UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS



TESIS DE GRADO

Autoestima y bienestar psicológico en jóvenes que consumen sustancias psicoactivas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2020.

Presentada por:
Bárbara Lucia Apuzzo.

Título a obtener:
Licenciatura en Psicología.

Tutor:
MARIA FOLCO

Agradecimientos:

En primer lugar, quiero agradecer a mis papás, que me apoyaron incondicionalmente al largo de este proyecto y creyeron en mí desde el comienzo, enseñándome siempre, que todo se logra con esfuerzo y dedicación.

A mis hermanos, que son un gran soporte en mi vida, confiaron y estuvieron conmigo desde que tengo uso de razón.

A mis compañeras, que me acompañaron durante estos 5 años, y sin ellas hubiese sido mucho más difícil transitar esta etapa.

A mis amigos y a familia en general, que sin el apoyo y amor diario de cada uno no hubiera logrado nada de lo que logre hasta hoy.

Resumen:

El bienestar psicológico, es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Se lo considera como un indicador de salud mental. Pudiendo contar con distintas estrategias ante situaciones de estrés en la vida cotidiana del individuo (García y Viniegras , 2000).

Cuando hablamos de autoestima, hablamos de una necesidad fundamental para el ser humano. Es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo normal y sano y tiene valor de supervivencia (Branden, 1993).

Por su parte, consumo problemático de sustancias psicoactivas se trata de un problema de salud pública a nivel mundial y si bien las causas y factores son varios, en general se considera que, aquellos individuos con problemas de socialización, con un bajo umbral para la frustración, el fracaso y el dolor, que buscan la satisfacción inmediata y que carecen de habilidades sociales para la vida y para las demandas de la sociedad, son personas claramente identificables como de alto riesgo (Sánchez Moro, Aguilar, Jiménez y Castanyer, 1998). Por lo que se relacionan con bajo autoestima y bajo bienestar psicológico (Cattan, 2005).

A partir de los conceptos planteados precedentemente se realizó una investigación basada en evaluar si existe relación entre la Autoestima y el Bienestar Psicológico en jóvenes que consumen sustancias psicoactivas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2020. Los instrumentos utilizados son: Cuestionario de recaída de drogas, (DTCQ-50), (Annis, 1985, 1989; Tejero, Trujols y Roca, 1993), Escala de Bienestar psicológico – Adultos (Bieps- a), Casullo y Castro Solano, 2000, *Escala de Autoestima (*EA), (Rosenberg, 1965; Góngora & Casullo, 2009).

Palabras claves: Bienestar psicológico, Autoestima, Consumo de drogas

Abstrac

Psychological well-being is part of health in its most general sense and manifests itself in all spheres of human activity. It is considered as an indicator of mental health. Being able to have different strategies to face stressful situations in the individual's daily life (García and Viniegras, 2000).

When we speak of self-esteem, we speak of a fundamental need for the human being. It is basic and makes an essential contribution to the life process; it is essential for normal and healthy development and has survival value (Branden, 1993).

For its part, problematic consumption of psychoactive substances is a worldwide public health problem and although the causes and factors are various, it is generally considered that those individuals with socialization problems, with a low threshold for frustration, failure and pain, who seek immediate satisfaction and who lack social skills for life and for the demands of society, are clearly identifiable as high-risk people (Sánchez Moro, Aguilar, Jiménez and Castanyer, 1998). So they are related to low self-esteem and low psychological well-being (Cattan, 2005).

Based on the concepts presented above, an investigation was carried out based on evaluating whether there is a relationship between self-esteem and psychological well-being in young people who consume psychoactive substances in the Autonomous City of Buenos Aires in 2020. The instruments used are: Relapse questionnaire of drugs, (DTCQ-50), (Annis, 1985, 1989; Tejero, Trujols and Roca, 1993), Scale of psychological Well-being - Adults (Bieps- a), Casullo and Castro Solano, 2000, Scale of Self-esteem (EA) , (Rosenberg, 1965; Góngora & Casullo, 2009).

Key words: Psychological well-being, Self-esteem, Drug use

Índice

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA 1
Agradecimientos 2
Resumen 3
Abstrac 4
1. Introducción 7
2. Estado actual de los conocimientos sobre el tema 9
3. Marco Teórico 14
3.1. Concepto de sustancias psicoactivas: 14
3.1.2 Clasificación de sustancias psicoactivas. 14
3.2 Etiología del consumo problemático de sustancias. 16
3.3 Factores de riesgo y protección 17
3.3.1 Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias: 17
3.3.2 Institucionalización y aprobación social de las drogas legales. 17
3.3.3 Entorno familiar y social: 18
3.3.4 Factores personales 19
3.4.1 Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia 19
3.4.2 La asunción de la vida adulta y el consumo de sustancias. 20
3.5 Consecuencias del consumo. 21
3.6 Detención temprana del consumo problemático de sustancias 22
3.7 Tratamientos para el consumo problemático de sustancias 23
3.8 Prevención de recaídas 24
3.9 Autoestima 25
3.9.1 Niveles de autoestima 26
3.10 Bienestar psicológico 27
3.11 Autoestima y bienestar psicológico 29
4. Relevancia & Justificación 30
4.1 Teórica 30
4.2 Práctica/Clínica 30

4.3 Social 30
5. Metodología 31
5.1. Objetivos: 31
General 31
Específicos 31
5. 2. Hipótesis 31
5.3 Participantes 32
5.4 Instrumentos 32
5.5 Procedimiento 34
6. Resultados 35
6.1 Tabla 1: Prueba de normalidad 35
6.2 Tabla 2: Análisis descriptivo de los datos demográficos (N = 129) 35
6.3 Tabla 3: Correlación entre Bienestar psicológico con recaída/vulnerabilidad y Autoestima. 37
6.4 Tabla 4. Correlación entre Recaída/Vulnerabilidad y autoestima 37
6.5 Tabla 5. Diferencias de género en bienestar psicológico, Recaída/Vulnerabilidad y Autoestima 37
6.6 Tabla 6: Correlaciones entre Bienestar Psicológico, Recaída/Vulnerabilidad y Autoestima con Pensamiento político, Espiritualidad, Ingresos y Edad 38
6.7 Tabla 7: Comparación entre aquellos que conviven con sus padres, que están en pareja y sin pareja. 39
7. Conclusión 40
8. Discusión 41
9. Referencias 46
Anexo: Instrumentos 50
Cuestionario Socio demográfico. 50
Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50: Annis, 1985, 1989; Tejero, Trujols y Roca, 1993) 51
Escala de Bienestar Psicológico- Adultos (BIEPS-A: Casullo, 2002; Casullo y Castro Solano, 2000) 52
Anexo 2: Gráficos 54

1. Introducción:

El consumo problemático de sustancias psicoactivas y su consecuencia, tanto física como emocional, representan un problema de salud pública en el ámbito mundial debido a su incremento y su inicio cada vez más temprano del consumo, (se inicia alrededor de los 12 años de edad). Se consumen desde sustancias licitas y aceptadas socialmente, como el tabaco, alcohol, hasta distintas sustancias ilícitas como marihuana, cocaína etc. Existen distintas características sociales y personales del sujeto que influyen en el consumo de estas sustancias (Riofrío, 2010).

Cuando nos referimos a sustancias psicoactivas, estamos hablando de todas aquellas sustancias que una vez que ingresan a nuestro organismo, se dirigen al cerebro, y modifican su ecosistema de forma variable. Su uso regular puede generar tolerancia y dependencia y, su abuso puede causar distintos tipos de trastornos tanto físicos como psíquicos. Además, el uso problemático de estas sustancias refiere para el sujeto, problemas en los diferentes ámbitos sociales, familiares, académicos y profesionales. Se categorizan por ser depresoras perturbadoras o estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC), (Monserrat & Amador, 2003).

Hablamos del consumo problemático de sustancias psicoactivas, cuando el sujeto se emplaza en una situación en la que se ven inciertos una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales, que determinan en gran medida las pautas futuras de respuesta de la persona. La detención precoz de esta problemática es sumamente importante para el posterior tratamiento. Se deben tener en cuenta ciertos aspectos imprescindibles que interfieren de forma personal y social en el sujeto, los cuales sirven de factores protectores y de riesgo que nos ayudan a destinar el tratamiento más efectivo para cada caso en particular (Ripoll, 2008).

Según el informe estadístico de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) sobre el tercer trimestre de 2019. Encontraron que la mayor cantidad de asistidos sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas, se destaca entre los 18 y 36 años de edad

concentrándose en el 70% de los pacientes de ambos sexos. Es importante de destacar, ya que los jóvenes son el grupo selecto de la población que más abarca esta problemática, el consumo se inicia con edades cada vez más tempranas, y el incremento en el consumo aumenta tras los años (Moro, y otros, 2019)

La autoestima por su parte, juega un papel decisivo y central en la personalidad del sujeto. Tener una autoestima elevada es la base del buen funcionamiento personal, social y profesional (Esnaola, Goñi, & Madariaga, 2008). Influye, en los problemas de salud mental y/o emocional en los jóvenes, y es un predictor de la internalización de problemas. El bajo autoestima en cambio, incide en diferentes problemáticas como, trastornos alimenticios, adicción a distintos tipos de sustancias, problemáticas familiares, entre otros (Torres, Meza, y Rodriguez, 2010).

Cuando hablamos de bienestar Psicológico, hablamos de un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo, como también, con el medio que lo rodea. Es un buen predictor de salud mental, y que el sujeto tenga un alto nivel de bienestar psicológico, constituye a que cumpla sus objetivos, se enfrente a los conflictos y a los distintos problemas, presentando flexibilidad cognitiva, focalizándose en satisfacer sus necesidades emocionales y sociales. En cambio, se considera que una persona con un bajo nivel de bienestar psicológico, suele tener altos niveles de stress y de no afrontamiento que los llevan a realizar actividades autodestructivas, como lo son el abuso del consumo de distintas sustancias (Figueroa, Contini, Lacunza, y otros., 2005).

Este postulado se llega a relacionar con el interrogante científico del presente trabajo, que busca explorar dicha relación, lo que conduce a la pregunta: ¿Cuál es la relación entre bienestar psicológico y autoestima en jóvenes que consumen sustancias psicoactivas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2020?

2. Estado actual de los conocimientos sobre el tema:

En el siguiente apartado se presentan diferentes investigaciones que han abordado y estudiado los lineamientos temáticos sobre los que se enfoca la presente Tesis. En los cuales se ha investigado el uso de sustancias psicoactivas, las actitudes y conductas de riesgo, sobre autoestima y Bienestar psicológico.

