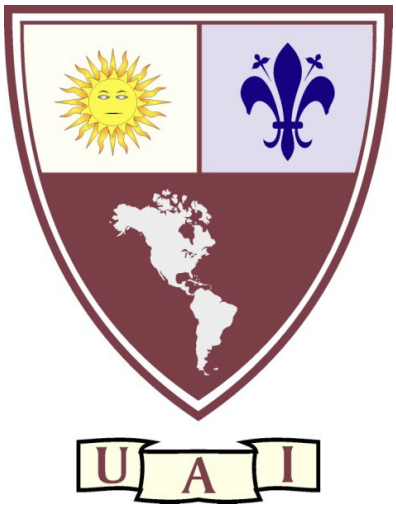
UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS



TESIS DE GRADO

“Autoestima y bienestar psicológico como factores predictores de consumo de psicofármacos en población adulta”

PRESENTADA POR

PEGAZZANO LUCIA

Tutor: Elgier Angel

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en Psicología

Indice

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA....1
Tablas e ilustraciones....4
Resumen....5
Planteo del problema....6
Pregunta de investigación....7
Justificación del problema y utilización de los resultados....7
Objetivos....8
Objetivo general....8
Objetivos específicos....8
Definiciones teóricas y operacionales de las variables....9
Autoestima....9
Bienestar psicológico....10
Consumo de psicofármacos....12
Formulación de hipótesis....13
Marco Teórico....14
Consumo problemático de psicofármacos....14
Antecedentes....14
Definición....16
Clasificación....17
Consumo problemático de psicofármacos....22
Factores predictores de consumo de psicofármacos....27
Autoestima....35
Definiciones y dimensiones de autoestima....35

Naturaleza de la autoestima....37
Los seis pilares para la autoestima....38
Causas de baja autoestima....41
Autoestima y etapa productiva de la vida....45
Bienestar psicológico....48
Definiciones....48
Subescalas de bienestar psicológico....49
....51
Modelos teóricos del bienestar psicológico....54
Bienestar psicológico y respuesta al estrés....59
Metodología....67
Tipo de estudio y diseño....67
Población....68
Criterios de inclusión – Exclusión....71
Instrumentos:....72
Definición operacional de las variables....72
Análisis de los resultados....75
ANEXO 1....76
Encuesta....76
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG....79
ESCALA BIEPS-A (Adultos)....80
Bibliografía....82

Tablas e ilustraciones

Tabla 1: Clasificación de Sustancias Psicotrópicas de Spiegel.....18

Tabla 2: Interpretación de los posibles errores estadísticos.....69

Tabla 3: Puntuación Z en función del intervalo de confianza deseado.....70

Resumen

Los fármacos psicoactivos o psicofármacos forman parte, actualmente, del arsenal terapéutico, no sólo del especialista en psiquiatría, sino de la práctica médica general, y presentan una utilidad indudable para el tratamiento de un gran número de trastornos con diferente grado de gravedad y afectación de la calidad de vida del individuo. Sin embargo y conociendo las ventajas que su uso trae aparejado, el consumo creciente representa un problema de salud pública, tanto a nivel mundial como nacional, constituye una problemática multidimensional, siendo necesario conocer en profundidad la multiplicidad de factores que actúan aumentado la predisposición a conductas de tipo adictivas.

Un conocimiento más acabo de este fenómeno nos permitirá diseñar y planificar políticas públicas tendientes tanto a la prevención, como al tratamiento y rehabilitación, mejorando la calidad de vida y el bienestar.

Por este motivo proponemos llevar adelante el presente trabajo que tiene por objetivo determinar si la baja autoestima y el malestar psicológico actúan como factores de riesgo para el consumo de psicofármacos, así como realizar una descripción de las características sociodemográficas de los sujetos incluidos.

Este estudio es de tipo observacional, descriptivo y correlacional, transversal, cuantitativo y retrospectivo. Se llevarán a cabo encuestas a ciudadanos que viven en la Provincia de Buenos Aires , y se utilizaran instrumentos para la recolección de los datos como son: Escala de autoestima de Rosemberg y ESCALA BIEPS-A, para evaluar bienestar psicológico. Para el análisis estadístico de los datos se utilizará el programa IBM SPSS Statics versión 19 Editor.

Planteo del problema

Los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas constituyen en la actualidad un intenso campo de discusión, intervención y movilización política y social. Aún desde las más divergentes posiciones, diferentes actores coinciden en señalar la complejidad del problema y en particular las múltiples dimensiones (sanitaria, social, cultural, psicológica, económica, etc) que pueden identificarse en su desarrollo. En nuestro país, ello plantea un desafío para la sistematización y producción de información epidemiológica que dé cuenta de dicha problemática para poder llevar a cabo el diseño e implementación de políticas públicas que reconozcan estas múltiples dimensiones y problemas que en ella se intersectan

Lamentablemente, los datos epidemiológicos que se tienen acerca de este tema son escasos, siendo una de las principales fuentes en información los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) que publica la facturación cuatrimestral de psicofármacos. Según dicho Instituto, la facturación por venta de psicofármacos en nuestro país ha ido aumentando en los últimos años, siendo en el primer cuatrimestre del año 2005 casi un 80% superior comparado al último cuatrimestre del año 2001 (INDEC, 2005). Si bien estos datos son muy relevantes, se considera que una metodología más directa y fiable para obtener datos sobre el patrón de consumo de psicotrópicos de una población, es el estudio basado en entrevistas o encuestas personales, motivo por el cual nos proponemos llevar adelante el presente trabajo.

Como mencionamos previamente el consumo problemático representa un problema multidimensional, pero en este caso en particular intentaremos correlacionarlo dos dimensiones como son la autoestima y el bienestar psicológicos, para determinar si estos pueden actuar como factores predictores del desarrollo de conductas de consumo.

La primera de ellas, puede ser entendida como la percepción que el individuo tiene sobre su competencia como persona. Una imagen positiva hace referencia a estar satisfecho y aceptarse cómo es en cuanto a su apariencia física,

sus emociones, sus conductas y sus habilidades, sin dejar de tomar en cuenta las limitaciones y las fortalezas (RIQUELME N, 2005), mientras que una imagen negativa podría aumentar el desarrollo de conductas adictivas.

Por su parte el segundo término, es un buen indicador de salud y bienestar y podríamos definirlo como el grado en que un individuo juzga su vida como un todo en términos positivos, es decir el nivel de satisfacción que el mismo presenta con el desarrollo de su propia vida en términos subjetivos, materiales, laborales y de las relaciones de pareja. Como es de suponer se halla íntimamente relaciona con la autoestima es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida.

Pregunta de investigación

¿Representan la baja autoestima y el malestar psicológico factores de riesgo predictores de consumo de psicofármacos en población adulta de 18 a 60 años?

Justificación del problema y utilización de los resultados

El aumento del consumo de psicofármacos es un problema no solo a nivel nacional, si no a nivel mundial, los pocos datos con los que contamos hace que las políticas publicas de abordaje se encuentren diseñadas y planteados en función de datos que no son propios, por este motivo el desarrollo del siguiente trabajo creemos que aportara un conocimiento mas acabado de la problemática local, una caracterización de factores sociodemográficos de los sujetos con dicha problemática, así como la influencia de bajo autoestima como factor de riesgo. Esto permitirá pensar estrategias de contingencia y preventivas más acordes e individualizadas, tendientes a una mejora en la calidad de vida de estos sujetos.

Objetivos

Objetivo general

- Determinar si la baja autoestima y el malestar psicológico actúan como factores de riesgo para el consumo de psicofármacos

Objetivos específicos

- Identificar características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio
- Determinar el nivel de bienestar psicológico y la autoestima de los mismos
- Correlacionar ambos factores con la posibilidad de consumo de psicofármacos.

Definiciones teóricas y operacionales de las variables

Autoestima

La autoestima ha sido reconocida como un constructo de notable interés por su relevancia clínica en diversos cuadros psicopatológicos, entre ellos se la ha relacionado a: depresión (Silverstone, 2003), trastornos alimentarios (Ghaderi, 2001), trastornos de personalidad, ansiedad y fobia social (Baños, 2000). Pero también se la ha relacionado con otros términos como el bienestar general (Robins, 2001) y el estrés.

Es por este motivo que resulta de interés contar con instrumentos específicos que permitan evaluar la autoestima de modo fiable y valido en subpoblaciones con diferentes comorbilidades neuropsiquiátricas, principales factores predictores del consumo de psicofármacos. Uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la autoestima global es la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (EAR) (Rosenberg, 1989).

No obstante, y dada su alta popularidad no ha estado ajena a la crítica. Si bien Rosermberg la diseño para que sirva de medida unidimensional de la autoestima global, diversos estudios han cuestionado tan propiedad, siendo muchos aquellos que afirman la unidimensionalidad de la escala, mientras que por otra parte muchos han demostrado que representa un constructo multidimensional. Otros investigadores han concluido que la dimensionalidad depende de la población en la que se aplique, como del sentido positivo o negativo, que hace que algunos ítems se remarquen mas que otros. Por este motivo se ha llevado a cabo la aplicación de la misma en una amplia variedad de colectivos, así como de contextos socio-culturales e idiomáticos. Sin embargo, son pocos los estudios llevados a cabo en nuestro país que reportan las propiedades psicométricas de su uso.

Esta escala está compuesta por 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los items

están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Aunque en sus inicios fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente su puntuación se ha venido a utilizar habitualmente como escala tipo Likert, donde los items se responden en una escala de cuatro puntos (1= Muy de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4= Totalmente en desacuerdo). Para su corrección se invierten las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente y posteriormente se suman todos los ítems, oscilando la puntuación total, por tanto, entre 10 y 40.

La escala completa se encuentra en el ANEXO 1 y será uno de los instrumentos a utilizar para llevar a cabo el presente trabajo.

Bienestar psicológico

Al igual que lo que ocurre con la autoestima, el bienestar psicológico (BP) también es un tema por demás estudiado en numerosas investigaciones, tanto nacionales como internacionales. Las teorizaciones sobre este tópico son variadas, acuñando diversos términos tales como bienestar subjetivo, felicidad, satisfacción vital. El marco de referencia básico fue establecido por Bradburn, en 1969, quien operacionalizó el bienestar en términos de “afectos” positivos y negativos. Estos eran considerados una unión de sentimientos, humor y respuestas emocionales del individuo a una variedad de eventos placenteros y displacenteros de la vida cotidiana. De acuerdo con Bradburn, un sujeto puntuaría alto en BP si tuviera un exceso de afecto positivo sobre el afecto negativo (Diener, 1984)

Además, se ha encontrado que este posee una fuerte relación con la personalidad. Concretamente, se ha encontrado una tendencia en las personas emocionales, impulsivas y temerosas (neuroticismo) a experimentar mayor afectividad negativa. Por el contrario, las personas extravertidas experimentan un mayor afecto positivo. La reflexión y balance cognitivo entre afecto positivo y negativo, influido por los rasgos de personalidad, colaboran con la satisfacción con la vida de las personas (Diener, 1997).

Una de los instrumentos más frecuentemente utilizados es la *Escala Bieps-A* (Casullo, 2002) que evalúa las dimensiones del constructo que se detallan a continuación:

Control de situaciones: evalúa la sensación de control y autocompetencia de los sujetos, así como la capacidad de crear o manipular contextos para adecuarlos a sus propias necesidades e intereses.

Aceptación de sí mismo: puede aceptar los múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo los buenos y los malos. Este aspecto además evalúa la relación con el pasado y su nivel de aceptación

Vínculos psicosociales: evalúa la capacidad de establecer vínculos sociales y la cantidad y calidad de los mismos.

Autonomía: evalúa la capacidad del de tomar decisiones de modo independiente, de ser asertivo y confiar en su propio juicio.

Proyectos: indica si el sujeto entrevistado tiene metas y proyectos en la vida, si considera que la vida tiene significado y posee valores que hacen que su vida tenga sentido.

La escala está compuesta por 13 ítems, los cuales pueden aplicarse en forma individual o grupal, así como de forma autoadministrada. Los sujetos deben leer cada ítem y responder sobre lo que sintieron y pensaron durante el último mes. Las alternativas de respuesta son:

- De acuerdo (se asignan 3 puntos)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (se asignan 2 puntos)
- En desacuerdo (se asigna un punto).

Los ítems de la escala están redactados en formato directo, obteniéndose la puntuación total de la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem. La escala no admite respuestas en blanco. La puntuación global directa se transforma a percentiles.

En puntuaciones inferiores al percentil 25 se considera que la persona posee un bajo nivel de bienestar psicológico en varias de sus áreas vitales. Un nivel de bienestar psicológico promedio se observa en puntuaciones mayores al percentil 50, indicando que el sujeto se siente satisfecho con distintos aspectos de su vida. Las puntuaciones correspondientes al percentil 95 indican un alto nivel de bienestar, señalando que el sujeto se siente muy satisfecho con su vida en general.

La escala ha sido validada en Argentina en población adulta por Casullo (2002). En función del análisis factorial, la escala quedó conformada por cuatro factores que explicaban el 53% de la varianza de las puntuaciones. Los factores incluidos fueron: proyectos, autonomía, vínculos y control de situaciones que aparecía solapado con aceptación de sí mismo, configurando un mismo factor.

Consumo de psicofármacos

El término psicofármaco proviene del griego, pysche: mente, tropera: tornar, por este motivo dentro de este grupo se encuentran aquellos agentes químicos que actúa sobre el sistema nervioso central generando cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento, alterando la mayoría de ellos el proceso de neurotransmisión.

En el presente trabajo los vamos a clasificar en los siguientes grupos (la descripción detallada de los mismo se llevará a cabo en el desarrollo del marco teórico):

- Ansiolíticos y sedantes: son aquellos que alivian o suprimen el síntoma de ansiedad, sin producir sedación o sueño.
- Hipnóticos: son aquellos con capacidad de inducir el sueño en forma rápida y predecible.
- Neurolépticos: fármacos utilizados en el tratamiento de la psicosis
- Antipsicóticos típicos: Su acción se ejerce al bloquear los receptores dopaminérgicos D2.

- Antipsicóticos atípicos: Su acción se ejerce no sólo por el antagonismo de los receptores dopaminérgicos D2 sino también por los de serotonina, histamínicos y muscarínicos.
- Antidepresivos: utilizados principalmente para el tratamiento de la depresión.

Además de conocer que tipo de psicofármacos que utilizan las personas incluidas en el siguiente estudio, indagaremos sobre: a) la frecuencia de uso, b) el motivo de la utilización del medicamento, c) el tipo de psicofármaco usado, d) el grado de dependencia al psicofármaco a través de una escala analógica (1 = nada de dependencia – 10 = máxima dependencia), e)- consumo actual o pasado.

Formulación de hipótesis

H1: La baja autoestima y bajo nivel de bienestar psicológico son factores predictores de consumo de psicofármacos

H0: La baja autoestima y bajo nivel de bienestar psicológico no son factores predictores de consumo de psicofármacos

Marco Teórico

Consumo problemático de psicofármacos

Antecedentes

Como mencionamos en la introducción una de las principales de información sobre el consumo de psicofármacos y psicotrópicos en nuestro país son los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) que publica la facturación cuatrimestral de psicofármacos. Según dicho Instituto, la facturación por venta de psicofármacos en nuestro país ha ido aumentando en los últimos años, siendo en el primer cuatrimestre del año 2005 casi un 80% superior comparado al último cuatrimestre del año 2001 (INDEC, 2005).

Además de esta fuente, en orden cronológico otro estudio que aborda la problemática es aquel realizado entre 1979 y 1981 en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano, el cual observó que el 9,7% de las mujeres y el 6,6% de los hombres habían consumido psicofármacos en el último año (Burin M y col, 1990). Por su parte una encuesta realizada por el Dr. Jorge Franco y la Lic. Cristina Pecci, en casi 900 pacientes que concurrían por primera vez a los consultorios de Clínica Medica y Salud Mental del Hospital de Clínicas, demostró que el 32,9% de los consultantes consumió psicofármacos. En esa misma investigación se observó que el 59,8% de los que toman medicamentos por cuenta propia usa psicofármacos.

Otra investigación, realizada en 1999, halló que el 1,2% de la población de 18 a 64 años había tomado psicofármacos sin prescripción médica en los últimos 30 días, y que el 4,3% de la población general los había ingerido alguna vez en la vida (Miguez H, 2000)

En un trabajo realizado por la Subsecretaría de Asistencia de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires se halló que un 1,7% de los individuos de 16 a 26 años de edad del conurbano había consumido algún psicofármaco en

los últimos 30 días (Adicciones, 2004). En un diario local se publicó una encuesta realizada en 65 localidades de la República Argentina halló que el 6% de la población mayor de 18 años toma tranquilizantes.

