdo. 111-4250
Sitio web: www.so.ucr.ac.cr • e-mail: ENFERMERIA_SO@ucr.ac.cr



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEDE DE
OCCIDENTE



Departamento de Ciencias Naturales
Carrera de Enfermería

3. Explicar por qué se usarán dos diferentes entrevistas y cuál es la población a la cuál dirigen la segunda entrevista.
4. Indicar en lo respectivo al instrumento de recolección de la información una descripción detallada de la entrevista, apartados, tipo de preguntas, donde la harán, duración de la aplicación de esta, entre otros.
5. Eliminar la palabra "cuestionar" de la metodología cuando indican que recopilan datos para su cuestionamiento.
6. Realizar un esquema que guíe la construcción de la matriz de las Unidades de Análisis.
7. Usar el criterio jueces expertos para la validación de los instrumentos.
8. No usar notas de campo.
9. Usar la Triangulación de datos en el análisis de la información.
10. Revisar redacción y repetición de palabras.
11. Agregar fases de Hernández Sampieri a la metodología con el fin de organizar esta por etapas.
12. Tipo de letra

Además, deben consolidar su Comité Asesor y solicitar a cada una de las personas que lo conforma una carta en la que indiquen que están de acuerdo en ser parte del comité y anexar las cartas a su estudio.

Atentamente,

Karel Malespín Álvarez
Coordinadora Comisión
Trabajos Finales de Graduación



Anexo 3. Acta de aprobación de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Enfermería Sede de Occidente



SEDE DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO CIENCIAS NATURALES
CARRERA DE ENFERMERÍA

SESIÓN COMISIÓN TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN
CARRERA DE ENFERMERÍA DEPARTAMENTO CIENCIAS NATURALES

ACTA DE LA SESION ORDINARIA N° 01-2016

CELEBRADA EL 09 DE MAYO DE 2016, 1:00 PM

TABLA DE CONTENIDO

ARTÍCULO	PÁGINA
1. Aprobación de tema, objetivos y Comité Asesor de Trabajos Finales de Graduación.	3



[Handwritten signature]

Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Carrera de Enfermería
Acta de la Sesión Ordinaria N° 01-2016
09 de mayo de 2016



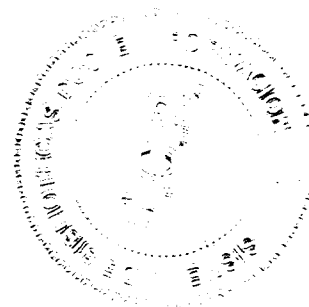
Se inicia la sesión analizando la propuesta de los estudiantes María José Alpízar Campos, Jennifer Canales Madrigal, Darío Moreira Álvarez y Laura Rivera Montero. La M.Sc. indica que el tema propuesto por los estudiantes carece de claridad, el cual se planteó inicialmente en función de las necesidades que presentan las mujeres que amamantan en la Sede de Occidente. Seguidamente, la M.Sc. menciona que posteriormente, el tema fue cambiado a "Situación de las estudiantes que amamantan..." Sin embargo, esta propuesta tampoco posee claridad teórica.

La M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón indica presenta una nueva propuesta denominada "Factores personales, interpersonales y sociales relacionados con inserción de las estudiantes universitarias que amantan a sus hijos e hijas, Recinto de San Ramón, 2016".

El M.Sc. Denis Carrillo Díaz menciona que la propuesta de la M.Sc. Yamileth Gutiérrez, aportará nuevo conocimiento a la disciplina de Enfermería. Además, destaca la importancia de indagar en los factores que intervienen en la reinserción de las mujeres que amamantan a la universidad. Plantea que se debe analizar el uso del concepto de la palabra "reinserción", a fin de que se especifique claramente el objeto de estudio.

Se procede a analizar la propuesta de tema, objetivos y comité asesor de los estudiantes Michelle Fernández y Jorge Benavides. La M.Sc. señala que se debe corregir el objetivo general del trabajo final de graduación para que se lea de la siguiente manera: Desarrollar un Programa Educativo de Enfermería para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al "Programa Integral de la Persona Adulta Mayor en la Región de Occidente" de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, durante el 2016.

- 3 -



Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Carrera de Enfermería
Acta de la Sesión Ordinaria N° 01-2016
09 de mayo de 2016



El M.Sc. Denis Carrillo Díaz menciona que se debe corregir el objetivo específico #1 del trabajo, el cual debe indicar el uso de la escala ASA como instrumento para medir el autocuidado que presenta la población de estudio.