La mayoría de los estudios realizados acerca de consumo de sustancias, concuerdan en que éste trata de un problema de salud pública, y es uno de los principales problemas gubernamentales a nivel mundial. Informes epidemiológicos de organismos como la Organización Mundial de la Salud, señalan que los jóvenes son un grupo selecto de la población que están iniciando el consumo de sustancias legales (tabaco y alcohol) a edades tempranas de la vida (antes de los 12 años edad) y que consumen y abusan de las sustancias ilegales: marihuana, cocaína, u otro tipo de sustancia ilegal después de los 12 años de edad, confirmando que el consumo de sustancias legales como el alcohol y tabaco en la adolescencia, propician el riesgo al consumo de sustancias ilegales marihuana, cocaína, drogas sintéticas, entre otras y luego al consumo problemático de éstas en la vida adulta (Morales y Rey, 2012).

Un estudio realizado sobre el consumo de sustancias en estudiantes en el año 2002, confirmó que el abuso de sustancias había incrementado en los últimos 3 años, ya que el porcentaje de los sujetos que habrían experimentado alguna sustancia paso del 12 % al 14,7 % , además, arribaron a la conclusión que la conformación del consumo de sustancias se ha modificado, y que se consume desde drogas lícitas como alcohol y tabaco, como también sustancias psicoactivas e ilícitas, como la marihuana, cocaína y tranquilizantes. Por otra parte, se concluyó que la población masculina fue la más afectaba en el consumo de sustancias aunque ha habido un incremento similar de consumo en las mujeres, en especial con el consumo de alcohol y tabaco (Villatoro, y otros, 2002).

Según Bachman (2002), en su estudio longitudinal donde realizó un seguimiento a jóvenes durante 14 años (de 18 a 32), existen 4 tipos de variables mediadoras que explican las variaciones en los consumos de cada uno de los sujetos a lo largo de los años. Éstas variables tienen distinta importancia o funcionan de distinta forma para cada individuo, dependiendo del periodo que se

trate las diferentes libertades de las que gozan los sujetos. Por ejemplo, al final de la adolescencia y principios de la juventud, donde se comienzan a asumir distintos roles de la vida adulta como, (trabajar, casarse, abandonar el hogar familiar, etc) (Monserrat y Amador, 2003).

Es dentro de estos contextos donde se producen aumentos en el consumo de sustancias medidas según este autor, por cuatro variables:

- La religiosidad y la asistencia a los servicios religiosos,
- La frecuencia con la que se participa en actividades recreativas y sociales
- La disponibilidad para las drogas y,
- El riesgo percibido respecto a las sustancias a consumir y desaprobación de su uso.

Se encontró que los sujetos que participaban de actividades religiosas correlacionan con menor consumo de sustancias, en cambio la realización de actividades recreativas y sociales se relacionó con mayor consumo, tendiendo a alentar y facilitar el uso de sustancias. La tercera variable por su parte no fue una variable muy decisiva, debido al fácil nivel de acceso a las distintas sustancias por la que se convierte en menos discriminativa. Sin embargo la variable percepción del riesgo a consumir una sustancia determinada junto a la desaprobación de su uso, presenta variaciones a lo largo de los años de cada uno de los sujetos, es decir que tanto la percepción negativa como la desaprobación del uso de una determinada sustancia aumenta a partir de los 21 años (Monserrat y Amador, 2003).

Aguirre, Castill, y Zanetti 2010, encontraron que una baja autoestima en el sujeto constituye un factor de riesgo para el consumo de sustancias, es decir cuando la autoestima se encuentra amenazada por un evento negativo, se produce un incremento en los niveles de ansiedad, por lo que, el individuo reacciona buscando otras alternativas para enfrentar la situación, derivándolo a optar por formas poco apropiadas o perjudiciales para la salud.

Estudios realizados con jóvenes que atravesaban el consumo problemático de sustancias psicoactivas, han concluido que si bien no existe un estereotipo de

personalidad de estos sujetos, en general se considera que, aquellos con problemas de socialización, con un bajo umbral para la frustración, el fracaso y el dolor, que buscan la satisfacción inmediata y que carecen de habilidades sociales para la vida y para las demandas de la sociedad, son personas claramente identificables como de alto riesgo para el consumo de distintas sustancias (Sánchez Moro, Aguilar, Jiménez y Castanyer, 1998). Y por lo general, presentan un retraso en su desarrollo personal, con bajo nivel de autocontrol emocional, baja autoestima y pobre autoconfianza (Cattan, 2005).

Los investigadores Figueroa, Contini, Lacunza, y otros 2005, en su estudio realizado con jóvenes de un nivel socio económico bajo en Tucumán, Argentina. Demostró que el 45% de estos jóvenes, presenta un bajo nivel de bienestar psicológico y emplearon estrategias tales como:

1) Falta de afrontamiento
2) Reducción de la tensión y,
3) Auto inculparse.

Estas respuestas se dan frente a situaciones de estrés que los conducen a evitar pensar en el problema y buscar recompensas alternativas, lo que termina resultando un riesgo para el joven, ya que la resolución generalmente implica poner en marcha estrategias cognitivas y afectivas que modifiquen la situación problemática planteada . Entonces, la incapacidad del joven para enfrentar el problema y tomarlo desde una posición pasiva suele presentarse asociada con síntomas psicosomáticos buscando sentirse mejor por medio de actividades que disminuyan el estrés. Una de ellas es la modalidad de ingesta excesiva de alcohol, de sustancias psicoactivas o fumar (Figueroa, Contini, Lacunza, y otros., 2005).

Sin embargo, los jóvenes que presentaron alto nivel de bienestar psicológico utilizaron estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de los problemas y al cuidado integral de su persona. Por lo tanto se manifiesta que estos jóvenes presentan flexibilidad cognitiva, es decir que, enfrentan las situaciones de manera positiva, se esfuerzan por satisfacer sus necesidades vitales, emocionales y sociales, y además, buscan actividades que fortalecen el

concepto que tienen de sí mismos reforzando a su vez, su autoestima (Figueroa, Contini, Lacunza, y otros., 2005).

Siguiendo con esta línea, es importante destacar las estadísticas de La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) sobre el tercer trimestre de 2019.

Se encontró que el grupo etario que aporta la mayor cantidad de asistidos sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas, se destaca entre los 18 y 36 años de edad concentrándose en el 70% de los pacientes de ambos sexos. Por otra parte, el grupo etario de 37 a 42 años, incluye al 84% del total de los usuarios. Y la edad de 24 a 30 años, en cambio es donde se observa la mayor frecuencia de pacientes, tanto para hombres como mujeres (alrededor de 27,5% para hombres y 3,6% para mujeres). Sólo el 1,4% de los consultantes es mayor a 56 años, mientras un 4,1% es menor de 18 años (porcentaje mayor al registrado en el trimestre anterior, 3,4%) (Moro, y otros, 2019).

Si nos referimos al área geográfica del país en donde se encuentran la mayor cantidad de asistidos, encontramos que alrededor del 62% de los pacientes pertenecen a la provincia de Buenos Aires (al interior y, a 24 partidos del Conurbano) y que un 24,3% pertenece a CABA.

Entre ambas jurisdicciones concentran cerca del 86% del total de los pacientes de este periodo. Lo que se puede destacar que, CABA aporta un total de 510 pacientes asistidos y que provincia de Buenos Aires un total de 1.258, distribuidos de la siguiente manera: GBA zona sur, con 480 pacientes, GBA zona oeste, con 367, GBA zona norte, con 280 asistidos y las localidades del interior de Buenos Aires aportan 131 pacientes al total.

Por su parte, las provincias más destacadas en este periodo fueron: Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba y Santiago del Estero representando el 12,1% total de los pacientes. Sin embargo, estos valores provinciales son similares a los observados en informes anteriores.

En líneas generales puede afirmarse que los valores más altos se registran en las zonas más densamente pobladas del país, que a su vez comprenden gran parte de la distribución de la oferta asistencial (Moro, y otros, 2019).

Estos estudios revelan también tanto la sustancia de inicio de consumo como la sustancia de consumo actual. En este sentido, durante el tercer trimestre de 2019 para aproximadamente el 48,3% de los asistidos la sustancia de inicio es la marihuana, Y alrededor del 27% de los usuarios inician el consumo con alcohol, mientras un 15,2% lo hace con cocaína (Moro, y otros, 2019).

Por último, lo que refiere al consumo problemático en los diferentes sexos se encontró que en las mujeres se nota un consumo mayor al de los hombres en tranquilizantes y/o ansiolíticos/benzodiacepinas y de modo significativo, en relación al alcohol. También se observa un mayor consumo femenino en sustancias como pasta base y, en menor medida, marihuana. Por su parte, en los hombres son más frecuentes en sustancias como la cocaína (presentando una diferencia significativa con respecto a las mujeres) y el alcohol (donde la diferencia entre géneros es menor) (Moro, y otros, 2019).

3. Marco Teórico

3.1. Concepto de sustancias psicoactivas:

Teniendo en cuenta las definiciones de Lázaroa y Rubioa, 2006, podemos definir a las sustancias psicoactivas como todas aquellas sustancias químicas que reúnen ciertas características:

- Una vez que ingresa a nuestro organismo, se dirige al cerebro y modifican su ecosistema de forma variable.
- Su uso regular puede generar tolerancia, (a la medida que el organismo se va acostumbrando a la presencia regular de la sustancia, se necesita mayor cantidad de la misma para producir los mismos efectos)y dependencia, tras su uso habitual el sujeto deberá consumir dicha sustancia para no experimentar síntomas de abstinencia.
- Su abuso puede causar distintos tipos de trastornos tanto físicos como psíquicos.

Actualmente el consumo de estas sustancias se centra en tendencias recreativas convirtiéndose en el eje central de socialización. Una buena parte de la sociedad asocia el consumo de sustancias con el camino a la integración y el éxito social, derribando viejos estereotipos que asociaban al consumo de drogas a situaciones de exclusión social. Además, los nuevos contextos o espacios, motivaciones y el significado del uso de drogas son cada vez más diversos y difusos (Monserrat y Amador, 2003).

3.1.2 Clasificación de sustancias psicoactivas.

Según Mendrana y Benitez 2006 , se pueden clasificar los distintos tipos de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta la capacidad de las mismas para llegar al cerebro y modificar su funcionamiento habitual es decir, por su “psicoactividad”

Teniendo en cuenta este parámetro podemos clasificar los distintos tipos de sustancias de la siguiente manera.

1. Sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC): Entorpecen el normal funcionamiento del cerebro, reduciendo los reflejos y

provocando somnolencia, así como reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma. Produciendo un proceso progresivo al adormecimiento cerebral (Pascual et al., 2003).

Las drogas con estas características se tratan de:

- Alcohol
- Heroína
- Morfina
- Metadona
- Propoxifeno
- Sedantes
- Hipniticos (pastillas para dormir)

2. Sustancias estimulantes del SNC: Sustancias que aceleran el normal funcionamiento del cerebro, provocando un estado de activación que puede ir - desde dificultad para dormir hasta un estado de hiperactividad, reduciendo además la sensación de fatiga y hambre (Pascual et al., 2003).