Por último, una de las investigaciones más recientes y a nuestro criterio de las más completas, que nos sirvió de inspiración para el desarrollo del presente trabajo y en la cual nos detendremos a explicar en mayor detalle, fue aquella publicada en el año 2006 en la Revista Argentina de Psiquiatría, titulada "*Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires*" (Leiderman E, 2006). El objetivo del mismo fue estudiar la prevalencia, tipo y patrón de consumo de psicofármacos en la población de Buenos Aires, junto con las características sociodemográficas de la población que usa este tipo de medicación. Para ello Se encuestaron habitantes de la ciudad de Buenos Aires en la vía pública en distintos barrios de la ciudad, durante la última semana de septiembre y las primeras dos semanas de octubre del año 2005.

La encuesta constaba de 16 ítems donde se recolectaron datos: a) demográficos (edad, sexo, educación, clase socioeconómica), b) consumo actual y pasado de psicofármacos, c) creencia sobre la generación de adicción o dependencia por parte de los psicofármacos, d) tiempo de consumo actual y pasado y e) persona que recomendó el psicofármaco. A los individuos que actualmente consumían psicofármacos se los interrogó también sobre: a) la frecuencia de uso, b) el motivo de la utilización del medicamento, d) la preferencia por una marca, e) el tipo de psicofármaco usado y f) el grado de dependencia al psicofármaco a través de una escala lickert (1 = nada de dependencia – 10 = máxima dependencia).

Entre los resultados a destacar podemos mencionar que el 15,5%, de una muestra total de 276 encuestados respondió que consume actualmente psicofármacos. El tiempo de consumo tuvo una mediana de 24 meses (rango: 1 día a 25 años). El 84,3% de los individuos que utilizaba psicofármacos desde hace más de 1 año consume benzodiazepinas. De los individuos que no consumen actualmente psicofármacos el 16,5% refirió haber consumido alguna vez en su vida, de este dato podemos concluir que el 29,48% de la población de la ciudad de

Buenos Aires consume o ha consumido psicofármacos. El 78% dijo que el psicofármaco le es indispensable para sentirse bien. La edad promedio de los que consumen 46,1 ± 17,1años es mayor que la de los individuos que no consumen psicofármacos 36,9 ± 15,8 años debido a que el uso de medicación psicotrópica va aumentando con la edad. El 10,6% de los individuos de 16 a 44 años consumen psicofármacos, el 23,8% de los individuos de 45 a 64 años y el 31,1% de los individuos mayores de 64 años de edad. Dicho consumo fue mas frecuente en hombres que en mujeres.

En relación al tipo de psicofármacos consumidos el 78,6% de los actuales consumidores toma benzodiazepinas, siendo el clonazepam el de uso más frecuente. Por otra parte, el 19,9% toma antidepresivos, siendo la paroxetina la más utilizada. Estos estuvieron indicados por un profesional en el 70% de las personas incluidas.

Al indagar sobre la creencia de la generación de dependencia o adicción, el 69,5% de toda la población encuestada cree que los psicofármacos generan algún tipo de dependencia o adicción. El 59% de los que actualmente utilizan psicofármacos reportó que no podía dejar de consumirlos. Una cuarta parte de este grupo dijo que el motivo por el que no podían dejar de hacerlo era exclusivamente el acostumbramiento que tenían al fármaco. En una escala de 1 a 10 (1 menor dependencia-10 máxima dependencia) los consumidores señalaron una dependencia promedio de 5,6± 2,5 puntos. Una cuarta parte de ellos tenía una dependencia alta al psicofármaco (8 puntos o más).

Nuestro trabajo consideramos que aporta a actualizar los datos obtenidos, pero además intenta encontrar factores de riesgo o predictores de consumo de psicofármacos, como es el caso de autoestima y el bienestar psicológico aspectos que nos fueron contemplados en el trabajo antes descripto.

Definición

Las definiciones actualmente aceptadas para fármacos con múltiples, sin embargo, consideramos que una de las que vale la pena recordar es aquella que

lo considera como “Cualquier sustancia o mezcla de sustancias usada o que pretende ser apropiada para el uso, fabricación o venta para su empleo en:

a) diagnóstico, tratamiento, mitigación, modificación o prevención de una enfermedad, de un estado físico o mental anormal o los síntomas de la misma en los seres humanos; o

b) restaurar, corregir o modificar algún estado somático, psíquico o función orgánica en los seres humanos” (Elliot, 1965).

Al hacer específicamente alusión al termino de psicofármacos o psicotrópicos, nos estamos refiriendo a agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central proporcionando efectos ansiolíticos y/o efectos estimulantes. Otras definciones son las propuestas por Delay, quien los define en 1959 “sustancias químicas de origen natural o sintético, que poseen un tropismo psicológico, siendo susceptibles de modificar la actividad mental sin prejuzgar el tipo de modificación”, mientras que los autores anglosajones los definen como “sustancias químicas que modifican las sensaciones, el humor, la conciencia y otras funciones psicológicas y conductuales” (Velasco, 1988).

Por otra parte, existen múltiples sustancias con acción psicotrópica, tales como el alcohol, la nicotina, la cocaína o la heroína, las cuales son caracterizados por sus usos sociales o adictivos, pero que sin embargo no se les reconoce aplicaciones terapéuticas en la medicina occidental. Finalmente, los analgésicos y otros fármacos también tienen efectos sobre el estado subjetivo y la conducta, pero no son considerados dentro de este grupo (Spiegel, 2003).

Clasificación

Las propuestas de clasificación de los psicofármacos han sido múltiples, siendo necesario tomar en consideración diversos aspectos a la hora de poder llevar a dicha tarea, entre ellos: farmacológico, clínico, clínico-químico, legal e industrial y estructura química (De Wet, 1971). Nosotros consideramos que una

de las clasificaciones más oportuna es aquella propuesta por Spiegel, 2003, que se muestra en la *tabla 1*

Posición del efecto psicotrópico reconocido	Medicamentos con acción terapéutica	Sustancias sin acción terapéutica reconocida
El efecto psicotrópico es el principal efecto y el efecto deseado	Psicofármacos: • Antipsicóticos. • Antidepresivos. • Estabilizadores del estado de ánimo. • Ansiolíticos. Hipnóticos. • Psicoestimulantes. • Nootrópicos. Fármacos antidemenciales	Drogas sociales, drogas: • Alcohol. • Nicotina. • Cocaína. • Heroína. • Etc.
El efecto psicotrópico es un efecto secundario y un efecto no deseado	• Analgésicos. • Narcóticos. • Antihistamínicos. • Antihipertensivos. • Supresores del apetito.	

Tabla 1: Clasificación de Sustancias Psicotrópicas de Spiegel

Los tres grandes tipos de psicofármacos más utilizados en el tratamiento de los problemas mentales y los cuales describiremos a continuación, sin sir la misma exhaustiva son: los ansiolíticos, los antidepresivos y los neurolépticos o antipsicóticos.

Ansiolíticos

Son fármacos que actúan a nivel del SNC, generalmente depresores, que tienen la capacidad de mejorar la ansiedad, pero sin producir sedación ni sueño. Los benzodiacepinas, son los ansiolíticos mejor conocidos y más extensamente utilizados, se caracterizan por ser más selectivos que otras drogas como los barbitúricos, actuando, en particular, sobre el sistema límbico y presentan un cuádruple efecto farmacológico: ansiolíticos, sedantes o hipnóticos,

anticonvulsivos y miorrelajantes. Dichos efectos son producidos por un aumento del ácido gamma- aminobutírico (GABA) a nivel de la amígdala y del córtex prefrontal en los circuitos córtico-estriado-talámico-corticales. El GABA es un aminoácido y uno de los neurotransmisores claves involucrados en la ansiedad y en la acción ansiolítica de muchos fármacos empleados para tratar el espectro de los trastornos de ansiedad, siendo el principal neurotransmisor inhibidor en el cerebro y normalmente cumple un importante papel regulador reduciendo la actividad de muchas neuronas (Stahl, 2008). Son muy seguras y efectivas en el tratamiento de en el tratamiento de la ansiedad a corto plazo. Sin embargo, su uso prolongado (sobre seis meses) puede conducir a tolerancia y dependencia

Antidepresivos

El paradigma del tratamiento con antidepresivos se ha modificado significativamente en los últimos años, tanto que ahora el objetivo es la completa remisión de síntomas (a diferencia de los tratamientos farmacológicos de la esquizofrenia) y los antidepresivos funcionan muy bien mejorando el humor depresivo, la ideación suicida y el retraso psicomotor (Stahl, 2008) con una disminución considerable de la morbimortalidad.

Estos actúan principalmente sobre las vías de transmisión de serotonina, noradrenalina y dopamina intentando conseguir una normalización de la concentración de los receptores postsinápticos. Los fármacos incluidos dentro de este grupo son múltiples, siendo el mecanismo de acción de cada uno de ellos muy complejo y variable, sin embargo, podemos agruparlos en 3 grupos principales (González, 2007):

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: caracterizados por producir un incremento transitorio de serotonina debido a un mecanismo de recaptación, como su nombre lo indica.
- Antidepresivos tricíclicos: producen un incremente de la concentración de serotonina y noradrenalina, ya que producen una inhibición en la recaptación de las mismas.

- Inhibidores de la monoamina oxidasa: producen un incremento transitorio en el cerebro de algunos neurotransmisores, ya que inhiben la desaminación oxidativa de las monoaminas (Leonard, 2001)

Los efectos secundarios de los mismos dependen principalmente de su mecanismo de acción:

Antidepresivos tricíclicos: La incidencia es relativamente elevada, 5 % aproximadamente. Siendo entre ellos los más frecuente: trastornos de la acomodación visual, midriasis y posibilidad de desarrollo de glaucoma o complicación de un glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, sobre todo en ancianos con hipertrofia prostática, así como micción retardada, trastornos del aparato digestivo con sequedad bucal, trastornos para hablar, constipación, disminución de las secreciones, retardo del tiempo de vaciamiento gástrico, interacciones entre drogas a nivel de la absorción. Además, podemos observar efectos no deseados sobre SNC como trastornos de la memoria, confusión, debilidad, fatiga, delirio (tipo atropínico), sedación, además potenciación de la acción depresora de otros agentes como el alcohol, barbitúricos o benzodiacepinas, reacciones extrapiramidales, temblor, (que responde a los betabloqueantes), convulsiones tónico-clónicas, sobre todo en niños, hipomanía o manía franca. Dentro de los efectos sobre aparato cardiovascular encontramos hipotensión ortostática, taquicardia, modificaciones del ECG (prolongacion del P-R, QRS y Q-T), bloqueo A-V, depresión miocárdica, precipitación de una insuficiencia cardiaca en pacientes predispuestos. Trastornos de la función sexual: disminución de la líbido, anorgasmia, impotencia. Erupciones cutáneas, agranulocitosis, ictericia colestásica, aumento de peso (efecto común de los antidepresivos, a excepción de la fluoxetina y congéneres). Sudoración excesiva, de causa no bien determinada.

Inhibidores de MAO: producen más frecuentemente Hipotensión ortostática, por la desregulación noradrenérgica, aumento de la posibilidad de crisis hipertensiva, síndrome tiramínico o “síndrome del queso”, sobre todo con los IMAO irreversibles. Además, se encuentran asociados a hepatotoxicidad, ictericia

hepatocelular. Irritabilidad, hiperreflexia, trastornos de la eyaculación y de la líbido, agitación y alucinaciones, sobre todo en casos de sobredosificación.

Inhibidores de la Recaptación de 5-HT: estos no producen efectos anticolinérgicos, tampoco hipotensión ortostática o trastornos del ritmo cardíaco, por ello son considerados los agentes más seguros dentro de este grupo. Sin embargo, son frecuentes las náuseas, anorexia y diarrea. También ansiedad, nerviosismo, insomnio, mareos, fatiga o astenia, sudoración y disfunción sexual como disminución de la líbido y trastornos de la eyaculación. La frecuencia de estos los efectos adversos es de 5 a 30 %. Un pequeño porcentaje de pacientes debe suspender la administración de fluoxetina por los efectos adversos, pero debido a la vida media relativamente prolongada de este agente y su metabolito activo, norfluoxetina, la desaparición de los efectos adversos puede demorar en resolverse. Otros efectos frecuentes derivan de sus acciones estimulantes: ansiedad, nerviosismo, temblor e insomnio, pueden desencadenar hipomanía o manía franca, sobre todo en pacientes con trastornos bipolares. También reacciones psicóticas o paranoides. Se han registrado reacciones distónicas, convulsiones, disquinesia orolingual, acatisia y empeoramiento de reacciones extrapiramidales en pacientes tratados con neurolépticos.

Antipsicóticos

Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos. Por tanto, además de la acción antipsicótica, poseen otras acciones farmacológicas (Gardner DM, 2005)**. Son** usados para contrarrestar la inquietud, la agitación psicomotora y el insomnio severo, estados que pueden surgir en los siguientes contextos: psicosis esquizofrénica, especialmente en sus formas paranoide y severa, manía, síndromes psicóticos como secuela de un trastorno orgánico cerebral y depresión, especialmente la que cursa con síntomas de agitación y ansiedad (Spiegel, 2003).

Estos pueden ser clasificados en dos grandes grupos:

Antipsicóticos Típicos (AT): estos se caracterizan por su efecto antidopaminérgico, anticolinérgico, sedante y bloqueador alfaadrenérgico, antiemético además de producir estimulación de la producción de prolactina. bloquean los receptores dopaminérgicos D2 del estriado, siendo efectivos para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, aunque no mejoran e incluso pueden empeorar el deterioro cognitivo. La eficacia terapéutica de estos similar, pero la respuesta en cada paciente puede ser diferente según el fármaco utilizado. Los efectos adversos mas frecuentes son los síntomas extrapiramidales (SEP), la hipotensión ortostática, así como los efectos anticolinérgicos, mas marcados y llamativos en pacientes de edad geriátrica.

Antipsicoticos atípicos (AA): poseen un conjunto de propiedades diferenciales comunes frente a los AT: a) menos propensión a producir SEP, incluida la discinesia tardía (estos efectos aparecen con dosis mayores a las terapéuticas); b) no producen, en general, un aumento en la secreción de prolactina; c) parecen más eficaces para controlar los síntomas negativos de la esquizofrenia, y d) pueden ser eficaces en pacientes resistentes a los AT. Estas propiedades diferenciales parecen deberse a un menor efecto dopaminérgico y una mayor afinidad por los receptores serotoninérgicos (Masand PS, 2007). Existen diferencias importantes entre los distintos AA que se basan en la afinidad por los diferentes receptores y en el perfil de reacciones adversas, sin embargo, la descripción pormenorizada de los mismo supera ampliamente los objetivos de presente trabajo (Ortiz A, 2001).

Consumo problemático de psicofármacos

Si bien, el desarrollo de los psicofármacos ha representado un avance importante en el tratamiento de las enfermedades mentales, aumentando su eficacia, especificidad y seguridad, y disminuyendo la aparición de efectos adversos, no debemos olvidar que son potencialmente adictivos, generando conductas de abuso y dependencia.

Su uso se está extendiendo hacia metas relacionadas con el bienestar personal y performance social, sus fines terapéuticos han impactado tanto en el mundo de la medicina psiquiátrica como en la sociedad en general, no siendo siempre bien aceptados por pacientes y familiares, a lo que se suma el desconocimiento sobre su eficiencia y las experiencias negativas (Heinze, Torres, & Cortés, 2013).

Cabe destacar que el consumo de sustancias psicoactivas constituye hoy una problemática que concierne a diferentes actores sociales, ha tomado preeminencia en campos como el político, el jurídico, el sanitario y el social, observándose su presencia en los medios de comunicación masiva, en el número de instituciones que se abocan al tratamiento y a la prevención, así como también, a una creciente demanda de asesoramiento por parte de diversas instituciones de la sociedad civil (Calabrese, 1998). La estadística informa que existe un aumento significativo en el consumo – dependencia – abuso de sustancias psicoactivas (del consumo excesivo de psicofármacos, de alcohol, o de drogas ilegales), a pesar de los inmensos esfuerzos por su prevención.

En este sentido consideramos que es necesario realizar algunas consideraciones conceptuales, paradigmáticas y de abordaje que abonan a una mejor comprensión que del consumo problemático que de estos fármacos pueden surgir.

Al indagar en la historia sobre adicciones, encontramos a lo largo de la historia múltiples definiciones encontrándose todas ellas centradas en los efectos y consecuencias negativas del consumo de drogas, siempre dando preeminencia a los aspectos biológicos y/o farmacológicos (Parisi, 1993).

Esta, también conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

• Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.

• Tendencia a incrementar la dosis.

• Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.

• Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

La adicción como tal no existe biológicamente, si no que la misma solo se materializa en la experiencia subjetiva del adicto; en el cual se genera una dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma (Touzé G, 2006).