Se continúa la sesión con la lectura de TFG de los estudiantes Jazmín Ramírez, Angie Quesada y Josué Alcázar, denominado "Programa educativo de Enfermería dirigido a personal docente y personas cuidadoras, para el abordaje del cuidado de la niñez en el Centro Infantil Laboratorio Emelinda Mora (CILEM) en San Ramón, Agosto-Noviembre del 2016.

Se aprueba la propuesta con la observación del tema, indicando en él el término personas menores. Se debe corregir en función de lo anterior, el objetivo general y los específicos, además usar el término necesidades educativas en lugar de necesidades Informativas en el primer objetivo específico.

Finalmente, se analiza la propuesta de las estudiantes Bertha Alvarado, Lisseth Chávez, Loida Elizondo e Isabel Vargas. Se corrige el tema, el cual debe leerse: "Conocimientos y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el II ciclo de 2016".

Con relación a los objetivos, en el objetivo general se indica usar el verbo "identificar" y sobre los objetivos específicos se recomienda no llevar a cabo la propuesta educativa sobre Autocuidado, agregar como primer objetivo específico elaborar un perfil sociodemográfico de los estudiantes residentes participantes.

Acuerdos

- 1.1. Presentar a los estudiantes María José Alpizar, Jennifer Canales Madrígal, Darío Moreira Álvarez y Laura Rivera Montero la nueva propuesta de tema planteada por la docente Yamileth Gutiérrez para que los estudiantes decidan si les parece replantear el tema. Se aprueba Comité Asesor.

Acuerdo en firme.

- 1.2. Se acuerda con unanimidad corregir el objetivo general y específico n°1 del anteproyecto de los proponentes Jorge Benavides y Michelle Fernández. Se aprueba Comité Asesor.

Acuerdo en firme.

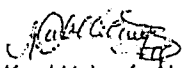
- 1.3. Se aprueba la propuesta de tema y objetivos de TFG de los estudiantes Jazmín Ramírez, Angie Quesada y Josué Alcázar, con las observaciones realizadas. Se aprueba Comité Asesor.

Acuerdo en firme.

- 1.4. Se aprueba tema y objetivos de la propuesta de RFG de las estudiantes Bertha Alvarado, Lisseth Chávez, Loida Elizondo e Isabel Vargas, con las observaciones realizadas. Se aprueba Comité Asesor.

Acuerdo en firme.

***Se levanta la sesión a las dieciséis horas ***


Licda. Karel Malespín Álvarez.
Coordinadora



Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Carrera de Enfermería
Acta de la Sesión Ordinaria N° 01-2016
09 de mayo de 2016

REGISTRO DE DOCUMENTOS

SESIÓN COMISIÓN TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN
CARRERA DE ENFERMERÍA DEPARTAMENTO CIENCIAS NATURALES

ACTA DE LA SESIÓN ORDINARIA N° 01-2016

CELEBRADA EL 09 DE MAYO DE 2016, 1:00 PM

ARTÍCULO	DOCUMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN
1	SO-DCN-CE-023-18	04/05/2016	Convocatoria a reunión Comisión de TFG 2016-2017, carrera de Enfermería.	Archivo de Comisión de TFG, carrera de Enfermería.
1	Sin consecutivo	Abril 2016	Cartas de solicitud de aprobación de propuesta de tema, objetivos y Comité asesor de TFG de los estudiantes de 4° año de la carrera de Enfermería.	Archivo de Comisión de TFG, carrera de Enfermería.

- 6 -



Anexo 4. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Sede de Occidente
Departamento de Ciencias Naturales
Carrera de Enfermería
Teléfono: (506) 2511-7143

CEC-I-04 AC

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 "LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA" y EL "REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS"

Título de la Investigación: Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del
Programa de Residencias estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente,
Recinto de San Ramón, durante el año 2017

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre de la investigador/a principal: Lic. Karel Malespin Álvarez

Nombre de las investigadoras participantes: Bertha Cristina Alvarado Rodríguez
Lisseth Chaves Vargas
Loyda Esther Elizondo Mejias
Isabel Milena Vargas Vargas

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

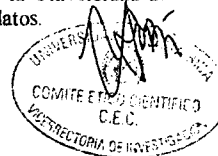
Se le está invitando a participar en el estudio de investigación realizada por las estudiantes: Bertha Cristina Alvarado Rodríguez, Lisseth Chaves Vargas, Loyda Esther Elizondo Mejias e Isabel Milena Vargas Vargas de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica de la Sede de Occidente.