Por ejemplo:

- Estimulantes mayores: Cocaína, anfetaminas, Metanfetamina (speed, energizantes)

-Estimulantes menores: Nicotina

-Xantinas: Cafeína, teobromina

3. Sustancias perturbadoras del SNC: Alteran el funcionamiento del cerebro provocando distorsiones perceptivas y alucinaciones, alterando la forma de percibir el mundo exterior (Pascual et al., 2003).

Como lo son:

- Alucinógenos: LSD

- Derivados del cannabis: marihuana, hachis etc

- Drogas de síntesis: Extasis, MDA (Mendrana & Benitez, 2006).

3.2 Etiología del consumo problemático de sustancias.

El consumo de sustancias ha sido asociado desde hace muchos años a ritos y ceremonias, estilos que en su tiempo y por sus propias razones contaban con sentidos culturales y religiosos, sin constituir a factores que atentan contra la salud. A partir del siglo XX, las dificultades empezaron a notarse en los distintos ámbitos, ya que el consumo de sustancias psicoactivas fue cambiando de contextos e iniciando a edades más tempranas (a partir de los 12 años). Tomando además un sentido más cultural y social, asociándose con momentos más recreativos en la vida del sujeto. El consumo de sustancias tal como lo conocemos en la actualidad, se trata de un fenómeno relativamente nuevo, su inicio se sitúa aproximadamente en los años 60 y ha tenido su mejor desarrollo en las últimas décadas. Muchas culturas han utilizado históricamente el uso de éstas sustancias con distintos fines, es decir que los seres humanos en distintas culturas y en distintos momentos históricos han buscado alterar su estado de conciencia a través de las sustancias psicoactivas, ya sea usadas de forma selectiva, ritualizada, ocasional o cómo medio de diversión (Monserrat y Amador, 2003).

Cuando hablamos de consumo problemático de sustancias psicoactivas, nos referimos al uso compulsivo de una sustancia donde el consumo de la misma, emplaza en una situación en la que se ven inciertos una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que determinan en gran medida las pautas futuras de respuesta de la persona (Ripoll, 2008).
El sujeto carece de control eficaz para encuadrar su conducta a las demandas del medio persistiendo en el consumo de estas sustancias, a pesar de conocer las consecuencias a mediano y largo plazo de dicho consumo. El uso problemático, se caracteriza también por el deseo desmedido de querer consumirla con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, para evitar las consecuencias de su ausencia (Ripoll, 2008).
Además interfieren tanto en la vida personal del sujeto afectando en sus relaciones con familiares, pares y amigos, como también en la vida académica y profesional pudiendo llegar a tener problemas hasta con la ley. (Ripoll, 2008)

3.3 Factores de riesgo y protección

Autores como Hawkins, Catalano y Miller, 1992, afirman que existen distintos factores de riesgo del consumo de drogas, así como también factores protectores que reducen la posibilidad del uso de drogas (Espada, Mendez, Griffin, y Botvin, 2003), estos son:

3.3.1 Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias:

En nuestro país las distintas sustancias legales como el alcohol y el tabaco los convierte en un producto disponible de fácil acceso para la población, contando con muchos establecimientos donde se adquieren y amplios horarios de venta. Estudios estadísticos del SEDRONAR de 2017, han encontrado que la marihuana seguida de la cocaína son las sustancias psicoactivas con más circulación y fácil acceso de la población, convirtiéndose en un dato sumamente alarmante, ya que se puede ver incrementada cada vez más el uso y el fácil acceso de las distintas sustancias en la población (Moro, Canay, Brasesco, Rosendo, y Cadenas, 2017).

3.3.2 Institucionalización y aprobación social de las drogas legales.

Las sustancias psicoactivas legales son además “aceptadas socialmente” por lo que se muestran muchas veces a personas famosas o con cierto prestigio consumiéndolas en televisión, cine y prensa. Estas sustancias son claves ya que se refieren a la “puerta de entrada” para el posterior consumo problemático de sustancias psicoactivas. Se entiende, además que tanto los mensajes publicitarios o la aprobación de los otros significativos, pueden influir directamente en adolescentes y jóvenes, llevándolos a la curiosidad de probar dicha sustancias. Estudios revelaron que la mitad de la población que tiene entre 12 y 65 años fumo cigarrillos alguna vez, es decir que casi 29 personas de cada 100 fuma actualmente y son jóvenes de 25 a 35 años quienes tienen niveles de consumo más elevado. Por otra parte, si nos referimos al alcohol, el 81% de las personas tomaron alguna bebida alcohólica. En la actualidad, el consumo se encuentra presente en el 53% de la población afectando de mayor medida a la población masculina y con una edad aproximada entre los 18 y 24 años (Moro, Canay, Brasesco, Rosendo, y Cadenas, 2017).

3.3.3 Entorno familiar y social:

La incomunicación familiar y ambiente enrarecido contribuyen a generar y mantener déficits y carencias personales que el sujeto puede compensar recurriendo al consumo. Numerosos autores destacan la relación entre la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de sustancias, ya que la influencia familiar y de pares es indispensable a la hora de hablar de esta problemática, ya sea de forma positiva o negativa (Espada, Mendez, Griffin, y Botvin, 2003). La influencia familiar se considera como un papel fundamental, ya que se trata del agente socializador de la vida del sujeto, propicia su desarrollo sano y maduro. Es decir que, puede ubicar al joven en un lugar de riesgo o protegerlo de involucrarse en ciertas conductas desviadas tales como son el consumo y el abuso de sustancias y la realización de actos antisociales (Espada, Mendez, Griffin, y Botvin, 2003).

Por otra parte, si hablamos de la Influencia del grupo de pares y amigos, la probabilidad del consumo aumenta, satisfaciendo además el sentimiento de afiliación o pertenencia del grupo de iguales. Actualmente, el mayor porcentaje del consumo de sustancias se asocia al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares como bares, discotecas y juntas sociales y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. Se da en contextos sociales y muchas veces en grupo de personas (Espada, Mendez, Griffin, y Botvin, 2003).

Según un estudio realizado a nivel nacional en 2017 en consumo de sustancias psicoactivas entre sujetos de 12 a 65 años, se vio reflejado que el porcentaje de población que declara tener amigos o familiares que se emborrachan llego al 48,1%, sobre todo entre los varones (53%) y entre los jóvenes de 18 a 24 años (63%).
En este estudio se logra apreciar una clara asociación entre consumo y entorno, más aun cuando se trata de familiares o pares que consumen drogas. Por ejemplo: en el caso de la marihuana, la tasa de consumo en el último año entre la población general es 7,8%. En cambio, entre las personas que no tienen ningún

amigo que se alcoholice, la tasa se vio disminuida a menos del 4% y al 1% entre quienes no tienen ningún amigo que consuma droga. Sin embargo, si él sujeto tienen en su entorno dos o más personas que se alcoholizan, la prevalencia asciende (Moro, Canay, Brasesco, Rosendo, y Cadenas, 2017).

3.3.4 Factores personales

Dentro de los factores personales, se pueden encontrar interesante destacar la desinformación y prejuicios, ya que el no conocimiento sobre las consecuencias del consumo de drogas, alentando a la curiosidad e impidiendo valorar los verdaderos riesgos son uno de los factores más importantes a la hora de indicar las causas del consumo de sustancias, (Espada, Mendez, Griffin, y Botvin, 2003).

Cuando hablamos de curiosidad de consumir algún tipo de sustancia, nos referimos a un factor de riesgo-protección en la medida en que identifica actitudes de propensión al consumo. La curiosidad es una de las razones que están en el imaginario social de los individuos como soporte del consumo, al menos del consumo experimental o de iniciación (Moro, Canay, Brasesco, Rosendo, y Cadenas, 2017).

Además, varios autores han encontrado también, que distintos factores como la baja tolerancia a la frustración, conductas agresivas, baja autoestima influyen en el consumo problemático de estas sustancias. (Espada, Mendez, Griffin, y Botvin, 2003).

3.4.1 Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia

Cuando se habla de la adolescencia, se alude a un momento vital en el que suceden multitud de cambios que afectan los aspectos fundamentales de la persona. Se transforma el cuerpo, la mente, las relaciones familiares y sociales. Se abre un espacio de tensión e inquietud, y al mismo tiempo, de placer y esperanza, se trata del periodo que luego continuará en la vida adulta. (Moreno y Del Barrio, 2000).

Ciertos rasgos de personalidad en la infancia y adolescencia pueden estar implicados en el posterior consumo de sustancias tanto legales como ilegales, se

trata de variables psicológicas como, un pobre control de las emociones, la introversión social y la timidez, la agresividad y la personalidad depresiva. Sin embargo, el abuso de sustancias parece hacerse más probable si la conducta antisocial persiste y se vuelve más variada en la adolescencia temprana incluyendo peleas y mal comportamiento en el ámbito escolar, contribuyendo al abuso y uso de drogas en la adultez (Muñoz-Rivas, Graña Gomez, Peña Fernandez, y Andreu Rodriguez, 2002).

El consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes fue creciendo con el paso del tiempo, convirtiéndose en un hecho habitual dentro de sociedades desarrolladas. Se considera que se experimenta principalmente con tabaco y alcohol y en menor grado con otras sustancias. Lo experimentación temprana de dichas sustancias facilita la posterior experimentación con otro tipo de éstas. Y favoreciendo en la vida adulta la costumbre y el abuso conflictivo de la sustancias psicoactivas (Iglesias,2007).

En su estudio Frydenberg 1997, plantea que los importantes cambios que se producen en el ámbito académico y social en la adolescencia, son percibidos por éstos como retos y oportunidades. En general a pesar de esta etapa radical de la vida del sujeto, estos retos son afrontados con optimismo y esperanza, el adolescente afronta estas situaciones a partir de experiencias ya vividas. Sin embargo, cuando las expectativas iníciales se ven frustradas y el optimismo inicial se ve sustituido por una visión más pesimista, se empieza a emplear distintas estrategias de afrontamiento, para poder superar esta etapa de cambios radicales, (Gomez Fraguela, Luengo Martin, Romero Triñanes, Villar Torres, y Fernandez, 2006)

3.4.2 La asunción de la vida adulta y el consumo de sustancias.

Varios estudios longitudinales realizados desde la adolescencia a la adultez demostraron que el consumo varía en estas dos etapas de la vida del individuo. Por ejemplo, Baer, MacLean y Marlatt (1998) concluyeron que el consumo de sustancias se incrementa en la adolescencia pero a partir de los 20 años de edad empieza a declinarse debido a la asunción de los roles adultos, comenzar a

trabajar, matrimonio, etc. Se empieza además a conocer más de los riesgos y consecuencias del consumo (Iglesias,2007)

Sin embargo, cabe destacar que son varios los estudios que concuerdan que el consumo abusivo de sustancias en la adolescencia propicia el consumo problemático de las mismas en la vida adulta.