Dentro de las conductas adictivas es posible reconocer diferentes tipos de relación con el objeto de consumo:

- **Uso:** es el consumo esporádico y circunstancial de una droga; es ni más ni menos que la utilización de sustancias
- **Abuso:** Cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social del individuo. Se incluye aquí cuando el mismo es:
    - Es excesivo (situación de riesgo orgánico).
    - Es dañino (el consumo de sustancias por personas conlleva una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas).
    - Es disfuncional (implica un patrón desadaptativo de consumo que genera una alteración del funcionamiento psicológico y social). En términos generales se establece cuando el consumo se reitera para una misma droga en similares o diferentes situaciones o cuando se recurre a diferentes drogas.
- **Dependencia:** es la sensación de no poder vivir sin una sustancia, y utilizándola de forma permanente y de manera compulsiva. La dependencia a las drogas es una de las formas de consumir drogas.

Pero no es ni la única ni la más habitual, desarrollar una dependencia con las drogas es haber llegado al final de un proceso que se ha comenzado mucho

tiempo antes, de manera gradual, casi siempre sin conciencia de ello y por diversos motivos, los cuales generalmente son desconocidos o no aceptados por la persona. A partir de esto advertimos que la diferencia entre uso, abuso y dependencia no remite únicamente a la cantidad y frecuencia de las drogas consumidas, sino también y no en menor medida a las diferencias respecto a las motivaciones y el contexto del consumo.

Es conocido que el consumo crónico y a largo plazo de psicofármacos presenta como principal consecuencia el desarrollo de dependencia, con imposibilidad de llevar a cabo su la vida cotidiana en ausencia del medicamento. La no toma de la medicación puede llegar a reproducir los signos y síntomas de ansiedad e inestabilidad emocional de este tipo de estados de animo y si bien en controvertido algunos autores encontraron una correlación positiva entre el abandono de los psicofármacos y el aumento del riesgo de suicidio. En el estudio comentado anteriormente observamos una fuerte relación entre consumo de psicofármacos y dependencia, ya que el 69,5% de toda la población encuestada cree que estos generan algún tipo de dependencia o adicción, y el 59% reportó que no podía dejar de consumirlos, una cuarta parte refirió un acostumbramiento al fármaco. Finalmente, en una escala de 1 a 10 (1 menor dependencia-10 máxima dependencia) los consumidores señalaron una dependencia promedio de 5,6± 2,5 puntos, presentando una cuarta parte de ellos una dependencia alta al psicofármaco (8 puntos o más) (Leiderman E, 2006).

Todas las definiciones mencionadas con anterioridad, se encuentran enfocadas desde el paradigma tradicional de las adicciones, en donde el objeto droga - sustancia es entendido como la causa del padecimiento del sujeto. Otra concepción, que intentaremos abordar en el presente trabajo, es aquella en donde el sujeto responde a lo que la realidad le demanda continuamente desde su particularidad, siendo las adicciones una problemática multidimensional y compleja. En este contexto la pregunta ya no es ¿por qué algunos sujetos se tornan consumidores y otros no?, sino ¿por qué algunos consumidores se tornan adictos y otros no?

Desde la perspectiva del consumo problemático se considera que hay que cuestionar la relación mecánica y directa que se establece entre el consumo de drogas y la adicción, ya que cuando el consumo atenta contra la salud y la construcción de proyectos de vida incurre un uso que puede ser problemático.

Tal es el caso de consumos compulsivos, (un impulso irresistible por consumir, que no puede dejar de realizarse y cuyo correlato es la adicción), pero también otros usos en los cuales no hay compulsión ni adicción, como por ejemplo el simple hecho de probar sustancias de alto nivel de riesgo para la salud, o la exposición a situaciones en las que el consumo de por sí no sería problemático, pero que por la situación en la que se realiza o por la cantidad que se consume termina siéndolo.

En función de las definiciones planteadas, podemos observar el consumo problemático incluye no solo las sustancias psicoactivas, como las drogas legales o ilegales, que será en el tipo de consumo que nos encontraremos enfocados en el presente trabajo, sino también todos aquellos objetos que se consumen en la sociedad de consumo, como, por ejemplo, TV, Internet, moda, juegos, alimentos, entre otros.

Dentro de ellos podemos mencionar al:

- *Uso problemático*: cuando el uso de determinados objetos/sustancias afecta al sujeto o al entorno, teniendo en cuenta, la situación biológica del sujeto, el contexto - momento de su uso y frecuencia y cantidad. Aquí cabe aclarar que el mero uso de objetos, que no afecta al sujeto ni su entorno, no constituye parte del consumo problemático, por ejemplo, el mero uso de internet, a los fines de estudio o trabajo.
- Abuso y Dependencia: cuando existe un consumo compulsivo, es decir, cuando existe un impulso irresistible por consumir objetos, que no puede dejar de realizarse y cuyo correlato es la adicción. Y en este sentido, es preciso considerar con especial énfasis a los sujetos y ya no tanto a las sustancias, lo que permite inferir que la probabilidad de que se establezca una relación problemática con las drogas aumenta considerablemente en sujetos que se encuentran en situación de

vulnerabilidad bio-psico-social. Sin embargo, el reconocimiento de su situación de vulnerabilidad de ningún modo implica afirmar que el consumo problemático es un asunto exclusivamente de los jóvenes, ni de los pobres, ni de los jóvenes pobres.

Dentro de las situaciones de vulnerabilidad a nosotros nos interesa particularmente indagar si la autoestima y el bienestar psicológico podrían actuar como procesos intervinientes en la generación de la misma aumentado las predisposiciones al uso y consumo problemático de psicofármacos.

Factores predictores de consumo de psicofármacos

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente acerca del consumo problemático; consideramos que es necesario el aporte de mirada de los fenómenos desde el paradigma de la complejidad, el cual tiene por finalidad entender la problemática como una totalidad determinada por la interacción de diversos elementos, que no pueden considerarse aisladamente. Esto implica no caer en simplismos, ni reduccionismos que terminen por obstaculizar las posibilidades de generar conocimientos, sino que permita aproximarnos a una nueva forma de pensar y analizar la realidad (Sileoni, 2012).

El pensamiento complejo se desarrolla de la mano de Edgar Morín (Marcelo, 1990), quien plantea superar el pensamiento simplificador, aquel que se vincula ciegamente a un sistema de conocimiento para comprender al mundo sin ser capaz de ir más allá de los límites que a sí mismo se impone. Este pensamiento es unidimensional y simplista, en este sentido, el pensamiento complejo luce como una necesidad para transformar la realidad humana, como una especie de desafío a la hora de abordar y razonar todo lo que nos rodea. Por lo tanto, pensar desde la complejidad es acercarnos al aparente mundo real, y descubrir lo invisible, algo que siempre ha estado allí pero que jamás fue considerado por nuestra observación y pensamiento.

Desde este paradigma se plantea la heterogeneidad, la interacción permanente; todo objeto no se puede estudiar en sí mismo, sino en relación con su entorno. Existen principios rectores, los cuales se describirán a continuación:

- Dialógico: A diferencia de la dialéctica no existe superación de contrarios, sino que los dos términos coexisten sin dejar de ser antagónicos.
- Recursividad: El efecto se vuelve causa, la causa se vuelve efecto; los productos son productores, el individuo hace cultura y la cultura hace a los individuos.
- Hologramático: Este principio busca superar el principio de “holismo” y del reduccionismo. El holismo no ve más que el todo; el reduccionismo no ve más que partes. El principio hologramático ve las partes en el todo y el todo en las partes.

En este trabajo trataremos de considerar al consumo como consumo problemático, teniendo en cuenta al sujeto, a la sustancia (Psicofarmacos) y al contexto, asumiendo la problemática desde el paradigma de la complejidad, considerándolo un problema multicausal, tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones (Pons Diez, 2008). Este nos pone frente a un cúmulo de factores en permanente interrelación dinámica, entre los que podemos destacar: factores sociodemográicos, psicológicos, familiares, sociales, culturales y económico-políticos.

Factores sociodemográficos

El consumo es poco frecuente en jóvenes, incrementándose considerablemente a partir de los 35 años (Ohayon, 1996; Ohayon, 1996c). Tener 45 años o más constituye un posible factor predictor del consumo de psicofármacos (Villena, 2004) observándose que el aumento del consumo es dramático según aumenta la edad. Entre las posibles razones de que exista un mayor consumo entre personas de mayor edad, podría estar el aumento en el porcentaje de pacientes psiquiátricos/neurológicos en este grupo, así como el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de incapacidades.

Paralelamente, con la edad, se produce un aumento del uso de los servicios sanitarios y por consiguiente de la detección / diagnóstico de las enfermedades, a lo que se añadiría una mayor frecuencia de conducta defensiva de los médicos (Voyer, 2004). Sin embargo, parece que el consumo de medicación psicotrópica decrece a partir de la edad de 75 años, sugiriéndose que esto ocurre tal vez porque los médicos tienen mayor precaución al prescribir los fármacos en estos pacientes tan mayores (Mamdani, 1999), o bien porque los que sobreviven a estas edades suelen ser sujetos más sanos y por tanto necesitan menor medicación.

En diversos estudios se han observado cifras de consumo de casi el doble en mujeres que, en hombres, explicando este hallazgo por el aumento de éstas en cuanto a un consumo puntual u ocasional, ya que no existían tales diferencias entre género cuando el consumo era continuado (Isacson, 1988). Se ha sugerido que este predominio en el consumo en las mujeres se deba a una mayor predisposición y vulnerabilidad de éstas a los factores de estrés, así como a la mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (particularmente trastornos ansiosos y depresivos) (Carrasco-Garrido, 2007). Además, las mujeres expresan más comúnmente quejas de síntomas psicológicos y problemas emocionales y buscan ayuda profesional con mayor frecuencia (Carrasco-Garrido, 2007; Alonso Formento, 2006). Sin embargo, en algunos estudios el mayor consumo en mujeres se ha mostrado independiente de la comorbilidad psiquiátrica (Codony, 2007; Carrasco-Garrido, 2007).

Por otra parte, las mujeres suelen cumplir las prescripciones médicas explícitamente y ver más positivamente la medicación psicotrópica (Voyer, 2004). En esta misma línea, algunos autores sugieren que los hombres prefieren el uso del alcohol a la prescripción de fármacos para tratar sus problemas emocionales (Voyer, 2004). Otra de las posibles explicaciones causales sobre esta diferencia de género en la población adulta tenga que ver con el hecho de que en general, la situación sociolaboral de la mujer ha sido más precaria que la de los hombres. En concreto, un estudio señala que mientras en las mujeres son ciertos factores médicos específicos (percepción del nivel de salud y consumo de otros fármacos)

los que influyen en el consumo de psicofármacos, en los varones la influencia sobre dicho consumo vendría dada por factores de tipo socio-ocupacional, en concreto el nivel de educación y la satisfacción ocupacional (Empereur, 2003).

El consumo parece ser mayor entre aquellos que habían estado casados previamente (destacando el grupo de los viudos y divorciados (Fernández, 1997) y menor entre los solteros (Fernández, 1997; Codony, 2007). Hay evidencias que sugieren que mientras el matrimonio es un factor protector contra la enfermedad mental en los varones, actúa como importante fuente de estrés en las mujeres; así, un estudio señala diferencias significativas en las cifras de consumo de psicofármacos a favor de las mujeres casadas respecto a las solteras (Vázquez-Barquero et al., 1989). El consumo también varía en función del tipo de convivencia familiar, las personas que viven solas consumen más cantidad de psicofármacos que las que viven en familia (Villena, 2004; Secades Villa, 2003; Fernández, 1997).

En cuanto al nivel educativo, los años de estudio parecen mostrar una asociación inversa con el consumo de psicofármacos (valores más elevados de consumo en las personas sin Consumo de psicofármacos. Prevalencia y factores asociados. 32 estudios o con estudios primarios y menor consumo a mayor formación) (Carrasco-Garrido, 2007; Secades Villa, 2003; Villena, 2004). De hecho, algunos estudios señalan que el nivel educativo podría actuar como un elemento de protección esencial frente al desarrollo de trastornos psicológicos (Secades Villa, 2003). Sin embargo, en otros trabajos los años de estudio no mostraron ninguna asociación con el consumo de psicofármacos (Codony, 2007). Respecto al ámbito geográfico, hay evidencias de que existe una clara disminución del consumo en las zonas rurales (Velasco, 1988). Esto es debido, tal vez, a que el estilo de vida en áreas urbanas sea posiblemente más estresante y menos satisfactorio que en zonas rurales, lo que aumenta el riesgo de enfermedad física y/o psíquica y, por tanto, aumenta el consumo. También podría ser porque en las áreas rurales, por razones culturales o por inaccesibilidad a los servicios médicos, se pide menos ayuda médica y en consecuencia reciben menos prescripciones de psicofármacos (Vázquez-Barquero, 1989). Así mismo los

médicos rurales, por su estilo de trabajo, suelen prescribir menos tranquilizantes (Vázquez-Barquero, 1990).

Las mayores probabilidades de consumo parecen encontrarse entre los jubilados, las personas que se dedican a labores domésticas como las amas de casa, y aquellas que se encuentran desempleadas o inactivas (Codony, 2007; Secades Villa, 2003; Villena, 2004). De hecho, parece existir una tendencia a empeorar la salud mental con la duración del desempleo (Secades Villa, 2003)Además, las dificultades en el trabajo y factores sociales y del medio adversos se asocian a un mayor consumo (Boeuf-Cazou, 2010; Carrasco-Garrido, 2007). En situaciones de precariedad en el empleo se objetiva un abuso del consumo de psicofármacos. En concreto se han asociado algunos factores psicosociales en el trabajo con el uso de psicofármacos, tales como la percepción de dificultad del empleo, baja autonomía o excesiva sobrecarga. También se ha observado una estrecha asociación entre el acoso laboral y el consumo de psicofármacos; de hecho, el haber sido expuesto a una situación de acoso en el pasado incrementa el riesgo de consumo en el futuro. Las condiciones laborales podrían ser las responsables del inicio de la prescripción del Consumo de psicofármacos o bien de su autoconsumo (Niedhammer, 2011). Adicionalmente, se consumen psicofármacos para paliar los efectos producidos por el estrés laboral debido, entre otros factores, a los cambios en los ritmos biológicos naturales que provocan el trabajo a turnos, la nocturnidad y la necesidad de conciliar y regular el sueño y el descanso (Boeuf-Cazou, 2010).

Factores Psicológicos

Existen variables individuales que constituyen zonas vulnerables asociadas a la problemática del consumo. Una de ellas se relaciona con los rasgos de dependencia que, cuando se presentan de un modo excesivo en un trastorno de personalidad, lleva a los sujetos a establecer relaciones de dependencia con diferentes objetos para la satisfacción de sus propias necesidades. En momentos

de mayor vulnerabilidad, transformación y desajuste, momentos en los que los recursos habituales con que cuenta el individuo le resultan insuficientes o poco adecuados, aumenta la angustia generando conductas de búsqueda de objetos que la calmen. Entre estos factores psicológicos, también se pueden encontrar otros factores como: la baja tolerancia a la frustración; la dificultad para comunicar sentimientos y pensamientos con palabras; y la imposibilidad de sostener proyectos, expectativas y metas propias.

Factores Familiares

Si bien las configuraciones familiares que predispone a los sujetos al consumo problemático pueden ser muchas, la ausencia de límites claros puede considerarse como el elemento nodal en la mayoría de los casos. Esto se origina por la falla en las funciones que debe cumplir cada miembro y que permite regular los intercambios; situación que puede manifestarse tanto por conductas sobre protectoras como de abandono o indiferencia. Los factores contemplados dentro de este ámbito son: la estructura de comunicación inexistente o deficitaria, el maltrato físico y/o psíquico, modelos paternos consumidores de drogas. Algunos estudios sugieren que los amigos y las relaciones intrafamiliares influyen en el consumo de psicofármacos. En este sentido, la presencia de un amigo o familiar consumidor habitual de psicofármacos figura en un porcentaje importante de los que se automedican con psicofármacos (Martínez, 2008). En un estudio se destaca también la diferencia en el uso de psicofármacos en función del tipo de convivencia familiar, apuntando que las personas que viven solas consumen más cantidad de psicofármacos que las que viven en familia (Secades Villa, 2003). En otro estudio se evidenció que la existencia de disfunción familiar (entendida ésta como la pérdida del cumplimiento de las funciones de la familia, bien sean afectivas, sociales, de cuidado, etc.) grave (grado evaluado según el test de Apgar familiar) se asociaba a un mayor consumo (Villena et al., 2004)

Factores Sociales

Son aquellos que se relacionan con una perspectiva más global y contemplan el análisis de las sociedades actuales, sometidas a cambios vertiginosos. Tienden a romper los vínculos de pertenencia, lo que lleva a los sujetos a realizar permanentes esfuerzos de reacomodación para sentir que pertenecen a las diferentes instituciones o grupos y no quedar excluidos de sus ámbitos habituales. La fuerza que tienen los grupos puede arrastrar a sus miembros, sobre todo a los más débiles al consumo problemático. Ante situaciones socioeconómicas particulares, los adultos se sumergen en la desesperanza y falta de proyectos lo que lleva a que busquen posibles salidas en la problemática del consumo.