El objetivo general es "Analizar el conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el año de 2017".

Para ello se le solicita respetuosamente su participación en este estudio, el cual está destinado a estudiantes mayores de 18 años de edad que pertenezcan al Programa de Residencias en cuestión. Es importante esclarecer que la financiación del estudio de investigación corre por parte de las estudiantes investigadoras.

Por ende, se convocará a dos sesiones durante el segundo ciclo del año 2017; la primera para la explicación del consentimiento informado, la segunda para la aplicación de los instrumentos; asimismo se realizará la devolución de los resultados a los participantes, por lo que se deberá contemplar una tercera cita a acordar en el año 2018 en las instalaciones de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón para la devolución de datos.

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: 83



Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tiene el derecho de realizar preguntas durante la aplicación de este consentimiento y del instrumento. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

En caso de que usted sea estudiante perteneciente al Programa de Residencias y mayor de 18 años de edad, y decida participar de este proyecto, se le citará en una ocasión en las instalaciones de la Universidad de Costa Rica, Sede Occidente, para que responda individualmente una entrevista semiestructurada sobre información relacionada con actividades y conocimiento sobre autocuidado, que son de fácil comprensión, esperamos pueda contestar con la mayor sinceridad y de manera concisa. Para ello se le preguntará datos sobre su persona como: la edad, información de contacto con carácter confidencial, datos académicos y familiares, el conocimiento y hábitos sobre la alimentación, la higiene, la eliminación intestinal y urinaria, la prevención de enfermedades, las actividades recreativas y físicas, otros temas asociados al autoestima y autoimagen; de igual forma cómo es la relación con las personas que conviven en el edificio de Residencias; así como de la organización.

La duración de la aplicación del instrumento contempla aproximadamente de 60 a 90 minutos, por lo que puede conllevar fatiga; no obstante, habrá descanso y un refrigerio brindado por parte de las investigadoras.

Se implementará la grabación como técnica de recopilación de datos, la cual se almacenará en un dispositivo de USB en la oficina de la coordinación de la Carrera de Licenciatura de Enfermería a cargo de la licenciada Karel Malespin Álvarez, al menos por 10 años, esta grabación es de carácter confidencial.

Si requiere adaptaciones visuales o auditivas, por favor mencionarlo a las investigadoras de inmediato, esto para entregar material con letra de tamaño más grande o realizar las consideraciones del caso (dicha aclaración se notificará al inicio de la sesión).

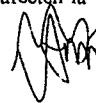
Posteriormente al concluir el estudio de investigación se realizará una retribución de los hallazgos generados de la investigación a las personas participantes como estrategia de devolución de resultados.

C. RIESGOS

Con su participación, existen riesgos relacionados a la aplicación de la entrevista y manejo de los datos recopilados. Durante la aplicación de la entrevista suministrada a los estudiantes pertenecientes al Programa de Residencias de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, existe la posibilidad de que a raíz de la aplicación del instrumento, se presente una situación que pueda dañar la integridad psicológica de la población seleccionada.

Por ende, una de las estudiantes de Enfermería realizaría inmediatamente una Relación Interpersonal de Ayuda (RIA); sin embargo, en caso de que la situación requiera un abordaje más complejo se tomará en consideración el personal de Psicología y Trabajo Social del Programa de Residencias de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente.

En cuanto al manejo de datos confidenciales, de igual forma existe la posibilidad de pérdida de papeleo o de grabaciones por medio de un hurto, o inclusive accidentes físicos que afecten la



integridad de los documentos que conlleve una pérdida de privacidad. Para evitar confusiones en el proceso de análisis de datos, se le asignará un número a cada participante con el fin de facilitar la identificación, esta se almacenará de forma física en una carpeta junto con los consentimientos informados, entrevistas aplicadas y grabaciones transcritas a los que solo las investigadoras tendrán acceso, dicha información se encontrará en el cubículo de Enfermería de la Universidad de Costa Rica de la Sede de Occidente durante diez años posteriores a la aplicación del instrumento. Asimismo, los datos serán confidenciales siempre y cuando no implique una situación riesgosa para el estudiantado, en dado caso se notificará al organismo o institución correspondiente.