3.5 Consecuencias del consumo.

Varios autores encontraron que una de las consecuencias del consumo problemático de sustancias psicoactivas era el deterioro de las funciones ejecutivas en el sujeto. Las funciones ejecutivas, constituyen un conjunto de habilidades superiores de organización e integración. Están implicadas en la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes, la inhibición de respuestas inapropiadas, la adecuada selección de conductas y su organización en el espacio y tiempo, la flexibilidad cognitiva en estrategias, el control de conductas en función de estados motivacionales y afectivos, y la toma de decisiones (Verdejo, Orozco-Gimenez, Jofre, Arcos, y Garcia, 2004).

Las funciones ejecutivas también pueden verse afectadas por los efectos neurotóxicos acumulativos del consumo problemático de las distintas sustancias sobre los diversos mecanismos cerebrales. Sin embargo, la gravedad del consumo prolongado de sustancias no estaría implicada en la presencia de alteraciones en los procesos de toma de decisiones ya que, los déficit en los mecanismos de toma de decisiones pueden estar en la base del inicio del consumo de drogas y contribuir al desarrollo de procesos adictivos. (Verdejo, Orozco-Gimenez, Jofre, Arcos, y Garcia, 2004).

El consumo abusivo de drogas puede generar además distintos fenómenos como son:

- Dependencia: se trata del conjunto de síntomas que indican que el sujeto continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas y consecuencias relacionada con el consumo, afectando su vida personal, profesional y académica.

- Abstinencia: se trata de signos y síntomas que aparecen al cesar bruscamente en consumo de cierta sustancia, y que a su vez desparecen una vez que el sujeto la vuelve a consumirla.
- Craving: Este fenómeno hace referencia al deseo intenso de consumir las sustancias, puede aparecer semanas o meses después de haber dejado de consumir y superado el síndrome de abstinencia agudo. El alcohol, cannabis y la cocaína son las sustancias que son más propensas a provocar este fenómeno.
- Tolerancia: cuando hablamos de tolerancia hablamos de la necesidad progresiva de tener que administrar más cantidades de una sustancia para poder lograr el efecto deseado (Caudevilla Gálligo, 2007).

3.6 Detención temprana del consumo problemático de sustancias

La mayoría de los estudios concuerda en la importancia de poder detectar de forma precoz el consumo problemático de sustancias para que las consecuencias en el sujeto sean menores. Además se vuelve fundamental entender y conocer las distintas nuevas sustancias que van surgiendo alrededor del mundo y su modo de consumo, para luego trabajar en el abordaje clínico de las mismas y poder intervenir de forma correcta y acertada.

Por su parte a nivel nacional se destaca El Sistema de Alerta Temprana del Observatorio Argentino de Drogas, que se define como un conjunto de procedimientos técnicos y comunicacionales entre los diversos organismos del Estado y las organizaciones de la Sociedad Civil destinado a la recopilación de información para la detección temprana de nuevas sustancias psicoactivas, sustancias emergentes y nuevos patrones de consumo, con la correspondiente evaluación de riesgos y elaboración de respuestas oportunas. Es considerada hoy en día como un importante mecanismo de refuerzo para enfrentar la problemática del consumo y la oferta de estas sustancias a nivel mundial y nacional, (Moro, Brasesco, y Rosendo, 2016).

Las distintas funciones para la adecuada detección temprana según el SAT son:

1) Procurar la detección oportuna de oferta de nuevas sustancias psicoactivas,

drogas emergentes, y cambios en los patrones de consumo o comercialización. 2) Caracterizar químicamente las sustancias detectadas: su composición, toxicidad y poder adictivo que producen las misma. 3) Evalúa además, los riesgos individuales y poblacionales que implica el consumo, producción y comercialización, desde una perspectiva de salud pública. 4) Genera la alerta temprana y el tratamiento adecuado, según las circunstancias vinculadas con la situación de riesgo detectada y por el medio que resulte más conveniente (Moro, Brasesco, y Rosendo, 2016).

3.7 Tratamientos para el consumo problemático de sustancias

Según los autores, Villa y Fernandez Hermida 2001, el consumo de sustancias se inicia y se mantiene por distintos factores. Es por esto que para poder tratar la problemática, debe ser abordada de un modo multifactorial, que incluya aspectos biológicos, conductuales y sociales. Debido a que, el consumo problemático de sustancias afecta muchas áreas del funcionamiento del individuo requiriendo un tratamiento multimodal. Los objetivos del tratamiento en el consumo problemático de sustancias van a incluir por una parte, la reducción del uso y los efectos, la reducción de la frecuencia y la intensidad de las recaídas y por último, la mejora del funcionamiento psicológico y social, que es consecuencia y a su vez la causa del consumo de dichas sustancias, (Ripoll, 2008). Las principales variables que se deben tener en cuenta a la hora de trabajar con esta problemática son: las conductas de consumo, junto con los datos referentes a la actividad formativa/laboral o delictiva, la situación familiar, las actividades de ocio y el estado general de salud. Estas variables son muy habituales a tener en cuenta para la eficacia y correcta intervención de los tratamientos. Por último, es importante que los trabajos aporten una evaluación a largo plazo de los resultados de las intervenciones, más allá del post-tratamiento. Esto queda justificado por la evidencia que indica que la gran mayoría de las recaídas, independiente del tipo de sustancia, ocurren durante los primeros meses del seguimiento (Ripoll, 2008).
Sin embargo, la persistencia y el riesgo de recaídas se puede llegar a mantener a

muy largo plazo e incluso años después de la que la persona deje el consumo de sustancias. Las recaídas pueden suceder incluso aunque la persona lleve años no presentando ningún síntoma asociado al consumo, esto puede entenderse debido a que el consumo problemático de sustancias generan importantes modificaciones en el procesamiento de información (Ripoll, 2008).

3.8 Prevención de recaídas

La recaída en el sujeto se produce cuando se expone ante una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia (Iglesias, y otros, 2007).

Es decir, si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá de forma significativa, ya que esta situación va a ser percibida por el sujeto como una sensación de autocontrol, incrementando a su vez la autoeficacia percibida. Pero, si por el contrario, el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, por una parte, porque disminuirá su percepción de autoeficacia y, por otra, porque se asociará más fácil la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia que al de las consecuencias negativas derivadas de la conducta problemática del consumo (Iglesias, y otros, 2007).

A partir de lo anteriormente planteado se pueden identificar algunas características importantes a tener en cuenta a la hora de la intervención del consumo problemático de sustancias:

1. Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente.

2. Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída, con el fin de detectar e intervenir a tiempo la futura recaída.

3. Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo y entender como intervenir posteriormente (Iglesias, y otros, 2007)

3.9 Autoestima

Se denomina a la autoestima como el conjunto de características (físicas, sociales, afectivas, intelectuales) que conforman la imagen que el individuo cree de sí mismo. No se trata de un constructo que permanece estático a lo largo de la vida del sujeto, si no que se va desarrollando y construyendo, gracias a la intervención, tanto de factores como de interacciones sociales que la persona tiene a lo largo de su desarrollo (Esnaola, Goñi, y Madariaga, 2008).

William James 1890, la denomina como aquello que siente el individuo con respecto de sí mismo en el mundo, dependiendo de lo que apueste ser y hacer, determinado por la proporción entre su realidad y sus supuestas potencialidades.

La autoestima, es una necesidad importante para el ser humano. Es básica e indispensable para el desarrollo del sujeto y tiene valor de supervivencia. Sin embargo, cuando un sujeto posee baja autoestima, disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida, tendemos a estar más influenciados por el deseo de evitar el dolor que de experimentar la alegría (Branden, 1993).

Los autores Baron y Bayrne 2005, señalan que una de las actitudes más importantes que desarrolla una persona es la actitud hacia sí misma. Las actitudes sobre sí mismos comienzan en las interacciones tempranas entre niños y madres u otros cuidadores.

Núñez y González (1994), plantearon que cuando hablamos de autoestima no hablamos de algo heredado o establecido, si no, que se trata del resultado del conjunto de autopercepciones obtenidas a partir de las experiencias vividas por el individuo en su interacción con su entorno. A medida que pasa el tiempo se va formando una autoestima cada vez más estable y con mayor capacidad para dirigir nuestra conducta. Las autopercepciones del sujeto se desarrollan en un contexto social y cultural, lo cual implica que la autoestima y su funcionamiento particular está vinculado al contexto social inmediato (Molero y Cazalla-Luna, 2013).

Así mismo, la autoestima de una persona está significativamente influida por lo que los otros individuos piensan o creen de él. Destacándose principalmente la importancia de los grupos sociales primarios, con los que se produce una

interacción afectiva inmediata. Son las opiniones y reacciones de los otros significativos, aquellas personas con las que el individuo está ligado afectivamente y a las que valora (como son: padres, amigos, compañeros), que influyen en la propia autoestima. Desde la primera infancia nuestra autoestima se desarrolla viendo como los otros significativos nos responden (Gonzalez y Tourón, 1992).

Varios autores han llegado a la conclusión de que la autoestima juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad. Y que una autoestima positiva está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de él la satisfacción personal y el sentirse bien consigo mismo (Esnaola, Goñi, y Madariaga, 2008)

James (1890) diferencia tres tipos de autoestima:

1) Material, que es entendida como la vanidad personal, la modestia, el orgullo por la riqueza, el temor a la pobreza.
2) Social, que es entendida como el orgullo familiar y social, la afectación, la humildad y la vergüenza.
3) Espiritual, que es entendida como el sentido de la superioridad moral o mental, el sentimiento de inferioridad o culpa y la pureza.

3.9.1 Niveles de autoestima

El nivel de autoestima de los individuos se relaciona con la percepción del sí mismo en comparación con los valores personales, dichos valores fueron desarrollados mediante un proceso de socialización. Se define a la autoestima entonces como, un fenómeno actitudinal que se basa en las fuerzas sociales y culturales (Rosenberg, 1965)

En el fenómeno de la autoestima, se entiende que existe una distancia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real del sujeto. Si esta distancia es pequeña la autoestima será mayor; por el contrario, si existe una distancia mayor en entre el ideal y el real, más baja será la autoestima, aun cuando existan valoraciones positivas de otros (Rosenberg, 1965).

La autoestima influye en los problemas de salud mental y/o emocional en los sujetos, y es un predictor de la internalización de problemas. Un porcentaje bajo de autoestima, influye en diferentes problemáticas como, trastornos

alimenticios, adicción a distintas sustancias, problemáticas familiares, etc (Torres, Meza, y Rodriguez, 2010).

En cambio según Tello (2016), tener altos niveles de autoestima es importante en cada individuo para sentir plenitud y bienestar de sí mismo como ser humano, de lo contrario, una autoestima baja puede provocar una actitud negativa en el sujeto, creando conflictos que afectan en la vida cotidiana llevándolo a tener alguna conducta autodestructiva o poco apropiada para su bienestar.