Factores Culturales

La cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre los hombres y entre estos y los objetos. En el mundo capitalista actual se desarrolla la creencia de que la mayoría de las necesidades pueden ser aliviadas en plazos cortos y con mínimos esfuerzos, en detrimento de aquellos valores que propone una cultura del esfuerzo a través del tiempo.

Factores Económicos y Políticos

Deben ser contemplados en este análisis ya que permiten dar cuenta de la multicausalidad de la problemática desde una perspectiva macro, donde incorporamos la burocratización que conduce al aislamiento progresivo, al desarraigo afectivo e ideológico, entre otras formas de exclusión.

Factores de Riesgo y de Protección

A su vez, en la multicausalidad del consumo problemático podemos, también, hacer análisis de los factores de riesgo y factores protectores considerados condicionantes en la dinámica del desarrollo de la problemática. La evaluación verdadera de ambos permite conocer la situación real en donde habrá que desarrollar el trabajo preventivo, ya que los factores de riesgos nos muestran el camino conveniente a seguir en la intervención y los factores de protección nos dan la pauta acerca del cómo y con qué lo haremos.

Los factores de Riesgo son aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones, son elementos que presentan una alta probabilidad de desencadenar un suceso indeseable, en este trabajo consideraremos aquellos factores que pueden aumentar el riesgo de consumo de psicofármacos, centrándonos en dos de ellos como son la autoestima y el bienestar psicológico.

Por otra parte, los factores Protectores definen el terreno de los recursos con que se contará a la hora de llevar a cabo las acciones de prevención, ya que los mismos deberán ser potenciados con la finalidad de lograr una disminución de la repercusión que el consumo de psicofármacos presenta sobre la vida de los sujetos.

Autoestima

Definiciones y dimensiones de autoestima

Según Nathaniel Branden, la autoestima es la experiencia de ser competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida, y ser dignos de felicidad. Consiste en dos componentes: 1) Considerarse eficaces confiar en la capacidad de uno mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas y, por extensión, superar los retos y producir cambios; 2) el respeto por uno mismo, o la confianza en que las personas son dignas de los logros, el éxito, la amistad, el respeto, el amor y la realización que aparezcan en sus vidas (Branden, 1993).

Craig define la autoestima como: “el hecho de verse a uno mismo como una persona con características positivas, como alguien que tendrá un buen desempeño en las cosas que juzga importantes”

Según Dorothy Corkille Brigg la autoestima se refiere a como se siente la persona consigo mismo, a la opinión general o juicio que la persona realiza sobre uno mismo (Branden, 1993).

Stanley Coopersmith define la autoestima como “la evaluación que realiza un individuo sobre sí mismo, expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor” (Branden, 1993).

En síntesis, en el presente trabajo consideraremos a la autoestima el juicio que realiza el individuo sobre el merecimiento, que se expresa en la actitud que mantiene éste hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que el individuo trasmite en forma verbal o mediante la conducta abierta.” Es una cualidad de la personalidad que garantiza nuestra capacidad de control sobre nosotros mismos y nuestro medio, siendo este ultimo aspecto sumamente importante a la hora de establecer un consumo problemático, en este caso de psicofármacos.

La autoestima inspira a las personas a conseguir cosas y les permite sentir placer y orgullo por los logros obtenidos, experimentar la satisfacción. Una autoestima elevada busca el reto y el estímulo que suponen unas metas dignas y exigente, siendo el alcance de estas metas un sano alimento de la misma. Por otra parte, una baja autoestima disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida, los sujetos tienden a sentirse más influidos por el deseo de evitar el dolor que por el de experimentar la alegría (Bandura, A, 1984). Esto no quiere decir que sean necesariamente incapaces de alcanzar ciertos valores auténticos. Las personas que tienen una autoestima pobre serán menos eficientes de lo que podría serlo potencialmente, esto también implica que estarán limitados la capacidad de que sus logros produzcan alegría, nada de lo que hagan les parecerá suficiente.

Existen varias dimensiones o áreas específicas que determinan e influyen sobre la autoestima (Cilauro, 2006).

- *Dimensión física*: hace referencia a sentirse atractivo físicamente, en el mundo actual una sobrevaloración de la belleza, así como el establecimiento de estereotipos sumamente restrictivos e inalcanzables conducen a baja a autoestima y frustración.
- *Dimensión social*: implica el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los iguales y el sentimiento de pertenencia, es decir, el sentirse parte de un grupo. También incluye sentirse capaz de enfrentarse con éxito a diferentes situaciones sociales y el sentimiento de solidaridad.
- *Dimensión afectiva*: está muy relacionada con lo anterior, pero se refiere a la autopercepción de características de personalidad, como sentirse: simpático o antipático; estable o inestable; valiente o temeroso; tímido o agresivo; tranquilo o inquieto; de buen o de mal humor; generoso o tacaño; equilibrado o desequilibrado.
- *Dimensión académica*: se refiere a la autopercepción de la capacidad para enfrentar con éxito las diversas situaciones de la vida escolar. Implica también la autovaloración de las capacidades intelectuales, tales como sentirse creativo, constante, etc.

- *Dimensión ética*: hace referencia a sentirse una persona buena y confiable, o, por el contrario, mala y poco confiable. También implica atributos como sentirse responsable o irresponsable, trabajador o vago.

Naturaleza de la autoestima

Las evaluaciones que emiten las personas sobre ellas mismas, de las cuales se lleva a cabo el constructo de la autoestima, se suelen experimentar no como un juicio consciente, manifestado verbalmente, sino bajo la forma de un sentimiento, que puede ser difícil de aislar e identificar porque lo experimentan constantemente, formando parte de todos los demás sentimientos, encontrándose implicado en cada una de nuestras respuestas emocionales.

La naturaleza de esa autoevaluación tiene profundos efectos sobre el proceso de pensamiento de la persona, sus emociones, sus deseos, valores y objetivos. Es la clave más significativa para su conducta. La autoestima tiene dos aspectos interrelacionados sumamente importante que se detallaran a continuación y son la confianza y respeto en uno mismo (Branden, 1993):

- *La confianza en uno mismo*: la sensación de eficacia

Dado que el hombre se enfrenta a una realidad que le ofrece constante alternativas, debiendo elegir sus metas y acciones, su vida y su felicidad exigen que acierte: que tanto sus conclusiones como decisiones sean correctas. Lo que necesita es lo que está dentro de su capacidad: la convicción de que su método de elegir y de tomar decisiones, es decir su manera característica de usar su conciencia es correcta, pudiendo la misma ser ajustada a la realidad. El hombre necesita esa confianza en sí mismo por qué dudar de la eficacia de su instrumento de supervivencia significa detenerse, paralizarse, estar condenado a la ansiedad y la indefensión condenado a no estar capacitado para vivir (Branden, 1993).

El respeto hacia uno mismo: La sensación de dignidad

Todo ser humano se juzga según algún patrón, algún estereotipo social construido y culturalmente aceptado, hasta el punto en que no logre satisfacer este, sus sensaciones de valor personal, su respeto por sí mismo, padecerá en consecuencia. El hombre necesita respetarse a sí mismo porque tiene que actuar con miras a obtener ciertos valores, y para poder actuar, necesita valorar al beneficiario de esos actos. Para buscar valores, el hombre debe considerarse digno de disfrutarlos, para luchar por la felicidad debe considerarse digno de ella. Debemos recordar que la autoestima es una valoración moral, y la moralidad cae dentro de lo volitivo, de aquello que está abierto a la elección humana.

Los seis pilares para la autoestima

Branden reconoce (Branden, 1993) que existen seis practicas fundamentales, que cuando estas se hallan ausentes, la autoestima se ve perjudicada, mientras que cuando se encuentran presentes formen y forman parte integral de la vida de la persona, hacen que la mismas se vea fortalecida.

Los seis pilares son: La práctica de vivir conscientemente, la práctica se aceptarse a uno mismo, la práctica de aceptar responsabilidades, la práctica de afirmarse a uno mismo, la práctica de vivir con un propósito y la práctica de la integridad. Todas ellas serán descriptas a continuación.

La práctica de vivir conscientemente

Los que intentan vivir sin pensar, y eluden los hechos desagradables de su vida, presentan una deficiencia en su sentido de la dignidad personal. Cuando conocen sus defectos, tanto si los demás los perciben como si no, con el paso del tiempo, crea un sentimiento sobre qué tipo de individuo es, dependido de las elecciones que haga y el grado de racionalidad e integridad que manifieste. Cuando este vivir consiente no se da de manera espontánea, existen diferentes

recursos que puede hacer que dicho sentimiento aparezca, por ejemplo, mediante la terapia se puede inducir la conciencia a través de:

- la creación de un entorno en el que el pensamiento y exploración sean seguros
- el uso de un amplio repertorio de intervenciones que eliminen los obstáculos para alcanzar la conciencia
- concienciar al cliente de las consecuencias autodestructivas de la ceguera inducida por sí mismo
- ejercicios específicos destinados a potenciar la conciencia

La práctica se aceptarse a uno mismo

Se trata de un acto primario de valoración propia que funciona como punto de partida. Se expresa, en parte mediante la voluntad de aceptar que pensamos lo que pensamos, sentimos lo que sentimos y somos lo que somos. La aceptación de uno mismo implica rehusar a considerar cualquier parte de nuestro ser como algo ajeno. Es la voluntad de experimentar, en lugar de evadir, todas nuestras circunstancias, en cada momento en particular. Se trata de la virtud del realismo aplicada a uno mismo. De este modo, si la persona comete un error, al aceptar que es suyo, tiene la liberad de aprender de él y mejorar en el futuro. Por lo tanto, aceptarse a uno mismo es la condición previa al cambio y al crecimiento.

La práctica de la responsabilidad

Para sentirse competente para vivir y ser digno de la felicidad, la persona necesita sentir que tiene el control de su propia existencia. Esto requiere que esté dispuesto a aceptar la responsabilidad por sus acciones y la consecución de sus metas, lo cual conlleva que debe aceptar la responsabilidad por su vida y

bienestar. La práctica de ser responsable de uno mismo implica darse cuenta de los siguientes puntos:

- soy responsable de hacer realidad mis deseos
- soy responsable de mis elecciones y actos
- soy responsable del grado de conciencia que introduzco en mi trabajo
- soy responsable de mi conducta con otras personas
- soy responsable del modo en que distribuyo mi tiempo
- soy responsable de comunicarme correctamente con los demás
- soy responsable de mi felicidad personal
- soy responsable de elegir los valores según los cuales vivo
- soy responsable elevar el grado de mi autoestima 91

La práctica de a la autoafirmación

Afirmarse a uno mismo es la virtud de expresarse adecuadamente, respetando las necesidades, deseos, valores y convicciones que tenemos como personas. La persona que no se afirma así mismo suele intentar eludir enfrentarse a alguien cuyos valores sean distintos, o simplemente intenta “encajar con los demás”. Cuando amplia las fronteras de su capacidad de enfrentarse a los problemas, también expande su eficacia y su respeto por sí mismo.

La práctica de vivir con un propósito

Se ha definido la vida como un proceso de acciones que se sustentan y generan a sí mismas (Rand, 1961). Por consiguiente, los propósitos constituyen la esencia del proceso vital. Por medio de nuestros propósitos, organizamos nuestra conducta, por medio de nuestras metas, creamos la sensación de tener la estructura que permite experimentar el control sobre nuestra existencia. Vivir con

un propósito supone utilizar nuestro poder para alcanzar objetivos que hemos seleccionados, nuestras metas nos hacen avanzar, exigiéndonos el ejercicio de nuestras facultades, y dotando de energía a nuestra existencia.

La práctica de la integridad

Cuando la conducta es congruente con los valores profesados, se dice que una persona tiene integridad. Los que se comportan de una manera que entre en conflicto con sus propios juicios sobre lo correcto, quedan mal ante sí mismos. Necesitamos principios para guiar nuestras vidas, principios que deben ser razonables, porque si los traicionamos, nuestra autoestima sufrirá las consecuencias. La integridad es uno de los guardianes de la salud mental.

Causas de baja autoestima

Branden postula que la baja autoestima constituye tanto un factor podría que predispone a experimentar problemas psicológicos como la consecuencia de estos, además estos últimos, contribuyen significativamente al constante deterioro de la misma (Branden, 1999).

Una baja autoestima es sentirse inapropiado para la vida, inadecuado, no acerca de un tema, sino inadecuado como persona, inadecuado en la propia existencia e inadecuado para responder a los desafíos y alegrías de la vida generando un sentimiento de profunda incapacidad y desmerecimiento. Siguiendo a este autor, podemos decir que la baja autoestima se correlaciona con la irracionalidad, con la rigidez, el miedo a lo nuevo y a lo desconocido, con la conformidad inadecuada o con una rebeldía poco apropiada, con la sumisión o el comportamiento reprimido de forma excesiva y el miedo a la hostilidad de los demás. Todo eso conlleva a que en ocasiones pueden responder con hostilidad o agresión.

Esta implica insatisfacción, rechazo y desprecio hacia sí mismo, los sujetos que la padecen se ven como inútiles, dependientes y abrumados, siendo más vulnerables ante cualquier situación.

Los problemas de autoestima y las conductas sociales poco desarrolladas suelen ir unidas a estados emocionales negativos, ya que entran en un círculo vicioso muy reforzante: al no apreciarse a sí mismas, carecen de motivación para llevar a cabo su superación personal, son pesimistas y se sienten inseguras para abordar los problemas cotidianos, lo que las hace poco comunicativas, tristes y con escasa capacidad resolutiva. Esto las lleva a autocriticarse negativamente, socavando su autoestima y cerrando así el círculo vicioso.

Puede expresarse de diferentes maneras dependiendo de la personalidad del sujeto, de sus experiencias vitales y de los modelos de identificación a los que ha estado expuesto. Algunas de las actitudes y conductas más frecuentes de las personas con problemas de autoestima son las siguientes (Branden, 1993):

• *Actitud excesivamente quejumbrosa y crítica*: esta actitud es una forma de expresar una sensación de descontento porque las cosas no les resultan como ellos se merecen o esperaban y la sensación de no ser suficientemente valorados por las otras personas. A través de sus quejas y críticas buscan la atención y la simpatía de los otros, pero pueden llegar a ser rechazados porque los demás se aburren de sus constantes quejas o consideran injustos sus reclamos. Esta actitud del ambiente viene a confirmar en ellos la idea de que nadie los comprende y asumen una posición de víctimas.

• *Necesidad compulsiva de llamar la atención*: son sujetos que están constantemente demandando que se los atienda, como una manera de lograr que los demás les confirmen que son importantes. Suelen interrumpir para que los demás se fijen en lo que están haciendo o pensando. Normalmente no tienen éxito y reciben respuestas negativas. Así, su necesidad de aprobación queda insatisfecha, lo que exacerba la actitud demandante.

• *Necesidad imperiosa de ganar*: son sujetos que se frustran y se ofuscan en forma desproporcionada si pierden. Creen que para ser queribles deben lograr

ser siempre ser los primeros y hacerlo siempre mejor que los demás. No pueden asumir una actitud relajada de diversión, ya que el perder es vivido como una catástrofe. Lo mismo les sucede en todas las situaciones que involucran competencia. Son malos perdedores, porque no aceptan la derrota; y malos ganadores, porque hacen una ostentación exagerada de sus éxitos.

• *Actitud inhibida y poco sociable*: en la medida en que se los valora poco, tienen mucho temor a autoexponerse. Imaginan que son aburridos para los otros sujetos, por esta razón no se atreven a tomar la iniciativa creyendo que podrían ser rechazados. Tienen mucha dificultad para hacer amigos íntimos, y aunque no son rechazados tampoco son populares, ya que responden de manera poco activa a las demandas de los demás.

• *Temor excesivo a equivocarse*: son personas que están convencidas de que cometer una equivocación equivale a una catástrofe, por esta razón se arriesgan poco o nada.

• *Actitud insegura*: son sujetos que confían poco en sí mismos. Presentan gran inseguridad para autoexponerse, por ejemplo, tienen temor a hablar en público y un marcado sentido del ridículo. Esta actitud frena su creatividad, ya que prefieren hacer sólo aquello que están seguros de hacer bien. A pesar de que muchas veces tiene gran capacidad dedican mucho tiempo y energía a su trabajo, les falta originalidad, ya que el temor a errar y a probar nuevas experiencias limita sus posibilidades innovadoras.