De acuerdo con lo estipulado en la Ley reguladora de investigación biomédica, Ley N.º 9234, artículo 25, la obligación de confidencialidad no aplica cuando se dé alguna de las siguientes condiciones, las cuales deberán ser aceptadas en caso de que apruebe participar en la investigación:

- a) Cuando lo requiera el Comité Ético Científico que aprobó la investigación.
- b) Cuando lo requiera el Consejo Nacional de Investigaciones en Salud, con el fin de cumplir los requerimientos de una inspección y vigilancia de una investigación.
- c) Cuando el monitor o el auditor de la investigación requieran verificar datos contenidos en los expedientes clínicos de los participantes de una investigación, para efectos de una auditoría o seguimiento por parte del patrocinador o autoridad reguladora competente.
- d) Cuando lo solicite una autoridad judicial competente.
- e) Cuando ocurriera una urgencia médica al participante.
- f) Cuando el médico responsable de la atención clínica requiera conocer dicha información para efectos de tratamiento de su paciente.
- g) Si los datos obtenidos del participante pudieran revelar información de carácter personal de sus familiares, la sesión a terceros requerirá el consentimiento expreso y escrito de todos los interesados.

D. BENEFICIOS

Con el desarrollo de las actividades antes descritas el o la participante recibirá información general de la obtención de datos a partir del proceso de investigación, y que a su vez pueden ser aplicados en futuras investigaciones tanto de las Áreas de la Salud y de las Ciencias Sociales u otras. De igual forma, los resultados serán presentados con el objetivo de divulgar el conocimiento y las prácticas de autocuidado de la población a la cual pertenecen cada uno de las personas participantes del proceso investigativo y personal que labora en la institución.

E. VOLUNTARIEDAD

La participación de esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento, dado el caso no se aplicará ningún tipo de penalización o castigo.

3

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: 83



F. CONFIDENCIALIDAD

(Revisar Ley Reguladora de Investigación Biomédica Ley N° 9234, artículos 25, 26 y 27)

Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una presentación de Trabajos Finales de Graduación, en ningún momento se expondrán los resultados haciendo uso del nombre completo, para ello se le asignará un número específico. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

Los resultados obtenidos se podrían utilizar en investigaciones futuras, manteniendo la confidencialidad y anonimato de las personas participantes del presente estudio en todo momento. Además, es posible que en algún punto se realice una auditoría sobre el procedimientos realizados por las investigadoras durante el proceso motivo por el que estas personas pueden tener acceso a la información brindada por las personas participantes siempre en bajo el principio de confidencialidad.

Los participantes pueden acceder a los resultados de la investigación mediante la retribución de las investigadoras a las personas participantes además, pueden acceder al documento final en la Biblioteca Arturo Agüero Chaves de la Sede de Occidente.

G. MUESTRAS BIOLÓGICAS

En este caso debido a las características de la investigación no se requiere de muestras biológicas de las personas participantes.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con al menos una de las investigadoras, quienes deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas de forma respetuosa, asimismo tiene todo el derecho de solicitar avances de la investigación cuando su persona lo desee. En caso de ser necesario usted puede comunicarse con Lisseth Chaves Vargas 8536-5724 o con Loyda Esther Elizondo Mejías al 8943-6072 de lunes a viernes de 8 am a 9 pm.

Además, puede consultar sobre los derechos de las personas participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 2257-2090, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 o 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal, la cual se entregará el día de la aplicación del instrumento. En caso de aceptar participar en dicha investigación se le solicita traer una copia de la cédula para el día de aplicación del instrumento.

Además, puede contactar a la Lic. Karel Malespín Álvarez investigadora principal al número 2511-7143, la cual es Coordinadora de la Carrera de Enfermería perteneciente al Departamento de Ciencias Naturales.

4

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto. 03



- I. La persona participante de la investigación no pierde ningún derecho al firmar este documento además, usted recibirá una copia de este formulario completo para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

Lugar, fecha y hora

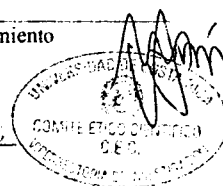
Nombre, firma y cédula de el/la investigador(a) que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo que solicita el consentimiento

5

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____



Lugar, fecha y hora

Versión Junio 2017

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.

6

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: 83



Anexo 5. Entrevista semiestructurada

Universidad de Costa Rica

Sede de Occidente

Carrera de Licenciatura de Enfermería

Entrevista semiestructurada dirigida a estudiantes del Programa de Residencias Estudiantiles de la Sede de Occidente, Recinto de San Ramón

El presente documento tiene como fin recolectar información referente al conocimiento y las prácticas de autocuidado del estudiantado que forma parte del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto San Ramón, esto como parte de la investigación que posee como título “Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón, durante el año 2017”.