Existen diferentes tipos y grados de conductas autodestructivas, las que no son aceptadas socialmente, por ejemplo: consumir drogas o autolesionarse y las aceptadas como lo son, el consumo de alcohol y tabaco. Se considera, que una buena autoestima motiva a las personas a cuidarse, valorares, respetarse y tomar buenas decisiones para su autocuidado, por lo que es importante fomentarla día a día. En cambio una autoestima baja se relaciona con la realización de éste tipo de conductas autodestructivas antes mencionadas que perjudican al sujeto en su integridad. (Tello, 2016).

3.10 Bienestar psicológico

El bienestar psicológico, o también llamado subjetivo es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Se manifiesta, cuando un sujeto se siente bien, es más productivo, sociable y creativo, posee una proyección de su futuro más positiva e infunde felicidad, implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio, (García y Viniegras , 2000).

Keyes, Shmotkin y Riff (2002), han planteado un modelo multidimensional del bienestar psicológico, dónde plantearon está compuesto por seis componentes básicos:

1) La autoaceptación o la evaluación positiva de uno mismo;
2) El desarrollo personal o sentimiento de crecimiento continuo. El desarrollo cómo persona.
3) El propósito que el sujeto le pone a su existencia o creencia de que la vida tiene un significativo

4) Las relaciones positivas y de calidad con pares, familiares, y amigos-

5) La capacidad de poder manejar efectivamente la vida de uno y del contexto que lo rodea.

6) La autonomía o sentido de autodeterminación (Valerio, G y Serna, R, 2017).

El bienestar psicológico además, posee componentes estables y cambiantes al mismo tiempo. Es estable a largo plazo aunque experimenta ciertas variaciones circunstanciales. Es el componente cognitivo más relevante, dado que su principal característica es ser estable manteniéndose en el tiempo e impregnando en la vida global de los sujetos (Casullo y Castro solano, 2000).

Victoria y López (2003), manifestaron que se trata de una categoría personal y subjetiva, ya que se construye por cada individuo, siendo una vivencia personal, irrepetible. Surge en el marco de la vida social y de la historia personal de los sujetos (Morales Álvarez, 2011).

Por otra parte Álvarez (2011), sostiene que el bienestar psicológico suele ser resultante de afrontar adecuadamente las situaciones de estrés de la vida cotidiana, pero que a la vez una persona con un alto nivel de bienestar está mejor preparada pudiendo afrontar mejor las demandas y desafíos del ambiente. Estando estrechamente relacionado con la salud.

También, es definido como el grado en el que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables. La evaluación que realiza el sujeto depende de tres componentes: a) Los estados emocionales (positivos-negativos),

b) El componente cognitivo (procesamiento de información que las personas realizan acerca de cómo les fue o les está yendo en su vida); y

c) Las relaciones vinculares entre ambos componentes (Aparicio, 2011).

En otros términos, se dice que, a pesar de las variaciones circunstanciales, el bienestar psicológico implica una disposición más o menos estable de evaluar en forma positiva o negativa la vida. En esta evaluación que realiza el sujeto, se ponen en juego una serie de dimensiones que tienen que ver con: El control de situaciones (sensación de control y autocompetencia); los vínculos psicosociales

(aluden a la calidad de las relaciones personales); la existencia de proyectos (indica la presencia de metas y propósitos en la vida) y, por último, la aceptación de sí mismo (evalúa el sentimiento de bienestar consigo mismo), (Aparicio, 2011).

Finalmente, el bienestar psicológico se produce en relación con un juicio cognitivo acerca de los logros, pero a su vez influye en la conducta dirigida al logro de metas y propósitos. Además suele ser resultante de afrontar adecuadamente las situaciones de estrés de la vida cotidiana, pero a la vez una persona con alto nivel de bienestar está mejor preparada y, de hecho, afronta mejor las demandas y desafíos del ambiente, (Morales Álvarez, 2011).

3.11 Autoestima y bienestar psicológico

Shavelson (1976), planteaba que la adecuada percepción, organización e integración de las experiencias del sujeto constituye una clave explicativa para el adecuado funcionamiento comportamental, cognitivo, afectivo y social. Desde ésta perspectiva, la autoestima ha sido considerado por muchos autores como importante correlato del bienestar psicológico y del ajuste social (Fuentes, García, Gracia, y Lila, 2011).

Autores como, Molina Sena y Meléndez Moral (2006), resaltan la importancia de la relación entre bienestar psicológico y la autoestima. Cada persona realiza una autoevalución sobre su propia vida, y que ésta será favorable en la medida en que exista un equilibrio entre expectativas vitales y metas alcanzadas o posibles. Tomando al bienestar bajo los términos de satisfacción personal y adaptación.

Benatuil 2004, afirma que el bienestar psicologico está relacionado y formado con variables cómo el autoconcepto, la autoconciencia, la autoestima, y por último, la autoeficacia.

Autoestima y bienestar psicológico son elementos que van estrechamente relacionados entre sí, ya que se relacionan con el sentido que le otorga el individuo a su vida. Y a su vez, el sujeto va a proporcionar una razón, orden o coherencia a su existencia (Benatuil, 2004).

4. Relevancia & Justificación

4.1 Teórica: Los resultados de este estudio permitirán una mejor comprensión de cómo la autoestima y el bienestar psicológico juegan un papel en la vida del sujeto. El consumo de sustancias a su vez, es visto como una forma en el que los adolescentes escapan del stress y de los conflictos, utilizando mayores estrategias dirigidas a evitar problemas y distraerse (Benatuil, 2004). Permitirán además una mejor comprensión de las distintos tipos de sustancias, factores de riesgo y protección, y como poder abordar esta problemática de forma precoz y efectiva.

4.2 Práctica/Clínica: Para el psicólogo clínico y el psicoterapeuta los resultados de este estudio permitirán evaluar cómo influye el consumo de sustancias psicoactivas en la calidad de vida de los jóvenes, más específicamente en relación a su bienestar psicológico y autoestima y a la vez les permitirá arribar de forma precoz esta problemática, para que psicólogos, médicos y otros profesionales puedan beneficiarse de este aporte y utilizarlo en las practicas, desarrollando por ejemplo, una mejor calidad de vida para aquellos jóvenes que se encuentran atravesando esta problemática.

4.3 Social: Los resultados de este estudio permitirán dirigir un modelo de información social sobre cómo controlar y ayudar a jóvenes que consumen este tipo de sustancias, ya que en muchos casos no hay percepción e peligro ni de consecuencias que el abuso de sustancias puede causar (Villatoro, y otros, 2002). Además, poder informar a los distintos grupos de influencia como lo son los pares y familiares, que son fundamentales a la hora del apoyo y la influencia del sujeto.

5. Metodología

5.1. Objetivos:

General

Relacionar el grado de bienestar psicológico y la autoestima con la propensión a la recaída (vulnerabilidad) en jóvenes que consumen sustancias psicoactivas.

Específicos

- Relacionar el grado de bienestar psicológico y el nivel de autoestima en jóvenes que consumen sustancias psicoactivas.

- Relacionar el grado de bienestar psicológico con la propensión a la recaída en jóvenes que consumen sustancias psicoactivas.

- Relacionar la propensión a la recaída y el nivel de autoestima en jóvenes que consumen sustancias psicoactivas.

- Llevar a cabo análisis con las variables sociodemográficas (por ej. sexo, edad, et.) en la muestra en jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas.

5. 2. Hipótesis

H1.Se encontrará una correlación *positiva* y significativa entre el nivel de autoestima y el grado bienestar psicológico, es decir, quienes indican mayor autoestima tienden a puntuar alto en bienestar psicológico.

H2.Se encontrará una correlación *negativa* y significativa entre el grado bienestar psicológico y la propensión a recaída en jóvenes, es decir, quienes puntúan alto en bienestar psicológico son menos propensos a la recaída de consumo.

H3. Se encontrará una correlación *negativa* y significativa entre el nivel de autoestima con la propensión a la recaída, es decir, quienes posean baja autoestima tenderán a mayor vulnerabilidad a la recaída del consumo.

5.3 Participantes

La muestra estuvo integrada por 129 jóvenes, 44 (34%) varones y 85 (66%) mujeres, el rango etario era de 15 a 33 años (Media = 25,51, DT= 3,56). El consumo de sustancias más frecuente era marihuana (38%) y tabaco (11,6%), y secundariamente cocaína (3,9%) y éxtasis (3,1%). El 19,4% indicó que consumía algún tipo no específico de drogas, y el 7,8 más de una droga.

5.4 Instrumentos

Drug-TakingConfidenceQuestionnaire(DTCQ-50:Annis, 1985, 1989; Tejero, Trujols y Roca, 1993), tiene el propósito de evaluar la autoeficacia o seguridad de evitar consumir drogas en diferentes situaciones de alto riesgo. Aunque en la versión original el paciente repasa una lista de 50 ítems (versión comercial), la versión libre que usaremos aquí contiene 8 y en cada uno de ellos se le solicita que se imagine a sí mismo como si realmente estuviera en esa situación. El adolescente valora su confianza o seguridad para mantener la abstinencia, o para resistirse, a consumir drogas en una escala que va desde el 1 (no estoy seguro de poder) hasta 5 (estoy seguro de poder). Los valores que se obtienen pretenden ofrecer una información clínica para planificar los objetivos del tratamiento y las estrategias. Tejero, Trujols y Roca (1993) muestran que el *Drug-TakingConfidenceQuestionnaire*poseealta consistencia interna,con un alfa de Cronbach de .90 para esta muestra.

Escala de Bienestar Psicológico –Adultos (BIEPS-A; Casullo, 2002; Casullo y Castro Solano, 2000). Bienestar psicológico es el estado actitudinal positivo hacia la vida, capacidad de vincularse con otros, tener relaciones afectivas significativas, creencias positivas respecto del sentido de la vida y del paso de los años y autonomía relativa en la toma de decisiones. Dado su objetivo de evaluación, las escalas BIEPS (Adultos y Jóvenes) pueden ser utilizadas en

investigación aplicada (por ejemplo, la evaluación de programas de intervención clínica), en evaluación psicológica individual, o para el despistaje de poblaciones grandes. BIEPS está formada por 13 ítems con tres opciones de respuesta (siendo 1= En desacuerdo a 3= De acuerdo). La fiabilidad de la puntuación total tiene un alfa de Cronbach para esta muestra de .74. Los factores del BIEPS-A son:

1. *Control de situaciones*: Puede tomar decisiones de modo independiente, es asertivo, y confía en su propio juicio (Itemes 4, 9 y 12).

2. Vínculos psicosociales. Es cálido, confía en los demás, puede establecer buenos vínculos, y tiene capacidad empatía y afectiva (Itemes 5, 7 y 8).

3. *Aceptación de si mismo*: Puede aceptar los múltiples aspectos de si mismo incluyendo los buenos y los malos, y se siente bien acerca del pasado (Itemes 2, 11 y 13).