• *Ánimo triste*: a veces aparecen como sujetos muy tranquilos, pero si se les observa con cuidado, muestran un sentimiento general de tristeza, sonríen con dificultad, las actividades que se les proponen no los motivan. Les falta espontaneidad y aparecen como poco vitales en relación a los demás. Tampoco pelean por su espacio y, en una actitud resignada, aceptan el lugar que se les asigna. Hay que tener presente que estas personas necesitan más que otros que se les dé un espacio significativo y que se les reconozcan sus habilidades.

• *Actitud perfeccionista*: La mayoría de estas personas, en su afán de corregir y mejorar lo que están haciendo, resultan muy pocos productivos. Les

cuesta discriminar que es importante y que no lo es, por lo que gastan la misma energía en cosas accesorias que en cosas importantes, dejando de hacer, en ocasiones, tareas fundamentales.

• *Actitud derrotista*: son sujetos, que, por su historia de fracasos, tienden a imaginar que ante cualquier empresa que deban enfrentar los resultados van a ser deficientes, por lo que muchas veces ni siquiera lo inician. Se auto perciben como fracasados.

• *Necesidad compulsiva de aprobación*: son sujetos que quisieran ser constantemente aprobados por todos. Necesitan reconocimiento por cada logro y están buscando permanentemente la atención de los otros, dependiendo de ellos para su valoración personal. Detrás de esta necesidad de aprobación hay una inseguridad muy grande, una falta de confianza en sus propias capacidades y un temor muy marcado a mirarse a sí mismos, a enfrentar sus sentimientos y a autoevaluarse.

Las causas de una baja autoestima son muy diversas y varían en función de la edad, por tal motivo nosotros en función de los objetivos planteados nos centraremos en aquellas presentan en población adolescente - adulta, ya que incluiremos adultos entre 18 – 65 años de edad.

En la adolescencia, en general las causas que socavan la autoestima en adolescentes residen en un entorno social y familiar desfavorable, entorno en el que son humillados o ridiculizados, no reconocen sus logros y remarcan sus errores, no satisfacen sus necesidades de ser escuchado y consolado, no valoran sus ideas o propuestas, compararlo negativamente con otros, forzándolo a hacer cosas que no desea, no respetan las diferentes fases evolutiva haciéndolos responsables de cosas para las que no está capacitado, tratándolo de inútil para hacer una actividad que si podría realizar, reciben conductas incoherentes de sus padres o cuidadores, recriminan su conducta sexual espontánea, sobreprotegen o hacen que se sienta culpable como medida represiva, dirigirse a él con apelativos o ademanes humillantes.

Por otra parte, con la edad las personas se vuelven cada vez más sensibles a la valoración de quienes nos rodean, especialmente de aquellos que queremos. Las causas de una baja autoestima son múltiples, como es el caso de: situación laboral indeseable, crisis sentimentales, defectos físicos, humillación y crítica ante los demás, trastornos emocionales, crisis evolutivas (jubilación muerte de familiares, enfermedades crónicas, etc.).

Autoestima y etapa productiva de la vida

Siguiendo a Branden (Branden, 1987), uno de los aspectos más importantes a considerar dentro de la autoestima, es la relación entre esta y la etapa productiva de la vida de los sujetos, ya que ese será el rango etario que decidimos para incluir en el presente trabajo, y se encuentra en íntima relación con el crecimiento y el ejercicio de las capacidades mentales del hombre.

En esta etapa se encuentra permanentemente presente el concepto de eficacia: la cual se puede referir a la efectividad de una persona en áreas específicas de consecución de objetivos, que se derivan del conocimiento y habilidades concretas que esta ha ido adquiriendo, en función de los mandatos sociales imperante en una época determinada. Sin embargo, también podemos calificar una eficacia particularizada, esta hace referencia a que una persona puede poseer cierta variedad de habilidades prácticas, sentir confianza en sí misma en un determinado número de áreas delimitadas y, sin embargo, carecer de ese sentido de eficacia fundamental que es propio de la autoestima.

El hombre conserva su eficacia metafísica mediante la expansión constante de eficacia particularizada, durante toda su vida; es decir, mediante la expansión de su conocimiento comprensión y capacidad. El crecimiento intelectual constante es una exigencia de la autoestima, una necesidad de la vida humana. Por lo tanto, el hombre sobrevive no ajustándose a su entorno físico como un animal, sino transformándolo por medio del trabajo productivo.

El deseo de crecer en conocimientos y habilidades, en comprensión y control, es la expresión de la dedicación humana al proceso vital. La pasividad estancada y la autoestima son incompatibles. Esto no quiere decir que, para una persona psicológicamente sana, la vida consista únicamente en resolver problemas, realizar un trabajo productivo y perseguir metas a largo plazo (Branden, 1999).

El ocio, el recreo, el amor, el compañerismo humano son elementos vitales de la existencia humana, sin embargo, el trabajo productivo es el proceso mediante el cual un hombre alcanza esa sensación de control sobre su vida que es la precondición necesaria para ser capaz de disfrutar los demás valores que tiene a su alcance. La persona que carece de dirección o propósito, aquella que carece de metas productivas, necesariamente se siente indefensa y fuera de control, siendo más frecuente la tendencia a conductas autodestructivas, dentro de las cuales podemos mencionar conductas de consumo problemático y abuso de sustancias (Vezzoni, 2002).

Un propósito productivo es una necesidad psicológica, una exigencia del bienestar psicológico. El placer más temprano que hallamos en la vida humana es el de obtener una sensación de control, de eficacia, placer que ella misma genera. Esta es la forma de placer que una persona psicológicamente sana no pierde nunca, sigue siendo un motivo central en su vida. La envergadura de la ambición productiva de una persona refleja no solo la esfera de acción de su inteligencia, sino, lo que es más importante, el grado de su autoestima (Rand, 1967). Cuanto más alto sea el grado de autoestima de una persona, más alta serán las metas que se fije y más exigente los desafíos que tienda a buscar. Los logros productivos son consecuencia y expresión de una autoestima sana, no su causa. La causa de una autentica autoestima es psicoepistemologica: el carácter racional, centrado en la realidad, de los procesos de pensamientos humanos. En términos generales, existen cinco áreas (interconectadas) que permiten al hombre disfrutar de la vida: el trabajo productivo, las relaciones humanas, el esparcimiento, el arte y el sexo. El trabajo productivo es el área más fundamental; es esencial para el sentido de

eficacia que tenga una persona, y, por tanto, para su capacidad de disfrutar plenamente de los demás valores de su existencia.

Bienestar psicológico

Definiciones

Definir un constructo tan complejo como es el bienestar psicólogo no resulta una tarea facial, dado que existe una falta de acuerdo en su delimitación conceptual la que se debe, entre otras razones, a la complejidad de su estudio, determinada en muchos casos por su carácter temporal y a una diversidad de enfoques, lo que no ha permitido aún llegar a un consenso en cuanto a su conceptualización y medición. Han sido múltiples los autores que al largo de la historia han intentado elaborar una definición que lo contenga. A continuación, enunciaremos algunos de los que consideramos más apropiados en función del trabajo que nos encontramos llevando a cabo

Veenhoven (Veenhoven, 2013) define al bienestar psicológico como el grado en que un individuo juzga su vida como un todo en términos positivos, es decir, que el sujeto evalúa la vida en una medida de encontrarse a gusto con la vida que lleva. Para realizar esta autoevaluación el individuo utiliza dos componentes: pensamientos y afectos. Cuando el componente cognitivo discrepa con el afectivo la satisfacción con la vida, representa un conflicto entre aspiraciones y logros. El rango de bienestar psicológico, se da desde la sensación de realización personal, hasta la impresión vital de fracaso. La principal característica del bienestar es ser estable.

Victoria (2005) considera el bienestar psicológico como psico-afectivo, el mismo debe mantenerse estable, y deriva de vivencias personales, irrepetibles, surgidas en el marco de la vida social y de historia personal. Considera que la vida comienza en un cimiento de experiencia personal, sabiendo manejar los errores, que flotan en el medio donde se desenvuelve, estos no le paralizan para eso en necesario tener en claro el pasado, y viéndolos como otra faceta de la vida según sus intereses.

Por su parte, Valls (Valls, 2008) menciona que todo individuo posee un umbral de bienestar básico, que tiende a mantenerse a lo largo de la vida, este actúa de acuerdo a las necesidades que se ejercen constantemente para conservar el bienestar psicológico. Cada sujeto vive la vida, de acuerdo a los principios que rigen la cultura a la cual pertenece y basa las ideas y pensamientos en algunas experiencias vividas para evitar algunas equivocaciones.

Día a día, el ser humano se ve obligado a tomar nuevas estrategias para mantener una vida saludable y exitosa para estar alejado de múltiples factores negativos como: preocupación, estrés, ideas obsesivas, pensamientos negativos; quizá para escapar de una responsabilidad social o por problemas que el mismo ser humano no es capaz de darle una solución, por falta de interés o ya sea por falta de apoyo de los demás.

Por otro lado, García y González (García, 2007) exponen que, dentro del bienestar psicológico, la capacidad de aceptación ayuda al adulto mayor a enfrentar satisfactoria y positivamente los retos que le presenta la vida.

Subescalas de bienestar psicológico

Los autores que han trabajado en el tema consideran cuatros aspectos que constituyen el bienestar psicológico y los han denominado como subescalas. Dentro de ellas podemos mencionar:

Bienestar subjetivo

Layard (Layard, 2005) considera que existe varios factores sobre bienestar subjetivo dentro de los cuales se encuentran los siguientes: relaciones familiares, satisfacción en el trabajo, en la comunidad y amigos, salud, libertad personal y valores personales. Todos estos factores influyen en que el humano sea un ser

con éxito, que goce de una verdadera satisfacción personal, que logre las diferentes actividades con que se identifica,

Al lograr lo descrito con anterioridad se puede disfrutar de una relación familiar, en donde la comprensión y aceptación es parte de cada miembro. La satisfacción con respecto a la situación financiera juega un papel fundamental en la vida de la persona. Cuando se siente profundamente insatisfecho, el individuo se centra en una situación preocupante donde todo le resulta negativo. La comunidad y los amigos son fuente de apoyo emocional durante el proceso de toma de decisiones y solución de conflictos. Cuando la persona goza de una verdadera libertad, nadie puede tomar las decisiones en lugar de ella, porque tiene clara las ideas y pensamientos para defenderse en el momento oportuno.

Alzina lo considera (Alzina, 2008), como la valoración global que una persona hace sobre la satisfacción en la vida. En la actualidad, el ser humano considera la propia vida como un pasatiempo, debido a que no puede encontrar satisfacción por la ausencia de relaciones interpersonales, por tal motivo es importante realizar una evaluación de cómo se encuentra y hacia dónde quiere llegar con la filosofía actual respecto a la vida; en este caso no significa que sólo se puede quedar con la parte teórica; una persona puede demostrar felicidad, alegría al englobar todos los aspectos que la hacen sentir como un ser sociable.

Márquez y Vallejo (Márquez, 2009) consideran el bienestar subjetivo como sentimientos de satisfacción con la vida, familia y trabajo. Cuando una persona encuentra la verdadera satisfacción consigo misma, es posible alcanzar objetivos, propósitos que servirán como complemento para sentirse bien; lo mismo en el seno de la familia, se puede evidenciar al momento de demostrar interés, atender a cada miembro con respecto sus necesidades, por otro lado un sujeto con bienestar, en él o ella se puede apreciar, cariño, entusiasmo, respeto, proyección e iniciativa para enfrentar retos en beneficio de la comunidad donde se desenvuelve, porque la fuerza psíquica nace por dentro y se basa en un sentimiento de humanismo.

García (García, 2006) argumenta sobre el bienestar subjetivo y lo considera como ser capaz de gozar de las cosas que lo rodean mediante una implicación activa y entusiasta en la construcción de nuevas experiencias. En los últimos años, las cosas materiales son consideradas como felicidad por el valor económico que poseen cada uno de éstas; al contrario, son elementos que ayudan a cada persona para llevar a cabo las metas deseadas en la vida, sobre salir y dejar a un lado la rutina cotidiana.

Rice (1997) citado por Papalia (Papalia, 2005) describe el bienestar subjetivo como la forma en que los adultos se sienten consigo mismos, con los demás y con la vida en general. La persona adulta se inclina hacia el bienestar subjetivo, por la cantidad de experiencias vividas, y vivencias observadas en diferentes culturas. Cada cosa o elemento es considerado valioso, no por el precio económico, sino por la utilidad y por el valor sentimental. Para dar cumplimiento sobre el verdadero sentido del bienestar subjetivo, es necesario tomar en cuenta dos aspectos; cómo lograr cada recurso y como puede aprovecharse, algunas personas poseen suficientes recursos para realizar un trabajo o cubrir las necesidades, pero no cuentan con suficiente capacidad. Son importantes en este caso las relaciones interpersonales en donde se comparten necesidades, inquietudes sobresalir ante diferentes situaciones con que se enfrenta.

Bienestar material

Díaz (Díaz, 2005) define el bienestar material como el conjunto de bienes materiales que se necesitan para vivir adecuadamente; en los últimos tiempos de una nueva época de competitividad, el ser humano tiene que tener dos aspectos claros: primero para realizar la vida plena, en paz, es necesario contar con algunos bienes para demostrar la diferencia ante los demás, lograr alguna carrera universitaria, comprar algún bien inmueble, ahorrar algunos recursos económicos, rentar. Estos son elementos que pueden hacer feliz a una persona, y tener el cuidado de saber utilizarlos, y no olvidar que las cosas son importantes, pero

también hay que apreciar más la salud, porque a veces se prefieren las cosas materiales en perfecta condición y a la salud no se le da importancia, pudiendo esto ultimo generar graves repercusiones sobre la calidad de los sujetos que desarrollan esta filosofía de vida.

García (2006) define el bienestar material como una buena alimentación, mejores medios para protegerse de las inclemencias atmosféricas, mejoras en las condiciones de trabajo, en la salud e higiene y sobre los bienes de consumo, ampliamente sobrevalorados en la sociedad capitalista actual. Sin embargo, es cierto que las personas por ser seres sociable, necesitan relacionarse con todos los elementos con que la naturaleza cuenta, para satisfacer diferentes necesidades. En este sentido, es frecuente que por ejemplo las personas que viven en el área rural dependen mucho del cultivo, medio en el cual obtienen recursos económicos para satisfacer todas las necesidades de la vida, por tal razón se considera como único y sagrado por el beneficio que ofrece a muchas familias, por otro lado, para el resto, solo se aprovecha de ella y no cuida la naturaleza, siendo el único objetivo obtener la mayor riqueza necesaria y no pensar qué será de las nuevas generaciones.

Bienestar laboral

El trabajo constituye un eje central en la vida de la gran mayoría de los adultos jóvenes, pudiendo favorecer la consecución de logros y objetivos personales, pero también sabemos que puede convertirse en fuente de insatisfacción y frustración personal.

En este sentido Toledo (Toledo, 2011) considera que ha sido demostrado en las últimas décadas que existe una fuerte relación entre satisfacción laboral y satisfacción de vida y que cuando hay conflictos en el área laboral, esto afecta el bienestar psicológico. Es importante que los empleadores tomen en cuenta las distintas condiciones de trabajo y el ambiente que ofrecen a los trabajadores. Si son tratados mal, esto se refleja en el bienestar personal y los trabajadores

demostraran desinterés, se desenvolverán solo por cumplir un horario debido a que, no encentrarán sentido respecto al trabajo porque no se sienten aptos para realizarlo.

Muñoz (Muñoz, 2007) engloba en el bienestar laboral varios aspectos, como remuneración, clima en el equipo de trabajo, relación entre pares y líneas jerárquicas, presiones, seguridad, higiene y ergonomía de los ambientes, elementos de trabajo inapropiados o utilizados, hábitos postulares, tipos de contratación inciertos, y falta de motivación. De acuerdo al contexto donde cada persona se desenvuelve, el aspecto laboral es el medio en donde se obtienen los recursos para satisfacer las necesidades, lograr los propósitos de la vida, sentirse feliz. Cuando está parte no se encuentra, el ser humano se inclina por actividades destructivas, tales como: Formar parte de algún grupo antisocial, inclinarse hacia el consumo problemático de sustancias, huida de desatender obligaciones familiares, sociales y personales.

Si la persona se encuentra dispuesta a desempeñar cualquier puesto con el propósito de obtener recursos económicos según la capacidad que posee, pero resulta que son violados sus derechos, entonces no encuentra el verdadero sentido ni beneficio del trabajo que realiza, y ahí el bienestar psicológico decrece.