Esta entrevista será realizada por una estudiante de la carrera de licenciatura en enfermería y tendrá una duración aproximada de 60 a 90 minutos, además se contará con sistema de grabación durante la aplicación, su participación es voluntaria y la información suministrada será tratada de forma confidencial, no se permitirá la aplicación del instrumento sin antes haber iniciado con el proceso del consentimiento informado ¡Muchas gracias por su colaboración!

Código (corresponde con el asignado a la hora de realizar el consentimiento informado):_____

1. Sexo: Hombre () Mujer () Otro ():_____
2. ¿Cuántos años tiene usted? _____.
3. ¿Dónde vive usted en periodo no lectivo?
4. ¿Cuál es su estado civil?

5. ¿Cuál es la carrera base que usted cursa?
6. ¿Cuál es su grado académico?
7. ¿Cuántas personas viven en su hogar?
8. ¿Cuántas personas de su núcleo familiar trabajan?
9. Caracterice físicamente la vivienda de su grupo familiar
10. ¿La vivienda en la que vive su grupo familiar es propiedad de ustedes?
11. ¿Algún miembro de su núcleo familiar posee ayuda económica? ¿Qué tipo de?
¿De dónde procede dicha ayuda?
12. ¿Algún miembro del núcleo familiar posee una deuda económica? ¿quién? ¿Por
qué motivo?
13. ¿Durante el semestre cuántas veces visita su hogar de procedencia? En caso de no
asistir a su hogar durante el semestre ¿por qué?
14. ¿Considera importante los espacios ventilados?
15. ¿Considera usted que su habitación cuenta con un sistema de ventilación
adecuado?
16. ¿Considera usted que es necesario tomar líquidos como parte de la dieta? ¿Por
qué?
17. ¿Qué tipos de líquidos consume usted diariamente?
18. ¿Considera usted que es importante tomar agua? ¿Por qué?
19. ¿Qué líquidos considera que son más beneficiosos para la salud?
20. ¿Cuáles tiempos de alimentación debe realizar una persona diariamente?
21. ¿Qué tiempos de alimentación realiza usted al día? ¿Qué grupos alimenticios
incluye?
22. ¿Qué tipos de alimentos debe tener una alimentación diaria?
23. ¿Le apetece los alimentos que consume?
24. ¿Usted prepara sus alimentos? ¿Dónde los prepara y consume?
25. ¿Dónde guarda sus alimentos?
26. ¿Vomita después de consumir alimentos?
27. ¿Cuál considera usted que debe ser el color de la orina?
28. ¿Con que frecuencia debe defecar una persona? ¿Por qué?
29. ¿Cuántas veces defeca usted durante el día?
30. ¿Usted padece o ha padecido de estreñimiento?
31. ¿Utiliza laxantes?
32. ¿Qué alimentos contribuyen para que una persona pueda defecar con facilidad?

33. ¿Considera usted que es relevante que la persona orine durante el día? ¿Por qué?
34. ¿Cuántas veces orina usted durante un día?
35. ¿Presenta usted infecciones urinarias seguidas?
36. ¿En algún momento usted ha sido víctima de acoso en las instalaciones de las residencias estudiantiles?
37. ¿Cuántas horas considera usted que debe dormir una persona por noche? ¿por qué?
38. ¿Cuántas horas duerme diariamente?
39. ¿Realiza siestas durante el día?
40. ¿La cantidad de horas que usted duerme considera que son suficientes?
41. ¿Usted realiza actividad física, que lo motiva a realizarla? ¿Cuál? ¿Con que frecuencia?
42. ¿Qué tipos de actividades recreativas realiza? ¿con qué frecuencia??
43. ¿Qué entiende por redes de apoyo?
44. ¿Considera usted que las relaciones sociales son beneficiosas para el desarrollo humano? Especifique el tipo de relaciones
45. ¿Cómo es su relación con las personas que viven dentro de las instalaciones de residencias y de su familia?
46. ¿En qué momentos le gusta a usted estar sólo?
47. ¿Usted tiene relación de pareja? Especificar si posee una pareja o múltiples parejas, así como el sexo de la pareja.
48. ¿Cómo se siente con su relación de pareja?
49. ¿Qué son drogas?
50. ¿Qué efectos cree que producen las drogas en el organismo?
51. ¿Consume usted alguna droga? ¿Cuál consume? ¿Cuál es la frecuencia de consumo de la droga? ¿Qué lo motiva a consumirla?
52. Describa la técnica adecuada para el lavado de manos ¿Considera usted que el lavado de manos es relevante?
53. Describa cómo se lava las manos
54. ¿Con que frecuencia se baña usted?
55. Mencione hábitos de higiene diarios
56. ¿Qué conoce sobre el cepillado de dientes?
57. ¿Con qué frecuencia semanal se lava el cabello?