Escala de Autoestima (EA: Rosenberg, 1965; Góngora & Casullo, 2009). Se trata de una escala autoadministrable que permite evaluar autoestima en forma global, entendida como una actitud positiva o negativa hacia sí mismo. Esta escala está compuesta por 10 ítems, con 4 opciones de respuesta, desde extremadamente de acuerdo (valor 3) hasta extremadamente en desacuerdo (valor 0). Los estudios locales evidenciaron que la escala tiene propiedades psicométricas adecuadas y puede ser utilizada en estudios en población adolescente de la ciudad de Buenos Aires. La escala muestra la misma estructura factorial que la versión original, buen nivel de consistencia interna para la presente muestra (Alfa de Cronbach = .59).

5.5 Procedimiento

Se solicitó la participación de jóvenes entre 15 a 33 años, de ambos sexos para colaborar en la presente investigación, de manera individual o colectiva. La participación fue de manera voluntaria, anónima, y ninguno recibió compensación económica por responder los instrumentos.

Todos los participantes completaron las escalas en forma individual y la administración se llevó a cabo sin límite de tiempo. Se utilizó una técnica de muestreo no probabilística. Si bien recibieron información acerca de los objetivos generales del estudio, para evitar sesgos en sus respuestas, no se les informó las hipótesis del estudio. Se distribuyeron los instrumentos (*DTCQ-8, BIEPS-A, y EA*) en un sobre cerrado, entregado en mano y se dieron instrucciones para completarlos. Los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas.

6. Resultados

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables mediante un análisis de Shapiro-Wilks. A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución asimétrica de las puntuaciones de los dos instrumentos (*BIEPS-A, EAyDTCQ-8*). En consecuencia, se decidió emplear para los análisis estadísticos, la *U* de Mann-Whitney para comparar grupos y *Rho* de Spearman para correlacionar las puntuaciones de las escalas (ver Tabla 1).

6.1 Tabla 1: Prueba de normalidad

Variables	*Shapiro-Wilk*	*gl*	*Sig.*
Recaída/Vulnerabilidad	,90	129	<,001
Bienesar Psicológico	,88	129	<,001
Autoestima	,96	129	,001

6.2 Tabla 2: Análisis descriptivo de los datos demográficos (N = 129)

Localidad	*N*	*%*
Lomas de Zamora	20	15,5
Turdera	17	13,2
Lavallol	16	12,4
Adrogue	13	10,1
Monte Grande	9	7,0
Temperley	9	7,0
Lanus	7	5,4
Banfield	6	4,7
CABA	5	3,9
Otros	27	20,9
Pensamiento Político		
Muy Conservador	15	11,6
Conservador	55	42,6
Centro	47	36,4

Progresista	12	9,3
Muy progresista	0	0
Actividad Laboral		
Comerciante	11	8,5
Desempleado	13	10,1
Otro	42	32,6
Profesional	25	19,4
Solo estudiante	26	20,2
Técnico	10	7,8
Sólo estudiante	2	1,6
Espiritualidad		
No soy espiritual	43	33,3
Soy poco espiritual	27	20,9
Soy moderadamente espiritual	35	27,1
Soy muy espiritual	24	18,6
Religión		
Ateo	60	46,5
Católico	41	31,8
No denominacional	10	7,8
Cristiano no denominacional	9	7,0
Filosofías Orientales / *New Age*	9	7,0
Estado Marital		
Convive con Padres/Hijos	17	13,2
En pareja	63	48,8
Sin pareja (actual)	49	38,0
Ingresos		
Muy por debajo de lo aceptable para vivir	5	3,9
Por debajo de lo aceptable para vivir	44	34,1
Aceptable	79	61,2
Por encima de lo aceptable para vivir	0	0
Muy por encima de lo aceptable para vivir	1	0,8

La H1 predice que se encontrará una correlación positiva y significativa entre la autoestima y el grado bienestar psicológico, lo cual se confirmó (*Rho* = .46, $p < .001$), incluyendo las subescalas Control de Situaciones (*Rho* = .21, $p = .008$) y Aceptación de sí mismo (*Rho* = .45, $p < .001$) (ver Tabla 3).

La H2 predice que se encontrará una correlación negativa y significativa entre el grado bienestar psicológico con la propensión a recaída, lo cual no se confirmó

(*Rho* = .06; p = n.s.), excepto para la subescala Aceptación de sí mismo (*Rho* = .18; p = .01)(ver Tabla 3).

6.3 Tabla 3: Correlación entre Bienestar psicológico con recaída/vulnerabilidad y Autoestima.

		1.Control de Situaciones	2.Vínculos psicosociales	3.Aceptación de sí mismo	**Bienestar Psicológico**
Autoestima	*Rho* de Spearman	,212**	,128	,452**	**,426****
	Sig.	,008	n.s.	<,001	**< ,001**
Recaida/ Vulnerabilidad	*Rho* de Spearman	-,003	-,079	-,189*	**-,06**
	Sig.	n.s.	n.s.	,01	**n.s.**

La H3predice que se encontrará una correlación negativa y significativa entre el nivel de autoestima con la propensión a la recaída, lo cual se confirmó (*Rho* = -.19, p < .01)(ver Tabla 4).

6.4 Tabla 4. Correlación entre Recaída/Vulnerabilidad y autoestima

Variables		Autoestima
Recaida/Vulnerabilidad	*Rho* de Spearman	-,193*
	Sig.	,01

Se llevaron a cabo análisis con el propósito de determinar otras características demográficas en relación con el Bienestar Psicológico, la Autoestima y la Recaída /Vulnerabilidad. Por ejemplo, aunque no se encontraron diferencia de género, sin embargo, se encontró una diferencia pero marginal a favor de las mujeres, donde las mujeres puntuaron más alto en Recaída en comparación con los varones (z = 1,74; p = .08) (ver Tabla 5).

6.5 Tabla 5. Diferencias de género en bienestar psicológico, Recaída/Vulnerabilidad y Autoestima

Variables	*Sexo*	*N*	*Media*	*DT*	*z**	*Sig.*

Recaída/Vulnerabilidad	Varones	44	27,39	9,65	-1,74	,08
	Mujeres	85	30,20	9,44		
1. Control de situaciones	Varones	44	15,07	1,20	-0,61	n.s.
	Mujeres	85	14,87	1,45		
2. Vínculos psicosociales	Varones	44	11,70	0,59	-0,63	n.s.
	Mujeres	85	11,62	0,70		
3. Aceptación de sí mismo	Varones	44	11,05	1,39	-0,57	n.s.
	Mujeres	85	10,86	1,49		
Bienestar Psicológico	Varones	44	48,64	3,54	-1,42	n.s.
	Mujeres	85	47,68	3,88		
Autoestima	Varones	44	32,43	5,43	-0,43	n.s.
	Mujeres	85	32,08	5,15		

Se llevaron a cabo correlaciones entre Bienestar Psicológico, Recaída/Vulnerabilidad y Autoestima con Pensamiento Político, Espiritualidad, Espiritualidad, Ingresos y Edad. No se encontraron correlaciones significativas con ninguna de las cuatro variables, excepto la subescala Control de situaciones (*Rho* = .14, *p* = 04) con la Edad, y la Aceptación de sí mismo con la Espiritualidad (*Rho* = .15, *p* = 04) (ver Tabla 6).

6.6 Tabla 6: Correlaciones entre Bienestar Psicológico, Recaída/Vulnerabilidad y Autoestima con Pensamiento político, Espiritualidad, Ingresos y Edad

Variables	*Correlación*	*Pensamiento Político*[1]	*Espiritualidad*[2]	*Ingresos*[3]	*Edad*
1.Control de situaciones	*Rho* de S.	,017	,022	,012	,149*
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	,04
2. Vínculos psicosociales	*Rho* de S.	,069	-,033	-,039	,077
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3. Aceptación de sí mismo	*Rho* de S.	-,011	-,154*	-,015	,117
	Sig.	n.s.	,04	n.s.	n.s.
Bienestar Psicológico	*Rho* de S.	,079	-,069	,035	,123
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Autoestima	*Rho* de S.	,079	-,019	-,026	-,006
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Recaida/Vulnerabilidad	*Rho* de S.	-,028	,143	-,177*	,098
	Sig.	n.s.	n.s.	,02	n.s.

1. Rango= Muy conservador (1) a muy progresista (4)
2. Rango= No soy espiritual (1) a soy extremadamente espiritual (4).
3. Rango= Muy por debajo de lo aceptable para vivir (1) a Muy por encima de lo aceptable para vivir (4) .

Finalmente, se llevó a cabo una comparación entre los participantes que conviven con sus padres, aquellos que están en pareja y aquellos sin pareja actual en Bienestar Psicológico, Recaída/Vulnerabilidad y Autoestima. Se encontró (marginalmente) que aquellos que viven en pareja tienen mayor tendencia a la recaída (p = .04), y quienes conviven con sus padres, tienden a puntuar más bajo en bienestar psicológico (p = .02) (ver Tabla 7).

6.7 Tabla 7: Comparación entre aquellos que conviven con sus padres, que están en pareja y sin pareja.

Variables	*Grupo*	*N*	*Media*	*DT*	*F*	*Sig.*
Recaida/Vulnerabilidad	Convive con Padres/Hijos	17	26,12	10,93		
	En pareja	63	31,37	8,87	3,29	,04
	Sin pareja (actual)	49	27,59	9,52		
Bienestar Psicológico	Convive con Padres/Hijos	17	45,88	4,10		
	En pareja	63	48,73	3,44	4,07	,02
	Sin pareja (actual)	49	47,82	3,87		
Autoestima	Convive con Padres/Hijos	17	30,06	4,87		
	En pareja	63	32,89	5,49	2,01	n.s.
	Sin pareja (actual)	49	32,06	4,88		

7. Conclusión

En virtud de los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir que se confirman las hipótesis 1 y 3, planteadas inicialmente. Y que en cambio, no se vio confirmada la hipótesis nº 2.

La hipótesis 1 es confirmada puesto que existe una relación estadísticamente positiva y significativa entre la autoestima y el grado bienestar psicológico.

La hipótesis 3 es confirmada ya que existe una relación negativa y significativa entre el nivel de autoestima con la propensión a la recaída.

La hipótesis 2 no se confirma ya que no se encontró (excepto para la subescala Aceptación de sí mismo), una relación negativa y significativa entre el grado bienestar psicológico con la propensión a recaída en jóvenes que consumen sustancias psicoactivas.

8. Discusión

El objetivo general de esta tesis fue relacionar el grado de bienestar psicológico y la autoestima con la propensión a la recaída (vulnerabilidad) en jóvenes que consumen sustancias psicoactivas. Más específicamente, relacionar el grado bienestar psicológico con la propensión a la recaída en jóvenes que consumen sustancias y a su vez, relacionar la propensión a la recaída con el nivel de autoestima. La muestra estuvo conformada por 129 jóvenes, 44 varones y 85 mujeres, el rango etario de los jóvenes era de 15 a 33 años.