Pérez y Oteo (Pérez, 2006) consideran la satisfacción laboral, como un factor que determina el grado de bienestar que un individuo experimenta en el trabajo. De acuerdo a varios casos que suscitan en diferentes medios laborales, es importante mencionar la satisfacción en todo momento, es decir, si una persona no se siente a gusto porque le ofrecieron un empleo a cambio de recibir remuneración por los servicios prestados o porque tenía una necesidad, este es un error que flota en el medio social, ya que, el resultado de ser forzado en algún puesto, se hace presente en el fracaso, el desinterés, mal humor, desorganización, son algunos factores típicos en el medio laboral.

Bienestar de relación de pareja

De Lourdes (De Lourdes, F, 2007) menciona que la mayor parte de las sociedades han protegido a la pareja y la familia como una forma de asegurar la continuidad de la especie y el progreso de la civilización. El comienzo de una nueva vida, proviene de una pareja o familia, no se puede descartar esta parte, por más desorganizada que esté, es la base de una sociedad y de ahí parte la primera iniciativa de formar buenas personas, es la primera escuela de los niños porque de ahí reciben mayor riqueza de una cultura donde se ha heredado valores, principios por parte de las personas mayores de edad, y está es transmitida por los hijos de generación en generación. La comunicación, comprensión, resolución de conflictos en pareja, resulta ser un elemento altamente influente en el bienestar psicológico de cada persona.

Modelos teóricos del bienestar psicológico

Las primeras propuestas teóricas desarrolladas en torno al bienestar psicológico (*Ilustración 1*) se articularon alrededor de conceptos como la autoactualización (Maslow, A. H, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961), la madurez (Allport, 1961), la salud mental positiva (Jahoda, M, 1958), el deseo de Funcionamiento personal satisfactorio (Rogers, 1961) Madurez (Allport, 1961), la salud mental positiva (Jahoda, M, 1958), el deseo de significado (Frankl, 1959) o las teorías del desarrollo personal a lo largo del ciclo vital (Erikson, 1959). A pesar de su relevancia teórica, ninguna de ellas llegó a tener un impacto significativo en el estudio del bienestar, debido, fundamentalmente, a la ausencia de fiabilidad y validez en los procedimientos de medida.

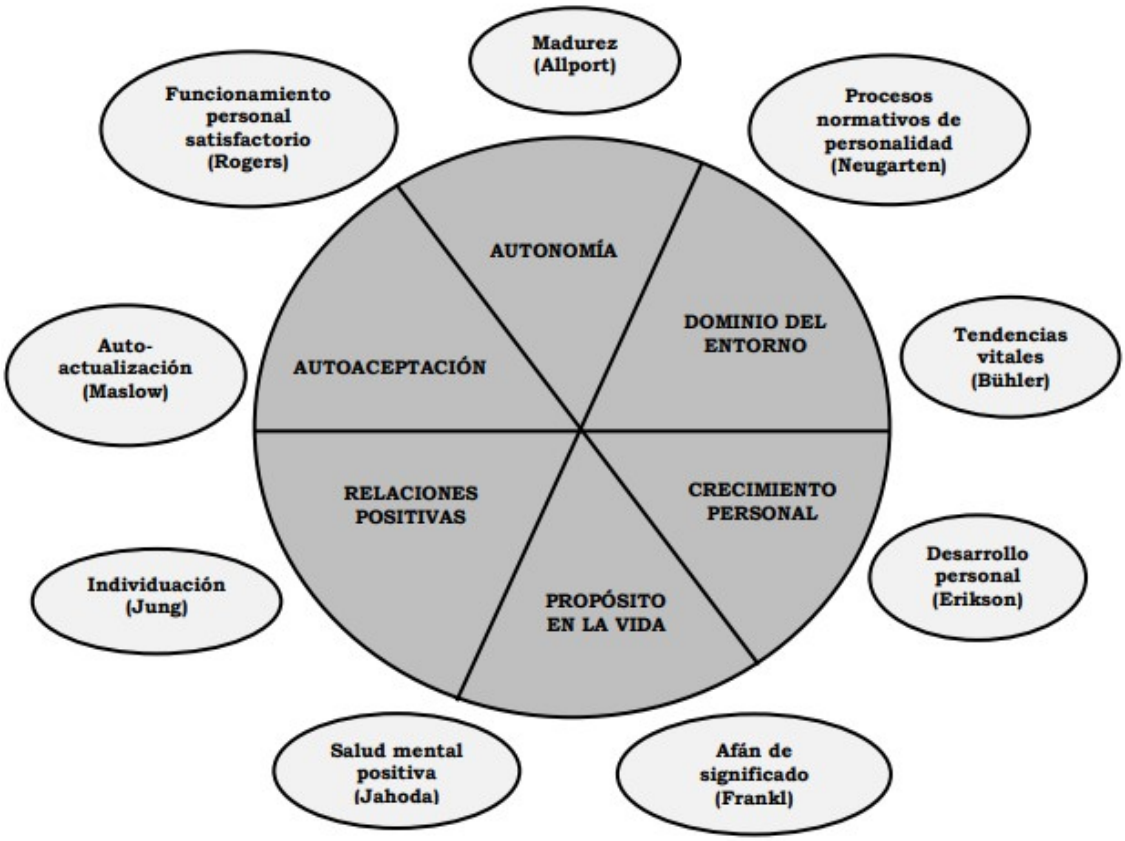


Ilustración 1: Dimensiones del bienestar psicológico y principales influjos teóricos.

Adaptado de "Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being", por C. D. Ryff y B. H. Singer, 2008, Journal of Happiness Studies, 9(1), p. 20. Copyright 2008 por Springer

Buscando los puntos de convergencia entre todas estas formulaciones, Ryff (Ryff, C. D , 1989a; Ryff, C. D, 1989b) operativizó un modelo multidimensional de bienestar psicológico integrado por las siguientes seis dimensiones: autoaceptación, autonomía, relaciones positivas con otras personas, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

1) La autoaceptación constituye, uno de los componentes centrales del bienestar, y se define como un indicador clave de salud mental, así como de autorrealización, de funcionamiento óptimo y de madurez. Desde la perspectiva del ciclo vital, la autoaceptación implica la satisfacción con uno mismo y con las

experiencias vitales desarrolladas. Englobaría el autoconcepto general del individuo, en sus dimensiones tanto valorativa (autoestima) como de imagen (autoimagen), si bien dando prioridad a la primera de ellas, por esta intima correlación entre ambas es que las hemos seleccionados como posibles factores predictores de consumo de sustancias psicoactivas. Esta dimensión se encuentra relacionada con la capacidad de poseen los sujetos de establecer y mantener relaciones sociales, proceso que representa el necesario apoyo social y emocional que toda persona precisa, encontrándose fuertemente relacionado con las restantes dimensiones del bienestar psicológico.

Las relaciones sociales tienen, por un lado, un claro efecto amortiguador sobre las consecuencias ocasionadas por los eventos vitales adversos, favoreciendo su efectivo afrontamiento, es decir que estas contribuyen a la regulación de las pérdidas afectivas, promoviendo su superación.

2) La autonomía se trata según Ryff (1989a, 1989b), de un concepto próximo al de autodeterminación, que alude a la relación entre voluntad y acción, es decir, al grado en que la persona se siente libre para poner en marcha comportamientos de su elección. Desde esta consideración, el logro de una autonomía plena, o lo más plena posible, requiere, no tanto de una autonomía física o funcional, como de un nivel de competencia cognitiva que permita tomar decisiones libremente elegidas. Los individuos con una elevada autonomía se caracterizarían por sostener la propia individualidad en diferentes contextos, de tal modo que son capaces de resistir en gran medida la presión social y guiarse por estándares autorreferidos, esto es por sus propias creencias y convicciones, manteniendo su independencia y su autoridad personal (Ryff C. D. y Keyes, 1995). Un componente relevante es el control emocional, que le permite al individuo actuar no condicionado por sus sentimientos y emociones. Así pues, las personas autónomas exhiben una alta capacidad para autorregular su conducta. Por su parte, la baja autonomía estaría representada por individuos que se sienten fuertemente influidos por las opiniones de los demás de cara a tomar decisiones importantes y se pliegan a las presiones sociales en relación a cómo pensar y actuar.

3) La habilidad del individuo para elegir y crear entornos propicios para satisfacer sus propias necesidades y desarrollarse óptimamente es otro de los indicadores centrales de la salud mental (Ryff, C. D, 1989b) y del funcionamiento positivo (Díaz, 2006). En efecto, las personas con un alto dominio del entorno experimentan una mayor causación personal y una mayor percepción de autodeterminación, lo que los lleva a sentirse capaces de influir y producir cambios en el contexto que les rodea. Estas personas experimentan una sensación de control y de competencia en el manejo del entorno. Asimismo, los individuos que perciben un alto dominio de su ambiente son capaces de aprovechar en gran medida las oportunidades que este les ofrece. Finalmente, tienen capacidad para elegir o crear contextos apropiados para la satisfacción de las propias necesidades y valores. Por el contrario, las personas con bajo dominio del entorno tienen dificultades para manejar los acontecimientos cotidianos, se sienten incapaces de cambiar o mejorar el entorno, desaprovechan las oportunidades que este proporciona y manifiestan una palpable carencia de percepción de control con respecto al mundo exterior.

4) Para un óptimo funcionamiento positivo es preciso que el individuo se marque sus propias metas, propósitos y objetivos a alcanzar en su vida, todo lo cual dotará a esta de sentido, es decir, que tenga un propósito en la vida (Díaz, 2006). A tenor de la conceptualización hecha de esta dimensión, los individuos que puntúan alto en ella se caracterizan por tener objetivos en la vida y deseos de conducirse hacia su consecución, y sienten que la propia vida pasada y presente tiene sentido para ellos. Por el contrario, las personas con una baja puntuación en esta dimensión tienen dificultades para encontrarle sentido a la propia vida, tienen pocos objetivos y metas vitales, sienten bajos deseos de conducirse hacia ellos, no encuentran sentido ni propósito a las experiencias vitales pasadas y muestran escasa convicción a la hora de atribuir significado a la propia vida.

6) Pero, además, un óptimo bienestar psicológico requiere también que el individuo se esfuerce por continuar creciendo y desarrollando al máximo todas sus potencialidades y capacidades (*crecimiento personal*), sea inconformista con los logros obtenidos en el pasado y afronte nuevos desafíos personales que le

permitan crecer como individuo. Esta dimensión, como señala Ryff (1989a), estaría muy próxima al concepto de eudaimonia desarrollado por Aristóteles, el cual alude a la sensación de que uno mismo ha alcanzado la excelencia, la perfección en todo aquello en lo que se ha esforzado, dotando de sentido a su propia vida. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión se caracterizan porque sienten la necesidad de estar desarrollándose permanentemente, se perciben a sí mismos creciendo y desarrollándose, se encuentran abiertos a nuevas experiencias, sienten que están desplegando al máximo todas sus potencialidades y capacidades, perciben mejoras en ellos mismos y en su conducta con el paso del tiempo y dirigen sus esfuerzos hacia la consecución de un mayor autoconocimiento y una mayor autoeficacia. Los individuos que puntúan bajo en esta dimensión experimentan una sensación de estancamiento personal, valoran que no están progresando o desarrollándose con el transcurso del tiempo, se sienten desganados y desinteresados con respecto a su propia vida e incapaces de implementar nuevas actitudes o nuevas conductas.

Si bien esta estructura de seis dimensiones es la que reúne una mayor fiabilidad y validez para la medida del constructo bienestar psicológico, el carácter universal de dicho constructo resulta, ciertamente cuestionable. En efecto, una de las principales críticas que se le han realizado al modelo multidimensional de bienestar propuesto por Ryff radica en que su concepción de desarrollo máximo de las capacidades y potencialidades personales toma como criterio de comparación la noción de éxito propia de las sociedades individualistas modernas (Rodríguez-Carvajal, 2010). Por lo tanto, se trataría de una concepción de felicidad ligada al desarrollo del potencial personal parcialmente sesgada desde el punto de vista cultural.

Con el propósito de configurar un constructo eudaimónico, es decir el bienestar en el cual lo más relevante es el desarrollo armónico del potencial humano que tiene cada persona, esta concepción contrasta con el bienestar hedónico que se centra en la obtención de placer, libre de injerencias etnocéntricas, recientemente Rodríguez-Carvajal et al. (2010) han ampliado el modelo multidimensional desarrollado por Ryff a ocho dimensiones. Estos autores

proponen incluir las dimensiones vitalidad y recursos internos. La primera, definida como una experiencia psicológica de iniciativa, espontaneidad y una mayor sensación de control (Ryan, 1997), favorece que el individuo mantenga sus esfuerzos por lograr un funcionamiento personal pleno (Waterman, 1993). Por su parte, los recursos internos se relacionan con los procesos de reflexión sobre uno mismo y aumento de la conciencia personal sobre las capacidades personales propias, necesarios para que el individuo logre su pleno desarrollo como ser humano.

Si bien los primeros resultados obtenidos por Rodríguez-Carvajal y colaboradores en relación a este modelo de ocho dimensiones muestran buenos índices de validez y fiabilidad, todavía no goza del suficiente respaldo empírico.

Bienestar psicológico y respuesta al estrés

Históricamente, diversas disciplinas, entre ellas la Psicología han examinado el impacto del estrés, y las formas de afrontarlo, sobre la salud y el bienestar. En general, se asume que el estrés supone una poderosa amenaza contra nuestra salud física y psicológica, por lo que una cantidad significativa de estudios e investigaciones han tratado de determinar qué estrategias podrían ponerse en marcha con la finalidad de amortiguar su impacto. Para comprender en profundidad la compleja relación entre estrés y bienestar psicológico es necesario en primer término, operativizar el estrés, indagando los factores que lo activan, las consecuencias fisiológicas, cognitivas y conductuales que desencadena, así como los mecanismos de que dispone el individuo para prevenir o resistir su aparición. Sin embargo la descripción de todo lo anteriormente listado supera ampliamente los objetivos del siguiente trabajo, pero consideramos que es necesario realizar algunas consideración en relación con el tema, ya que es el estrés un estímulo constantes y frecuentes en todos los sujetos en las sociedades modernas y del procesamiento del mismo, pueden surgir diferentes respuesta que pueden condicionar el desarrollo de malestar psicológico y concomitante predisponer al

consumo de sustancia psicoactivas con la finalidad del mitigar o disminuir el impacto.

La teoría sobre el estrés que consideraremos aquí es aquella conocida como Teoría transaccional del estrés descripta por Lazarus y Folkman (Lazarus, 1986), estos sostienen que el estrés conforma un proceso dinámico de interacción entre el individuo y su medio. El impacto del estresor ambiental, por tanto, se ve mediatizado por la evaluación que hace la persona de la situación, valoración que dependerá de los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacerle frente (*Ilustración 2*).

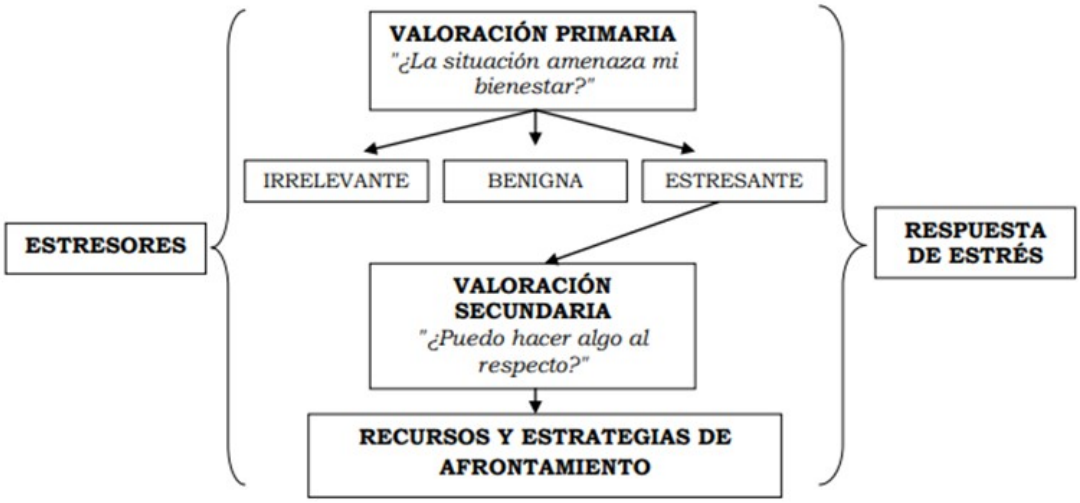


Ilustración 2: Modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman

Cuando el individuo interpreta que la demanda excede su capacidad de afrontamiento y, por consiguiente, no puede darle respuesta efectiva, aparece el estrés. En estas teorías, el foco de atención se desplaza, de los agentes estresores y la respuesta fisiológica emitida por el individuo hacia la evaluación cognitiva (Sandín, 1995)

En esencia, los autores sostienen que, al enfrentarnos a cualquier avatar en nuestro día a día, los individuos llevamos a cabo dos tipos de evaluación:

a) Una *evaluación primaria*: en la cual analizamos y evaluamos en qué medida una situación amenaza nuestro bienestar. Como resultado de ello, esta

será tildada de irrelevante (el suceso carece de importancia, pues no conlleva ningún tipo de implicación para nuestro bienestar), positiva (la situación es favorable a efectos de satisfacer nuestros objetivos personales) o estresante (exige la movilización de recursos para hacerle frente pues, de lo contrario, nuestro bienestar correría peligro. La situación no tiene por qué ser negativa, pero sí entraña la necesidad de realizar un esfuerzo adaptativo). A su vez, la situación estresante puede suponer para nosotros una amenaza (anticipamos un posible daño o una pérdida antes de que ocurra), una pérdida o daño (el perjuicio ya se ha producido, con el consiguiente daño para nuestra estima, nuestra salud, nuestra familia, relaciones sociales, etc., y entendemos que la situación permanecerá inmodificable), o un desafío (cuando consideramos que, pese a la existencia de dificultades, existe la posibilidad de obtener ganancias o beneficios importantes si movilizamos los recursos adecuados).