58. ¿Usted acostumbra a morderse las uñas?
59. ¿Considera que el autoexamen de mama es importante? ¿por qué?
60. ¿Qué conoce del autoexamen testicular? ¿Usted lo considera importante?
61. ¿Se realiza usted el autoexamen de mamas y/o testicular? ¿Por qué? ¿Dónde?
¿Con qué frecuencia?
62. ¿Qué conoce sobre la citología vaginal? En caso de ser hombre se le pregunta sobre la citología de pene ¿Usted lo considera importante?
63. ¿Se realiza usted la citología vaginal o de pene? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Con qué frecuencia?
64. ¿Para usted que es la sexualidad?
65. ¿Qué conoce de los métodos anticonceptivos, los considera importantes? ¿Por qué?
66. ¿Usted es sexualmente activo (a)? ¿Usted es sexualmente activo (a)? En caso de ser afirmativa la respuesta ¿Utiliza protección? ¿Dónde obtiene la protección, tiene un control de salud sexual?
67. ¿Qué conoce sobre las infecciones de transmisión sexual?
68. ¿Con que objetivo tiene relaciones sexuales coitales?
69. ¿Consume drogas previo al tener relaciones sexuales coitales? ¿Con qué objetivo las consume?
70. ¿Su pareja sexual forma parte del Programa de Residencias Estudiantiles?
71. ¿Usted ha presentado alguna vez una infección de transmisión sexual? ¿Se le ha atendido?
72. ¿Se realiza exámenes de sangre para conocer el estado de su salud?
73. Defina con sus palabras que es autoestima, considera que es importante ¿Por qué?
74. ¿Acude a algún servicio de salud? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Con qué frecuencia?
75. ¿Participa o ha participado en algún grupo de promoción de la salud? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Con qué frecuencia?
76. ¿Participa en algún grupo religioso? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Con qué frecuencia?
77. Defina con sus palabras que es autoimagen, considera que es importante ¿Por qué?
78. ¿Cómo se siente usted respecto a su forma de ser?
79. ¿Se siente a gusto con su elección vocacional?
80. ¿Se siente a gusto con sus relaciones interpersonales?
81. ¿A usted le agrada formar parte del Programa de Residencias Estudiantiles?

82. ¿De qué manera influye sobre usted lo que los demás piensen u opinen de usted?
83. ¿De qué manera resuelve los conflictos con los demás?
84. ¿Qué es para usted el autocuidado?

Anexo 6. Cronograma de actividades de TFG

Fecha	Actividades	Responsables
Marzo 2016- junio 2016	-Planteamiento de anteproyecto -Aprobación por parte de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación -Elección de comité asesor de TFG.	Bertha Cristina Alvarado Rodríguez Lisseth Chaves Vargas Loyda Elizondo Mejías Isabel Vargas Vargas Colaboradoras Msc. Yamileth Gutiérrez Obregón Licda. Karel Malespín Álvarez
Agosto 2016 - diciembre 2016	-Realización de Correcciones de anteproyecto de TFG realizadas por comité asesor -Proceso de acreditación de estudiantes investigadoras	Bertha Cristina Alvarado Rodríguez Lisseth Chaves Vargas Loyda Elizondo Mejías Isabel Vargas Vargas Colaboradoras Dra. Ana Laura Solano López Msc. Yamileth Gutiérrez Obregón Licda. Karel Malespín Álvarez

<p>Enero 2017-abril 2017</p>	<p>-Realización de Correcciones de anteproyecto de TFG realizadas por comité asesor</p> <p>-Proceso de acreditación de estudiantes investigadoras</p>	<p>Bertha Cristina Alvarado Rodríguez.</p> <p>Lisseth Chaves Vargas</p> <p>Loyda Elizondo Mejías</p> <p>Isabel Vargas Vargas</p> <p>Colaboradoras</p> <p>Dra. Ana Laura Solano López</p> <p>Msc. Yamileth Gutiérrez Obregón</p> <p>Licda. Karel Malespín Álvarez</p>
<p>Mayo 2017-Julio 2017</p>	<p>-Realización de Correcciones de anteproyecto de TFG realizadas por comité asesor</p>	<p>Bertha Cristina Alvarado Rodríguez</p> <p>Lisseth Chaves Vargas</p> <p>Loyda Elizondo Mejías</p> <p>Isabel Vargas Vargas</p> <p>Colaboradoras</p> <p>Dra. Ana Laura Solano López</p> <p>Msc. Yamileth Gutiérrez Obregón</p> <p>Licda. Karel Malespín Álvarez</p>