El consumo problemático de sustancias psicoactivas es entendido como el uso compulsivo de una sustancia, donde el consumo de la misma emplaza al sujeto en una situación en la que se ven inciertos una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales, que determinan en gran medida las pautas futuras de respuesta del sujeto. Donde se ponen en juego también relaciones interpersonales con pares y familiares, la vida académica y profesional del sujeto (Ripoll, 2008).

Entendemos a la autoestima como un aspecto básico e indispensable para el desarrollo del sujeto teniendo valor de supervivencia. Sin embargo se considera que cuando un sujeto posee baja autoestima, disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida, tendemos a estar más influenciados por el deseo de evitar el dolor que de experimentar la alegría (Branden, 1993)
A medida que pasa el tiempo se va formando una autoestima cada vez más estable y con mayor capacidad para dirigir nuestra conducta. Se desarrolla en un contexto social y cultural, lo cual implica que la autoestima y su funcionamiento particular está vinculado al contexto social inmediato (Molero y Cazalla-Luna, 2013).

El bienestar psicológico por su parte se manifiesta, cuando un sujeto se siente bien, es más productivo, sociable y creativo, posee una proyección de su futuro más positiva e infunde felicidad, implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio (García y Viniegras , 2000).

Además, es importante destacar el fenómeno de la recaída, la cual puede ocurrir meses o años después de dicho tratamiento. Se produce cuando el sujeto

se expone ante una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Asociando más fácilmente a la expectativa positiva del consumo de la sustancia que al de las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo. (Iglesias, y otros, 2007)

Las variables desarrolladas se llevan a cabo ya que, el consumo problemático de sustancias psicoactivas representa hoy en día un problema de salud pública, debido a su incremento y su inicio cada vez más temprano de consumo (Riofrío, 2010)

Se pretende entonces, dar cuenta de la importancia de un espacio de trabajo para la detección precoz de ésta problemática. Para poder así facilitar un tratamiento adecuado, evitando su cronicidad. De esta manera también, que los profesionales de la salud sepan reconocer aquellos factores de riesgo y protección de consumo que favorecen la detección temprana con el fin poder ayudar a los jóvenes que se encuentran inciertos en estas situaciones, muchas veces poniendo en riesgo de vida, sus relaciones interpersonales, su actividad académica y profesional (Moro, Brasesco, y Rosendo,2016)

En primer lugar, teniendo en cuenta la relación positiva entre el bienestar psicológico y la autoestima, se pudo confirmar la primera predicción, es decir que, a mayor nivel de autoestima y bienestar psicológico, disminuye la recaída al consumo, entendiendo que estas dos variables contribuyen a un mayor control sobre el consumo y la propensión la recaída. Se entiende que aquellos jóvenes que muestran mayor autoestima tienden a tener mayor bienestar psicológico, en particular aquellos que toman decisiones de modo independiente, son asertivos, y confían en su propio juicio (Control de situaciones), y aquellos que aceptan los múltiples aspectos de sí mismos y se sienten bien acerca del pasado (Aceptación de sí mismo).

Por otra parte, se pudo confirmar también, la tercer predicción, es decir que existe un relación negativa y significativa entre el nivel de autoestima con la propensión a la recaída del consumo. Se afirma entonces que a medida que el

nivel de autoestima disminuye, va a aumentar la propensión del consumo en los sujetos.

Sin embargo, los resultados ofrecen que no se confirma la segunda hipótesis planteada, la cual señala una relación negativa y significativa entre el grado bienestar psicológico con la propensión a la recaída en el consumo en jóvenes. El bienestar psicológico no disminuyó la propensión a la recaída, sin embargo, aquellos jóvenes que mostraban mayor aceptación de sí mismos tendían a ser menos vulnerables al consumo, lo cual demuestra que un grado de sentimiento de fortaleza y autoconfianza parece un recurso de afrontamiento potencial contra esta problemática.

Existen distintos factores sociales y personales que llevan al sujeto al consumo problemático de sustancias psicoactivas. Sin embargo, se entiende que las personas con alto nivel de bienestar psicológico tiene la capacidad de afrontar adecuadamente las situaciones de estrés de la vida cotidiana, además, de estar mejor preparada, afrontando mejor las demandas y desafíos del ambiente (Alvarez, 2011).

Teniendo en cuenta el factor de riesgo-protección que es la influencia de pares y familiares, se destaca a la autoestima ya que está significativamente influida por lo que los otros individuos piensan o creen de él. Son las opiniones y reacciones de los otros significativos, aquellas personas con las que el individuo está ligado afectivamente y a las que valora, que influyen en la propia autoestima (Gonzalez y Tourón, 1992). Asimismo, juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad. Y que una autoestima positiva, motiva a las personas a cuidarse, valorares, respetarse y tomar buenas decisiones para su autocuidado, y que una baja autoestima trae aparejado conductas autodestructivas como lo son en este caso el consumo problemático de sustancias psicoactivas (Esnaola, Goñi, y Madariaga, 2008)

Es importante destacar, en concordancia con las hipótesis afirmadas y lo desarrollado anteriormente los estudios de, Aguirre, Castill, & Zanetti, 2010 que investigaron la relación entre el nivel de autoestima y el consumo de sustancias y encontraron que, cuando la autoestima se encuentra amenazada por un evento

negativo, se produce un incremento en los niveles de ansiedad, por lo que, el individuo reacciona buscando otras alternativas para enfrentar la situación, derivándolo a optar por formas poco apropiadas o perjudiciales para la salud como lo son en este caso el consumo de alcohol y otras sustancias.

Continuando en el mismo sentido, Figueroa, Contini, Lacunza, y otros., 2005, que concluyeron que los jóvenes que presentaron alto nivel de bienestar psicológico utilizaron estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de los problemas y al cuidado integral de su persona, lo que se manifiesta que presentan flexibilidad cognitiva, enfrentando las situaciones de manera positiva, esforzándose por satisfacer sus necesidades vitales, emocionales y sociales, y además, buscando actividades que fortalecen el concepto que tienen de sí mismos reforzando además su autoestima.

Benatuil 2004, en su estudio afirma que la autoestima y bienestar psicológico son elementos que van estrechamente relacionados entre sí, ya que se relacionan con el sentido que le otorga el individuo a su vida. Y a su vez, el sujeto va a proporcionar una razón, orden o coherencia a su existencia.

Finalmente, otros datos de importancia a destacar son aquellos que resultan de la comparación de variables y los datos socio-demográficos obtenidos.

Como primer punto al hacer referencia al consumo problemático entre hombres y mujeres, se encontró una diferencia a favor de las mujeres, donde las mujeres puntuaron más alto en recaída en comparación con los varones.

Además, se observó que aquellos que conviven con sus parejas son más vulnerables a las recaídas, probablemente porque la convivencia conyugal en los jóvenes produce mayor grado de ansiedad.

Por otra parte se encontró aquellos que conviven con sus padres gozan de mayor bienestar psicológico mostrando que las figuras parentales pueden servir como un “blindaje” contra el consumo y su potencial recaída.

A modo de conclusión, podría considerarse la importancia del presente trabajo ya que los resultados arrojados, a partir de las hipótesis de trabajo propuestas, explican y refuerzan la trascendencia de los datos de investigaciones precedentes. De esta manera, contribuir a fututos estudios en Argentina sobre la problemática del consumo de sustancias y de la detección precoz de ciertos

factores asociados a cuestiones psicológicas que atraviesan a los jóvenes en la actualidad.

Actualmente en nuestra sociedad, el consumo de drogas en jóvenes representa una problemática de salud pública y uno de los principales problemas gubernamentales a nivel mundial. Los cuadros más comunes de esta problemática se dan adolescentes y jóvenes, en la cual el consumo incide cada vez en edades más tempranas. Es, por lo mencionado, una temática de importancia para continuar trabajando. Por lo que se espera que el presente desarrollo oficie de aporte y contribución.

Sin embargo, es interesante agregar la importancia de muchas más variables que atraviesan ésta problemática y que se deben tener en cuenta, lo que podría señalarse como una debilidad de la investigación. Por tanto, se considera importante continuar desarrollando a futuro estudios inherentes a este cuadro, los factores familiares, sociales y recreativos, religiosos, el autocontrol, las habilidades sociales, y emocionales, entre otras.

9. Referencias

Aguirre, Castill, A., & Zanetti. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *scielo.br*, 6.

Alvarez, L. J. (2011). Bienestar psicológico en mujeres y hombres profesionales solteros entre 30 y 40 años.

Aparicio, M. (2011). El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad., 10*(1), 1-20.

Baron, R. A., & Bayrne, D. (2005). *Psicología Social.* Madrid: Pearson Education.

Benatuil, D. (2004). El bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. *Psicología, cultura y sociedad, X*(6), 43-58.

Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima.* Barcelona: Paidos.

Casullo, M. M., & Castro solano, A. (2000). Evaluación de Bienestar Psicológico en estudiantes adolescentes Argentinos. *Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XVil*.

Cattan, A. (2005). Estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales en pacientes adictos de una comunidad terapeutica. *Redalyc*, 139-164.

Caudevilla Gálligo, F. (2007). Drogas, conceptos generales, epidemiologia y valoración de consumo. *Grupo de Intervención en Drogas semfyc*, 5-15.

Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto : perspectivas de la investigación. *redalyc*, 20.

Espada, J., Mendez, X., Griffin, K., & Botvin, G. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 11.

Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., & otros., y. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicologia*, 71 y 72.

Fuentes, M. C., García, J. F., Gracia, E., & Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Redalyc*, 02.

García, C. V., & Viniegras, G. B. (Diciembre de 2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 16*(6), 5-19.

Gomez Fraguela, J. A., Luengo Martin, A., Romero Triñanes, E., Villar Torres, P., & Fernandez, S. J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relacion con el consumo de drogas y la conducta problematica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 582-590.

Gonzalez, M. d., & Tourón, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar.* Pampola: Ediciones Universidad de Navarra s.a. .

Iglesias, E. B. (2007). Bases psicologicas de la prevencion del consumo de drogas. *Papeles de psicologo vol 28(1)*, 11-16.

Iglesias, E. B., Tomás Cortés, M., Pedrero Perez, E. J., Fernandez Hermida, J. R., Casete Fernandez, L., Bermejo Gonzalez, P., y otros. (2007). *Guia Clinica de intervención Psicológica en adicciones.* Barcelona: Socidrogalcohol.

James, W. (1890). *Principles of Psychology.* New York: Henry Holt.

Lázaroa, M. M., & Rubioa, M. B. (2006). Conceptos básicos sobre drogadicción. *Revista Pediatría de Atención Primaria.*, 8(Suplemento 3).

Mendrana, M. I., & Benitez, M. (2006). Conceptos básicos sobre drogadicción. *Revista pedatria de atencion primaria*, Vol 8 35-42.

Molero, D., & Cazalla-Luna, N. (2013). Revision teorica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 44.

Molina Sena, C., & Meléndez Moral, J. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República dominicana. *Revista Iberoamericana de Gerontología y Geriatría, Geriatrika*, 22, 97-105.