La percepción del evento como pérdida se produce cuando ya no es posible mantener estados o situaciones deseadas (metas de aproximación), sumiendo al individuo en un estado de tristeza y abatimiento. La evaluación de la situación como amenaza o como daño, en cambio, puede analizarse, en ambos casos, tanto desde la perspectiva de la interrupción de estándares deseados (en el primer caso, la interrupción es inminente y en el segundo, está ya se ha producido), es decir, desde un enfoque aproximativo, como desde la óptica de la evitación (metas de evitación) de estados aversivos (de nuevo, cuando percibimos un daño, el estado aversivo es ya una realidad, mientras que la percepción de amenaza entraña la inminencia del castigo).

La respuesta afectiva más probable será de frustración y enfado cuando se percibe una amenaza, y de tristeza y abatimiento cuando el daño ya se ha consumado. Finalmente, la apreciación de la situación estresante como desafío se vincula claramente a metas de aproximación, en la medida en que, no sin esfuerzo, existen altas expectativas de éxito a la hora de alcanzar estándares altamente valorados.

Las emociones subyacentes a este análisis serán, pues, ciertamente positivas: entusiasmo, esperanza, excitación (Lazarus, 2006), lo que indica que el

estrés no constituye siempre una experiencia nociva. En efecto, aunque en el imaginario colectivo suele asociarse el estrés con consecuencias negativas, es posible considerar este proceso como motor para el afrontamiento de situaciones que devenga en resultados adaptativos (Figueroa, 2005). Así pues, en la medida en que constituye un componente normal de la vida (Antonovsky, 1988; Lazarus, 2000; Lazarus, 1978), el estrés no es negativo per se. Ahora bien, Lazarus y Folkman (1986) sostienen que las apreciaciones de amenaza y reto no son incompatibles, sino que podemos experimentarlas simultáneamente ante un mismo acontecimiento.

b) Una *evaluación secundaria*. En ella juzgamos los recursos de que disponemos para hacer frente a la situación con éxito. En este proceso de análisis, tomamos conciencia del grado de discrepancia entre nuestra capacidad, habilidades y estrategias de afrontamiento y el repertorio de capacidades, habilidades y estrategias que requiere la situación estresante. Cuanto mayor sea esa discrepancia, mayor la probabilidad de que experimentemos estrés (Carver, 1999). Es importante puntualizar que la mera catalogación de estos procesos evaluativos como primario y secundario no debe inducirnos a creer erróneamente que uno es más importante que otro. Al contrario, ambas valoraciones interactúan entre sí y con la información que proporciona el entorno, determinando el grado de estrés experimentado. En efecto, fruto de la información recibida del entorno podemos llevar a cabo una reevaluación de la situación, esto es, la valoración cognitiva realizada inicialmente por el individuo puede verse alterada por factores como el hecho de haber afrontado situaciones similares en el pasado, la información que nos proporcionan otras personas sobre los agentes estresores, etc.

A este respecto, Lazarus y Folkman (1986, p. 62) aluden al concepto de "reevaluación defensiva" para referirse a los esfuerzos que realizamos los seres humanos por reinterpretar más positivamente eventos pasados, si bien, como se verá más adelante, esta reevaluación puede constituir en sí misma una estrategia de afrontamiento del individuo. Si bien dicho modelo ha sido el mas ampliamente

utilizado, el que mayor aceptación y repercusión ha alcanzado, lo cierto es que el estrés carece aún de la suficiente precisión y acotación conceptual.

El proceso de estrés se inicia cuando el individuo se enfrenta a un agente estresante o estresor, pudiendo ser este de origen psicosocial o biogénico.

Independientemente de la naturaleza del estresor, Lazarus y Folkman (1986) afirman que ciertas características contribuyen a que una situación dada resulte estresante. Entre estas características se encontrarían:

a) la *novedad del acontecimiento*: cuanto más nuevo y desconocido, más amenazante para nuestro bienestar, en la medida en que la falta de experiencia previa reduce nuestra percepción de control sobre la situación.

b) la *ausencia de predictibilidad*: aquellas situaciones en las que no podemos predecir lo que ocurrirá nos generan más estrés, puesto que no nos permiten preparar alguna acción para hacerle frente de manera efectiva.

c) la *incertidumbre*: la incerteza respecto a si un determinado suceso se desarrollará, con independencia de que sea o no aversivo, resulta altamente estresante, por cuanto, en la línea con la característica anterior, no es posible anticipar algún mecanismo eficaz de afrontamiento.

d) el *tiempo de que disponemos para responder al suceso*: por lo general, cuanto más inminente sea la situación, más intensa resulta su evaluación, especialmente si existen indicios de daño o peligro, o todo lo contrario, de obtener algún beneficio jugoso. Asimismo, cuanto mayor sea el tiempo de respuesta disponible, más probabilidades de que la evaluación cognitiva se complejice, de manera que hay ocasión para pensar y preparar ante la situación, pero también para afligirse y sufrir si nos vemos incapaces de afrontarla).

e) el *tiempo de duración del estresor*: en principio, cuanto más se prolongue en el tiempo el acontecimiento estresante, mayor probabilidad de la respuesta de estrés se cronifique, sumiéndonos en un estado de indefensión y agotamiento físico y psíquico. No obstante, también es posible que logremos habituarnos al estímulo y, en consecuencia, encontrar la manera de hacerle frente.

La consideración de un evento como estresante depende en buena medida de la creencia del individuo sobre su capacidad para hacerle frente. En efecto, desde la óptica transaccional, la influencia de los sucesos estresantes sobre la salud física y psicológica está determinada por el afrontamiento (Kraag, 2006). El afrontamiento o coping es la respuesta o conjunto de respuestas aportadas por el individuo con la intención de manejar y/o neutralizar los eventos estresantes.

Este último puede ser clasificado en dos grupos diferentes en función del objeto al que se dirigen los esfuerzos de afrontamiento y por lo tanto distinguieron entre aquellos centrados en el problema y los que se focalizan sobre la emoción. Mediante el afrontamiento centrado en el problema, el individuo trata de modificar y/o resolver la situación estresante o, cuanto menos, reducir su impacto en la medida de lo posible. Mientras tanto, cuando el objeto del afrontamiento es la emoción lo que se pretende es, fundamentalmente, la regulación de las emociones negativas asociadas al agente estresante.

Por otra parte, y en función del método empleado, se suele diferenciar entre afrontamiento de aproximación o acercamiento y afrontamiento de evitación o huida (Endler, 1994). El afrontamiento aproximativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas y conductuales movilizadas hacia la modificación de la situación potencialmente estresante, o bien las emociones negativas subyacentes. Entre ellas se encontrarían la búsqueda de apoyo, la regulación emocional, la aceptación de la situación o la reestructuración cognitiva de la misma. Por el contrario, el afrontamiento evitativo alude a aquellas estrategias cognitivo-conductuales que permiten evitar tener que hacer frente al problema o las emociones negativas que se derivarían de este. Negar un problema, evitar pensar en él, distraerse con otras actividades, desear que las cosas fuesen de otra manera o el humor ejemplificarían esta tipología de estrategias de afrontamiento.

Los autores antes mencionados, consideran que, ante una situación estresante, existen al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas) que tienen por finalidad reducir el impacto de la misma y ellas son:

Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.

Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.

Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.

Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.

Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo (Cohen S, 1989). Tanto los factores internos (estilos habituales de afrontamiento y algunas variables de personalidad) como los externos (recursos materiales, apoyo social y la actuación de otros factores estresantes simultáneos) pueden modular, de forma favorable o desfavorable, el impacto de un estresor (Ilustración 2)

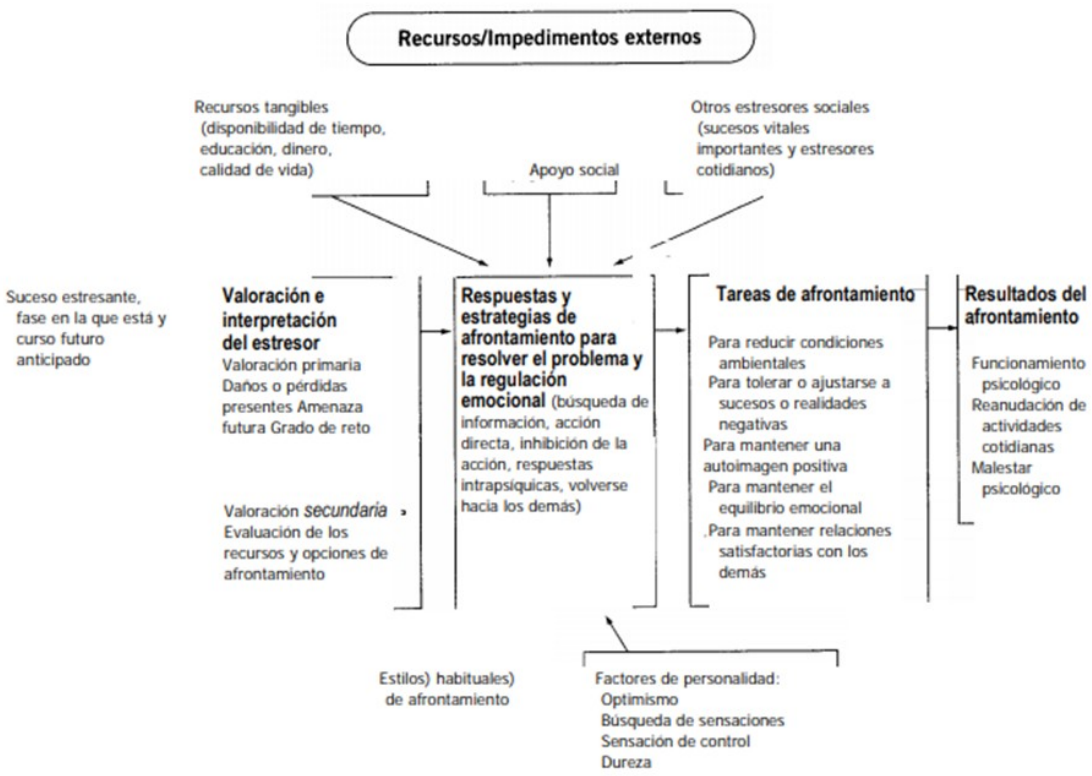


Ilustración 3: Proceso de afrontamiento

Metodología

Tipo de estudio y diseño

En función de los objetivos planteados previamente pretendemos llevar a cabo un estudio cuya población se encuentre distribuida en dos grupos:

Grupo 1: Personas con antecedentes o consumo actual de psicofármacos.

Grupo 2: Pacientes sin antecedentes de consumo de psicofármacos.

El mismo será de tipo:

Descriptivo: ya que pretendemos realizar una descripción de las características sociodemográficas, de autoestima, de bienestar psicológicos y de consumo de psicofármacos de todos los sujetos constituyentes de cada uno de los grupos.

Correlacional: ya que pretendemos evaluar si existe una correlación entre autoestima y bienestar psicológico con el consumo de psicofármacos, actuando ambos como factores de riesgo y predictores del mismo.

Observacional: ya que sobre los sujetos incluidos no se llevará a cabo ningún tipo de intervención.

Transversal: ya que no se llevará a cabo un seguimiento de largo plazo.

Cuantitativo

Retrospectivo: ya que se buscará una correlación retrospectiva entre las variables de estudio seleccionadas.

Población

Se incluirán sujetos de ambos sexos cuyas edades se encuentren comprendidas entre los 18 y 65 años. Se llevará a cabo el cálculo para determinar el tamaño muestral, ya que esto nos permite saber cuántos individuos son necesarios estudiar, para estimar un parámetro determinado con el grado de confianza deseado, así como el número necesario para detectar una determinada diferencia entre los grupos de estudio, suponiendo que existiese realmente. El cálculo del tamaño de la muestra no es una simple operación aritmética que nos proporcione un valor. Es una función matemática, por lo tanto, el cambio de una variable, necesariamente se acompaña del cambio de la otra considerada en la ecuación. Permite una mejor aproximación al número que se requiere, ajustando a su vez el poder estadístico con otros parámetros.

Entendemos por Población (cantidad representada en las fórmulas como N), al conjunto total de sujetos, en este caso que habitan en la Provincia de Buenos Aires. De esta se puede seleccionar la muestra que estará conformado por elementos denominados unidades de muestreo o unidades muestrales, con cierta ubicación en espacio y tiempo. El objetivo fundamental para seleccionar una muestra es hacer inferencias estadísticas (estimaciones de uno o más parámetros acerca de una población de interés). Esta población es la que se desea investigar y se le denomina población de interés, blanco, objeto o diana. Para que la extrapolación (inferencia estadística) tenga validez, la muestra debe ser representativa, y alude a que el estimador muestral de las variables de interés debe tener una distribución similar a las de la población de dónde proviene.

Los factores que condicionan el tamaño de muestra, son de orden logístico o estadístico. Entre los primeros se encuentran las limitantes financieras o la disponibilidad de participantes. Entre los segundos (*Tabla 2*) podemos mencionar a:

- Hipótesis.
- Error tipo α.

- Error tipo β.
- Poder estadístico

		Realidad en la población	
		Existen diferencias (H_0 falsa)	No existen diferencias (H_0 cierta)
Resultado de la investigación	Hay diferencia significativa (se rechaza H_0)	Correcto	**Error tipo I (α)**
	No hay diferencia significativa (se acepta H_0)	**Error tipo II (β)**	Correcto

Tabla 2: Interpretación de los posibles errores estadísticos

Si bien las hipótesis fueron mencionadas previamente, recordemos que:

H1: La baja autoestima y bajo nivel de bienestar psicológico son factores predictores de consumo de psicofármacos

H0: La baja autoestima y bajo nivel de bienestar psicológico no son factores predictores de consumo de psicofármacos

En un contraste de hipótesis, al valor α (error tipo I) se le conoce como la probabilidad de que se rechace H0 (se acepte H1) cuando H0 es cierta. Es decir, P(aceptar H1 | H0 es cierta) = α. Al valor (1 – α) *100 se le conoce como el nivel de confianza de la prueba. El valor de α varía dependiendo del nivel de confianza que se quiera de la prueba; el criterio más usado en la literatura biomédica es aceptar un riesgo de α< 0.05 (Fox N, 2009).

Por otra parte, el error β, hace referencia a la probabilidad de que se acepte H0 cuando ésta es falsa (H1 es cierta), se le conoce como error tipo II o error β, es decir: P (aceptar H0 | H1 es cierta) = β. El valor de β tolerable de mayor aceptación en la comunidad científica va de 0.1 a 0.2.

Por último, el poder estadístico es la probabilidad de que un estudio de un determinado tamaño detecte como estadísticamente significativa una diferencia que realmente existe. Se define como 1 - β. Es decir, P (aceptar H1 | H1 es cierta) = 1 – β Su valor depende del error tipo II que se acepte. Si β= 0.2, se tendrá una

potencia de 1 - β= 0.8. En términos porcentuales se dice que la prueba tiene una potencia del 80%, que es el mínimo aceptado en la literatura biomédica.

Cuantas menores sean los riesgos calculados para los errores alfa y beta, mayor será el tamaño muestral requerido. Cuanto menor sea la variabilidad, menor será la muestra estimada. A menor diferencia que se desea detectar, mayor será el número de participantes (Martínez GMA, 2006).