11 de agosto 2017- 20 de noviembre 2017	-Proceso de aprobación de protocolo por parte del CEC	Comité Ético Científico, Universidad de Costa Rica
27 al 30 de noviembre 2017	Aplicación de consentimientos informados y entrevistas semiestructuradas	Bertha Cristina Alvarado Rodríguez Lisseth Chaves Vargas Loyda Elizondo Mejías Isabel Vargas Vargas
Diciembre 2017- marzo 2018	-Sistematización de datos -Foro de fase reflexiva	Bertha Cristina Alvarado Rodríguez Lisseth Chaves Vargas Loyda Elizondo Mejías Isabel Vargas Vargas Colaboradoras Dra. Ana Laura Solano López Msc. Yamileth Gutiérrez Obregón Licda. Karel Malespín Álvarez
Abril 2018	-Revisión de Comité Asesor -Revisión filológica - Revisión del Comité evaluador -Correcciones	Bertha Cristina Alvarado Rodríguez Lisseth Chaves Vargas Loyda Elizondo Mejías Isabel Vargas Vargas

		<p>Colaboradoras</p> <p>Dra. Ana Laura Solano López</p> <p>Msc. Yamileth Gutiérrez Obregón</p> <p>Licda. Karel Malespín Álvarez</p>
Junio 2018	<p>Defensa de TFG</p> <p>-Entrega de informe final al Comité de Trabajos</p> <p>Finales de Graduación</p>	<p>Bertha Cristina Alvarado Rodríguez</p> <p>Liseth Chaves Vargas</p> <p>Loyda Elizondo Mejías</p> <p>Isabel Vargas Vargas</p>

Anexo 7. Carta de aprobación de protocolo de Comité Ético Científico, Universidad de Costa Rica



VI Vicerrectoría de Investigación

20 de noviembre de 2017
VI-8383-2017

Bertha Alvarado
Lisseth Chaves
Loyda Elizondo Mejías
Isabel Vargas Vargas
Estudiantes
Carrera de Enfermería. Sede de Occidente

El Comité Ético Científico (CEC) en su sesión No.83, celebrada el 01 de noviembre de 2017 sometió a consideración el Trabajo final de graduación modalidad seminario de graduación "Conocimiento y las prácticas de Autocuidado en los estudiantes del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, recinto de San Ramón, durante el año 2017"

Después del análisis y la deliberación correspondientes, el Comité acuerda:

AcuerdoN°3: Declarar aprobado el trabajo final de graduación modalidad seminario de graduación "Conocimiento y las prácticas de Autocuidado en los estudiantes del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, recinto de San Ramón, durante el año 2017", de las estudiantes Bertha Alvarado, Lisseth Chaves

Quedamos en la entera disposición de colaborar ante cualquier consulta.
Sin más por el momento, se suscribe cordialmente,

Atentamente,

M.Sc. Alfonso Chacón Mata
Presidente Comité Ético Científico



ACM / dha
C.c. Licda. Roxana Selazar Bonilla, Directora Sede de Occidente
Comisión de trabajos finales de graduación Carrera de Enfermería. Sede de Occidente
Archivo/consecutivo.



Tel: 2511-1350 | Fax: (506) 2224-9367 | Correo electrónico: vi@vinv.ucr.ac.cr | Portal de Investigación
www.vinv.ucr.ac.cr | Dirección: Cuarto piso de la Biblioteca Demetrio Tinoco. Sede Rodrigo Facio

Anexo 8. Carta de revisión filológica del protocolo

Heredia, Jueves 04 de mayo de 2017

Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Licenciatura en Enfermería
Universidad de Costa Rica

Estimados miembros de la Comisión:

Hago constar que he y corregí el trabajo final de graduación *Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, sede de Occidente, recinto de San Ramón, durante el año 2017*, elaborado por las estudiantes Avarado Rodríguez Bertha Crislina, carné B10257; Chaves Vargas Jisseth, carné B01612; Elizondo Mejías, Loyda Ester, carné B12327 y Vargas Vargas Isabel Milena, carné B05595, para optar por el grado académico de licenciatura en enfermería.