Por todo lo mencionado con anterioridad se llevará a cabo el uso de la siguiente fórmula para determinar el tamaño muestral:

Tamaño de la muestra = $\dfrac{\dfrac{z^2 \times p\,(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\dfrac{z^2 \times p\,(1-p)}{e^2 N}\right)}$

N = tamaño de la población
e = margen de error (porcentaje expresado con decimales)
z = puntuación z

La puntuación z es la cantidad de desviaciones estándar que una proporción determinada se aleja de la media. Para encontrar la puntuación z adecuada, utilizaremos la tabla mencionada a continuación:

Nivel de confianza deseado	Puntuación z
80 %	1.28
85 %	1.44
90 %	1.65
95 %	1.96
99 %	2.58

Tabla 3: Puntuación Z en función del intervalo de confianza deseado

En el presenta trabajo utilizaremos un margen de error del 5%, es decir una p<0.05 y un nivel de confianza del 95%, siendo el puntaje Z de 1.96 (*Tabla 3*).

Criterios de inclusión – Exclusión

En el presente trabajo, las unidades de muestreo van a ser individuos. Para poder incluirlos en el estudio se establecen:

Criterios de inclusión

Grupo 1:

- Varones y mujeres
- Edad entre 18 – 65 años de edad
- Que consuman actualmente o que hayan consumido psicofármacos
- Vivan en la Provincia de Bs As
- Que acepten participar voluntariamente del estudio
- Que acepten firmar el consentimiento informado

Grupo 2:

- Varones y mujeres
- Edad entre 18 – 65 años de edad
- Que no tengan antecedentes de consumo de psicofármacos
- Vivan en la Provincia de Bs As
- Que acepten participar voluntariamente del estudio
- Que acepten firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Menores de 18 años o mayores de 65.
- Que se nieguen a participar del estudio
- Que se nieguen a la firma de consentimiento informado

Instrumentos:

Para llevar a cabo el presente trabajo se utilizará una encuesta con preguntas cerradas, entre las cuales se incluirán dos instrumentos a saber: la Escala de autoestima de Rosemberg y ESCALA BIEPS-A. Ambas se encuentran detalladas en el ANEXO 1.

Definición operacional de las variables

Las preguntas sobre el consumo de psicofármacos solo se realizarán en aquellos integrantes del **grupo 1**

Variable	**Tipo de variable**	**Dimensión**	**Recolección de los datos**
Edad	Numérica/Continua		Encuesta
Sexo	Categórica/Nominal/ Dicotómica	Femenino Masculino	Encuesta
Estado Civil	Categórica/Nominal/ Polinómica	Soltero/a Casado/a En Pareja Separado/a Divorciado/a Viudo/a	Encuesta
Trabajo	Categórica/Nominal/ Dicotómica	Si No	Encuesta
Nivel máximo de	Categórica/Nominal/	Primaria	Encuesta

instrucción alcanzado	Polinómica	Secundaria Terciaria Universitaria	
En caso de trabajar, establecer ocupación	En cadena		Encuesta
Consume psicofármacos	Categórica/Nominal/ Dicotómica	Si No	Encuesta
Consumió psicofármacos	Categórica/Nominal/ Dicotómica	Si No	Encuesta
Diagnostico por el cual consume psicofármacos	En cadena		Encuesta
En una escala del 1 al 10 en que medida considera que presenta dependencia a los psicofármacos	Numérica/Discreta		Encuesta
En una escala del 1 al 10 en que medida considera que dicha dependencia afecta la realización de sus proyectos personales			

En caso de respuesta afirmativa establezca cual es el de consumo más frecuente	Categórica/Nominal/ Polinómica	Ansiolítico Antidepresivo Antipsicótico	Encuesta
En caso de consumir más de un psicofármaco establezca cual	Categórica/Nominal/ Polinómica	Ansiolítico Antidepresivo Antipsicótico	Encuesta
Realiza tratamiento psicológico	Categórica/Nominal/ Dicotómica	Si No	Encuesta
En caso de respuesta afirmativa, establezca frecuencia semana	Categórica/Nominal/ Polinómica	1 vez por semana 2 veces por semana 3 veces por semana	Encuesta
Alguien mas en su familia consume psicofármacos	Categórica/Nominal/ Dicotómica	Si No	Encuesta
Establezca quien	Categórica/Nominal/ Polinómica	Esposo/a Pareja/a Hijo/a Padres Hermanos	Encuesta
Fuma	Categórica/Nominal/ Dicotómica	Si/ No	Encuesta

Toma alcohol	Categórica/Nominal/ Dicotómica	Si/No	Encuesta
Consume drogas	Categórica/Nominal/ Dicotómica	Si/No	Encuesta
En caso de respuesta afirmativa, establezca cual	Categórica/Nominal/ Dicotómica	Si/No	Encuesta
Valor de la Escala de autoestima de Rosemberg	Numérica/Discreta		Encuesta
Valor de la ESCALA BIEPS-A	Numérica/Discreta		Encuesta
Con que frecuencia considera que ha recibido apoyo emocional familiar	Categórica/Nominal/ Polinómica	Muy frecuentemente Frecuentemente A menudo Infrecuentemente Muy infrecuentemente	Encuesta

Análisis de los resultados

El análisis estadístico de los datos fue realizado con el programa IBM SPSS Statics versión 19 Editor. Las variables cualitativas se expresaron como proporciones con su IC95%, mientras que las cuantitativas continuas que no cumplían con criterios de normalidad se calcularon la mediana y rango intercuartilico (RIC) y para los que sí lo cumplían se calcularon la media y su

desvió estandar (DE). Se consideró diferencia estadísticamente significativa cuando el valor de “p” era inferior a 0,05.

La significancia de las diferencias correspondientes a las variables cuantitativas se estimó mediante la prueba de la t de Student. Las diferencias correspondientes a las variables cualitativas se estimaron mediante la prueba de Chi cuadrado o la prueba de significancia exacta de Fisher cuando la primera no resultase aplicable.

El análisis descriptivo de las variables se realizó con tablas y frecuencias y gráficos para las variables cualitativas

ANEXO 1

Encuesta

Edad

Sexo

- Femenino
- Masculino

Estado Civil

- Soltero/a

- Casado/a
- En Pareja
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

Trabaja Si/ No

En caso de trabajar, establezca ocupación……

Máximo nivel de instrucción alcanzado

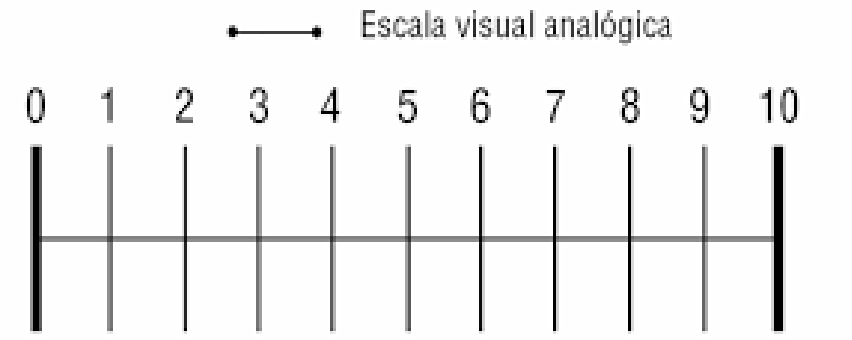
- Primaria
- Secundaria
- Terciaria
- Universitaria

¿Consume Psicofármacos? Si/ No

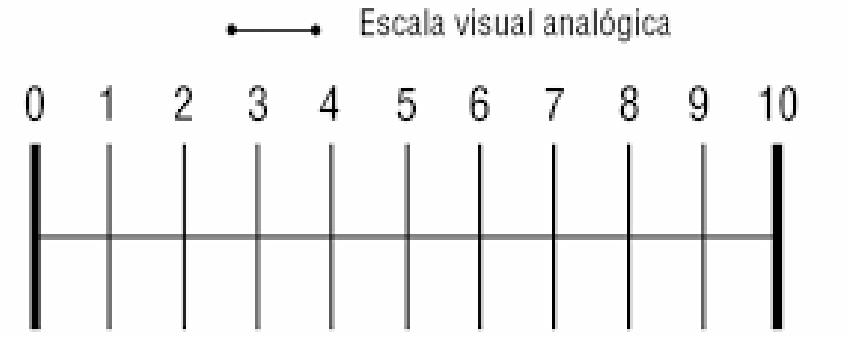
Diagnostico por el que consume psicofármacos……

Utilizando la escala Visual analógica establezca

- En que medida considera que presenta dependencia al consumo de fármacos



- En que medida considera que dicha dependencia interfiere en la consecución de sus proyectos personales



¿Cuál es el fármaco que consume?.....

En caso de consumir mas de uno, establezca cual…….

¿Reliza tratamiento psicológico? Si/ No

En caso de realizarlo, establezca frecuencia semanal

- 1 vez por semana
- 2 veces por semana
- 3 veces por semana

¿Alguien mas en su familia consume psicofármacos? Si/ No

Establezca quien

- Esposo/a
- Pareja/a
- Hijo/a
- Padres
- Hermanos

¿Fuma? Si/ No

¿Toma alcohol? Si/ No

Consume drogas Si/ No

En caso de repus puesta afirmativa establezca cual……..

¿Recibe apoyo emocional de su familia? Si/ No

¿Con que frecuencia?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- A menudo
- Infrecuentemente
- Muy infrecuentemente

Valor de estaca de autoestima de Rosemberg

Valor de la escala BIESPS-A

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
Tengo una actitud positiva hacia mi mismo				
En general estoy satisfecho de				

mi mismo				
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado				
Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
A veces creo que no soy buena persona				

De los items 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los items del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como normal.
- De 26 a 29 untos: Autoestima media. No presentan problemas con la autoestima, pero si conviene mejorarla
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

ESCALA BIEPS-A (Adultos)

Sexo:

Edad:

Le pedimos que lea con atención las siguientes frases. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: –estoy de acuerdo– ni de acuerdo ni en desacuerdo –estoy en desacuerdo– No hay respuestas buenas o malas: todas

sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con una cruz (aspa) en uno de los tres espacios.

	De Acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida			
Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo			
Me importa pensar qué haré en el futuro			
Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas			
Generalmente le caigo bien a la gente			
Siento que podré lograr las metas que me proponga			
Cuento con personas que me ayudan si lo necesito			
Creo que en general me llevo bien con la gente			
En general hago lo que quiero, soy poco influenciable			
Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida			
Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar			
Puedo tomar decisiones sin dudar mucho			
Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias			

Bibliografía

INDEC, 2005: , (INDEC, 2005),

RIQUELME N, 2005: , (RIQUELME N, 2005),

Silverstone, 2003: , (Silverstone, 2003),

(Ghaderi, 2001: , (Ghaderi, 2001),

Baños, 2000: , (Baños, 2000),

Robins, 2001: , (Robins, 2001),

Rosenberg, 1989: , (Rosenberg, 1989),

Diener, 1984: , (Diener, 1984),

(Diener, 1997: , (Diener, 1997),

Casullo, 2002: , (Casullo, 2002),

Burin M y col, 1990: , (Burin M y col, 1990),

Miguez H, 2000: , (Miguez H, 2000),

Adicciones, 2004: , (Adicciones, 2004),

(Leiderman E, 2006: , (Leiderman E, 2006),

Elliot, 1965: , (Elliot, 1965),

Velasco, 1988: , (Velasco, 1988),

Spiegel, 2003: , (Spiegel, 2003),

De Wet, 1971: , (De Wet, 1971),

Stahl, 2008: , (Stahl, 2008),

(Stahl, 2008: , (Stahl, 2008),

González, 2007: , (González, 2007),

Leonard, 2001: , (Leonard, 2001),

Gardner DM, 2005: , (Gardner DM, 2005),

(Masand PS, 2007: , (Masand PS, 2007),

Ortiz A, 2001: , (Ortiz A, 2001),

Calabrese, 1998: , (Calabrese, 1998),

Parisi, 1993: , (Parisi, 1993),

Touzé G, 2006: , (Touzé G, 2006),

Leiderman E, 2006: , (Leiderman E, 2006),

Sileoni, 2012: , (Sileoni, 2012),

Marcelo, 1990: , (Marcelo, 1990),

Pons Diez, 2008: , (Pons Diez, 2008),

Ohayon, 1996; Ohayon, 1996c: , (Ohayon, 1996; Ohayon, 1996c),

Villena, 2004: , (Villena, 2004),

Voyer, 2004: , (Voyer, 2004),

(Mamdani, 1999: , (Mamdani, 1999),

Isacson, 1988: , (Isacson, 1988),

Carrasco-Garrido, 2007: , (Carrasco-Garrido, 2007),

(Carrasco-Garrido, 2007; Alonso Formento, 2006: , (Carrasco-Garrido, 2007; Alonso Formento, 2006),

Codony, 2007; Carrasco-Garrido, 2007: , (Codony, 2007; Carrasco-Garrido, 2007),

(Voyer, 2004: , (Voyer, 2004),

Empereur, 2003: , (Empereur, 2003),

Fernández, 1997: , (Fernández, 1997),

Fernández, 1997; Codony, 2007: , (Fernández, 1997; Codony, 2007),

Villena, 2004; Secades Villa, 2003; Fernández, 1997: , (Villena, 2004; Secades Villa, 2003; Fernández, 1997),

Carrasco-Garrido, 2007; Secades Villa, 2003; Villena, 2004: , (Carrasco-Garrido, 2007; Secades Villa, 2003; Villena, 2004),

Secades Villa, 2003: , (Secades Villa, 2003),

Codony, 2007: , (Codony, 2007),

(Vázquez-Barquero, 1989: , (Vázquez-Barquero, 1989),

Vázquez-Barquero, 1990: , (Vázquez-Barquero, 1990),

Codony, 2007; Secades Villa, 2003; Villena, 2004: , (Codony, 2007; Secades Villa, 2003; Villena, 2004),

Boeuf-Cazou, 2010; Carrasco-Garrido, 2007: , (Boeuf-Cazou, 2010; Carrasco-Garrido, 2007),

Niedhammer, 2011: , (Niedhammer, 2011),

Boeuf-Cazou, 2010: , (Boeuf-Cazou, 2010),

Martínez, 2008: , (Martínez, 2008),

Branden, 1993: , (Branden, 1993),

Bandura, A, 1984: , (Bandura, A, 1984),

Cilauro, 2006: , (Cilauro, 2006),

Rand, 1961: , (Rand, 1961),

(Branden, 1999: , (Branden, 1999),

(Branden, 1993: , (Branden, 1993),

Branden, 1987: , (Branden, 1987),

Vezzoni, 2002: , (Vezzoni, 2002),

(Rand, 1967: , (Rand, 1967),

Veenhoven, 2013: , (Veenhoven, 2013),

Valls, 2008: , (Valls, 2008),

García, 2007: , (García, 2007),

Layard, 2005: , (Layard, 2005),

Alzina, 2008: , (Alzina, 2008),

Márquez, 2009: , (Márquez, 2009),

García, 2006: , (García, 2006),

Papalia, 2005: , (Papalia, 2005),

Díaz, 2005: , (Díaz, 2005),

Toledo, 2011: , (Toledo, 2011),

Muñoz, 2007: , (Muñoz, 2007),

Pérez, 2006: , (Pérez, 2006),

De Lourdes, F, 2007: , (De Lourdes, F, 2007),

Maslow, A. H, 1968: , (Maslow, A. H, 1968),

Rogers, 1961: , (Rogers, 1961),

Allport, 1961: , (Allport, 1961),

Jahoda, M, 1958: , (Jahoda, M, 1958),

Frankl, 1959: , (Frankl, 1959),

Erikson, 1959: , (Erikson, 1959),

Ryff, C. D , 1989a; Ryff, C. D, 1989b: , (Ryff, C. D , 1989a; Ryff, C. D, 1989b),

Ryff C. D. y Keyes, 1995: , (Ryff C. D. y Keyes, 1995),

Ryff, C. D, 1989b: , (Ryff, C. D, 1989b),

Díaz, 2006: , (Díaz, 2006),

Rodríguez-Carvajal, 2010: , (Rodríguez-Carvajal, 2010),

Ryan, 1997: , (Ryan, 1997),

Waterman, 1993: , (Waterman, 1993),

Lazarus, 1986: , (Lazarus, 1986),

Sandín, 1995: , (Sandín, 1995),

Figueroa, 2005: , (Figueroa, 2005),

Antonovsky, 1988; Lazarus, 2000; Lazarus, 1978: , (Antonovsky, 1988; Lazarus, 2000; Lazarus, 1978),

Carver, 1999: , (Carver, 1999),

Kraag, 2006: , (Kraag, 2006),

Endler, 1994: , (Endler, 1994),

Cohen S, 1989: , (Cohen S, 1989),

Fox N, 2009: , (Fox N, 2009),

(Martínez GMA, 2006: , (Martínez GMA, 2006),