En el trabajo, revise errores gramaticales, de puntuación, estilo, entre otros elementos relacionados con el ámbito filológico.

Con base en lo anterior, considero que cumple con los requisitos que para ser presentado como trabajo final de graduación.

Atentamente,



Lidia Ariadne Camacho Arias

Filóloga

Carné 53654

Heredia, martes 12 de junio de 2018

Comisión de Trabajos Finales de Graduación

Licenciatura en Enfermería

Universidad de Costa Rica

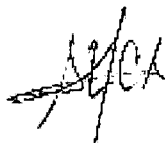
Estimados miembros de la Comisión:

Hago constar que lei y corregí el trabajo final de graduación *Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, sede de Occidente, recinto de San Ramón, durante el año 2017*, elaborado por las estudiantes Alvarado Rodríguez Bertha Cristina, carné B10297; Chaves Vargas Lisseth, carné B01812; Elizondo Mejías, Loyda Esther, carné B12327 y Vargas Vargas Isabel Milena, carné B06690, para optar por el grado académico de licenciatura en enfermería.

En el trabajo revisé errores gramaticales, de puntuación, estilo, entre otros elementos relacionados con el ámbito filológico.

Con base en lo anterior, considero que cumple con los requisitos que para ser presentado como trabajo final de graduación.

Atentamente,

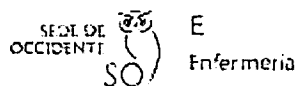


Lidia Ariadne Camacho Arias

Filóloga

Carné 52854

Anexo 9. Carta de aceptación de la prórroga del Comité de Trabajos Finales de Graduación de Enfermería de la Sede de Occidente



20 de marzo de 2018
SO-DCN-CE-CTFG-05-2018

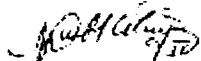
Bertha Alvarado Rodríguez
Lisseth Chaves Vargas
Loyda Elizondo Mejías
Isabel Vargas Vargas

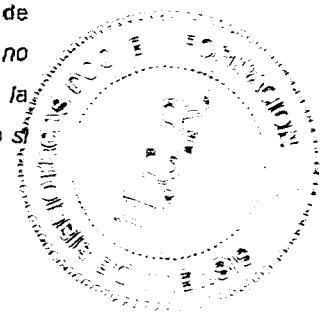
Eslimadas Estudiantes

Se les comunica que la Comisión de TFG de la carrera de Enfermería les ha aprobado la prórroga solicitada por ustedes, correspondiente al seminario de graduación titulado: "Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población del Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica. Sede de Occidente. Recinto de San Ramón, durante el I ciclo de 2017"

Dicha prórroga según lo establecido por el Artículo 43, inciso b) del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, corresponde al I ciclo del 2018. Léase: *"Si no concluye su trabajo en tres ciclos sucesivos solicitará autorización a la Comisión de Trabajos Finales, la cual podrá conceder un ciclo más de plazo si lo juzga conveniente."*

Atentamente,


Karel Malespín Álvarez
Coordinadora Comisión TFG
Trabajos Finales de Graduación



Anexo 10. Carta de aceptación de la prórroga del Comité Ético Científico



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SECRETARÍA
ACADÉMICA
50 E
Enfermería

20 de marzo de 2018
SQ-CCN-CF CTFG-05 2018

Bertha Alvarado Rodríguez
Lisseth Chaves Vargas
Leyda Elizondo Mejías
Sabel Vargas Vargas

Estimadas Estudiantes

Se les comunica que la Comisión de TFG de la carrera de Enfermería les ha aprobado la prórroga solicitada por ustedes, correspondiente al seminario de graduación titulado "Conocimiento y prácticas sobre autocuidado en la población de Programa de Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, Recinto de San Ramón durante el ciclo de 2017".

Dicha prórroga según lo establecido por el Artículo 43, inciso b) del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, corresponde al ciclo del 2018. Lesse: "Si no concluye su trabajo en tres ciclos sucesivos solicitará autorización a la Comisión de Trabajos Finales, la cual podrá conceder un ciclo más de plazo si lo juzga conveniente".

Atentamente,

Karol Malespín Álvarez
Coordinadora Comisión TFG
Trabajos Finales de Graduación



Teléfono: 2533-7053 / Correo electrónico: enfermeria@unccr.ac.cr / Sitio web: www.unccr.ac.cr