Monserrat, J., & Amador, C. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones revista versión online*, 262- 267.

Morales Álvarez, L. d. (2011). *Bienestar psicológico en mujeres y hombres.* Guatemala: Cifga.

Morales, K. D., & Rey, M. C. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes.

Moreno, A., & Del Barrio, C. (2000). *La experiencia del adolescente.* Buenos Aires: Aique.

Moro, R., Brasesco, M. V., & Rosendo, E. (2016). Creación del Sistema de Alerta Temprana en Argentina (SAT). *SEDRONAR*, 2-6.

Moro, R., Canay, R., Brasesco, M. V., Fagalde, M., Melloni, C., Espinoza, M., y otros. (2019). *Boletín estadístico del perfil de pacientes asistidos transferencias por becas de tratamiento y llamadas al servicio de atención*

de la línea 141 .Tercer trimestre de 2019. Buenos Aires: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.

Moro, R., Canay, R., Brasesco, M. V., Rosendo, E., & Cadenas, N. (2017). Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. *Secretaria de políticas integrales sobre Drogas de la Nacion Argentina*.

Muñoz-Rivas, M., Graña Gomez, J., Peña Fernandez, M., & Andreu Rodriguez, J. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones revista version online*, 313-319.

Riofrío, N. L. (2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

Ripoll, D. R. (2008). *Cerebro y adicciones.* Barcelona: Editorial UOC.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton: NJ: Princeton University Press.

Sánchez, J. C., Villarreal, M. E., Guerrero, M. E., Jiménez, A. V., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizado. *Psychosocial Intervention 23*, 69-78.

Solano, A. C. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista universitaria de formacion del profesorado*, 46-79.

Solano, C. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista universitaria de formacion del profesorado*, 43-62.

Tello, S. S. (2016). Autoestima y conductas autodestructivas en adolescentes.

Torres, Meza, A. C., & Rodriguez, L. (2010). Relación entre Auto Concepto y Apoyo Social en Estudiantes Universitarios. *Daena*, 56.

Valerio, G & Serna, R. (2017). Redes sociales y el bienestar psicológico del estudiante universitario. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 18/28.

Verdejo, A., Orozco-Gimenez, C., Jofre, M. M., Arcos, F. A., & Garcia, M. P. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la funcion ejecutiva. *Revista de neurologia*, 1109-1116.

Villa, R. S., & Fernandez Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción : nicotina, alcohol, cocaina y heroina. *Psicothema*, 365-369.

Villatoro Velazquez, J. A., Gutierrez Lopez, M. L., Quiroz del valle, N., & Otros, &. (2003). Prevalencias y evolucion del consumo de drogas. *Medigraphic*, 40-41.

Villatoro, o., Medina-Mora, M. E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., y otros. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? . *Medigraphic*.

Anexo: Instrumentos

Cuestionario Socio demográfico.

Localidad: _____

1. Edad: _____ años

2. Sexo

❑ MASCULINO ❑ FEMENINO

3. *Pensamiento político*
- ❑ Muy conservador
- ❑ Conservador
- ❑ Centro
- ❑ Progresista
- ❑ Muy progresista

4. *Profesión o actividad laboral*:
- ❑ Comerciante
- ❑ Profesional (terciario)
- ❑ Empleado administrativo
- ❑ Ama de Casa
- ❑ Jubilado
- ❑ Desempleado / trabajo part-time
- ❑ Técnico
- ❑ Solo estudiante

(Marcar la más importante, pero puede marcar más de una si desempeña dos importantes actividades)

5. *Espiritualidad*
- ❑ No soy espiritual
- ❑ Soy un poco espiritual
- ❑ Soy moderadamente espiritual
- ❑ Soy muy espiritual
- ❑ Soy extremadamente espiritual

6. *Ingresos*
- ❑ Muy por debajo de lo aceptable para vivir
- ❑ Por debajo de lo aceptable para vivir
- ❑ Aceptable para vivir
- ❑ Por encima de la aceptable para vivir
- ❑ Muy por encima de lo aceptable para vivir

7. *Religión, filosofía religiosa o equivalente*:
- ❑ Católico
- ❑ Judío
- ❑ Cristiano no-denominacional (cree en Jesus y Dios)
- ❑ No-denominacional (solo cree en Dios)
- ❑ Filosofías orientales (Budismo, orientalismo, etc.)
- ❑ Ateo (no cree en Dios, solo en el azar)

8. *Estado marital*
- ❑ En pareja (conviviente)
- ❑ En pareja (no conviviente)
- ❑ Sin pareja actual
- ❑ Convive con sus padres y/o hijos

Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50: Annis, 1985, 1989; Tejero, Trujols y Roca, 1993)

A continuación se enumeran situaciones o eventos en los que algunas personas consumen drogas. Imagínese como es que actuaría, frente a esas situaciones e indica en una escala (del 1 al 5) en qué medida sería capaz de resistir el impulso de consumirla ante esa misma situación. Debe escribir la droga que consume en la línea. Marca con un circulo un número del 1 al 5, siendo 1"No estoy seguro de poder" a 5"Estoy muy seguro de poder", resistir la tentación de consumirla. No hay respuestas buenas o malas, no tome mucho tiempo en responder las mismas.

Podría resistir el impulso de usar _____

(Escribir la sustancia/droga)

	No estoy seguro de poder				Estoy seguro de poder
1. Si me enojara por la manera que me salen las cosas	1	2	3	4	5
2. Si tuviera problemas para dormir	1	2	3	4	5
3. Si recordara algo muy malo que me sucedió	1	2	3	4	5
4. Si supiera que consumiéndola de vez en cuando, quedara atrapado	1	2	3	4	5
5. Si de repente me la encontrara o viera a alguien que me la recuerda	1	2	3	4	5
6. Si otras personas me tratan injustamente o si se interpusieran en mis planes	1	2	3	4	5
7. Si acompañara a algunos amigos a visitar ciertos lugares o personas que la consumen	1	2	3	4	5
8. Si tuviera que salir a divertirme con otro amigo	1	2	3	4	5

Escala de Bienestar Psicológico- Adultos (BIEPS-A: Casullo, 2002; Casullo y Castro Solano, 2000)

Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique cómo se siente GENERALMENTE. NO hay respuestas buenas o malas. No utilice mucho tiempo para responder cada frase, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa cómo se siente GENERALMENTE.

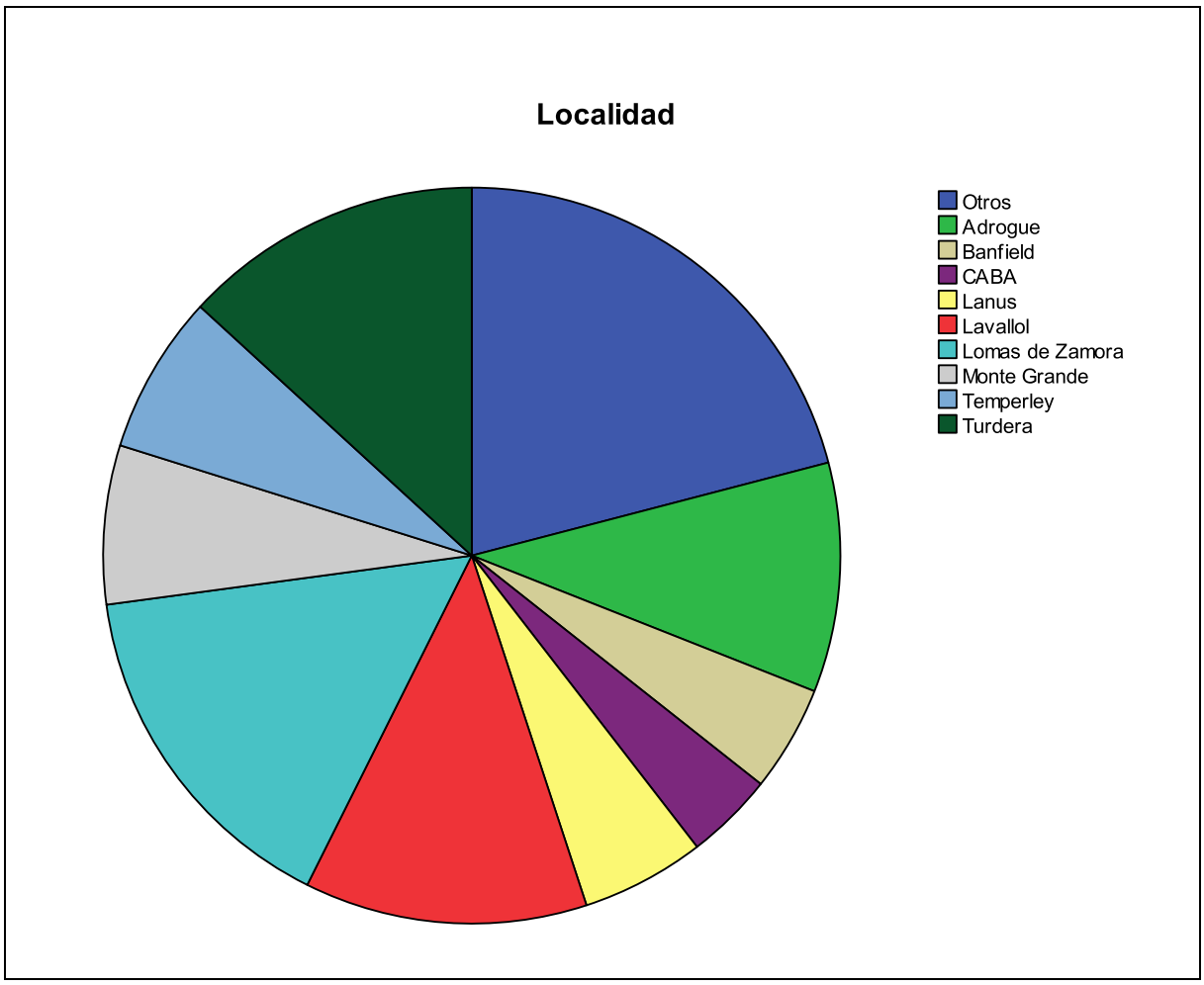
	De acuerdo	**Ni de acuerdo ni en desacuerdo**	**En desacuerdo**
1. Creo que me hago cargo de lo que digo o hago			
2. Tengo amigos/as en quien confiar			
3. Creo que se lo que quiero hacer con mi vida			
4. En general estoy conforme con mi cuerpo			
5. Si algo me sale mal, puedo aceptarlo, admitirlo			
6. Me importa pensar que haré en el futuro			
7. Generalmente le caigo bien a la gente			
8. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito			
9. Estoy bastante conforme con mi forma de ser			
10. Si estoy molesto/a por algo soy capaz de pensar en cómo cambiarlo			
11. Creo que en general me llevo bien con la gente			
12. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida			
13. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar			

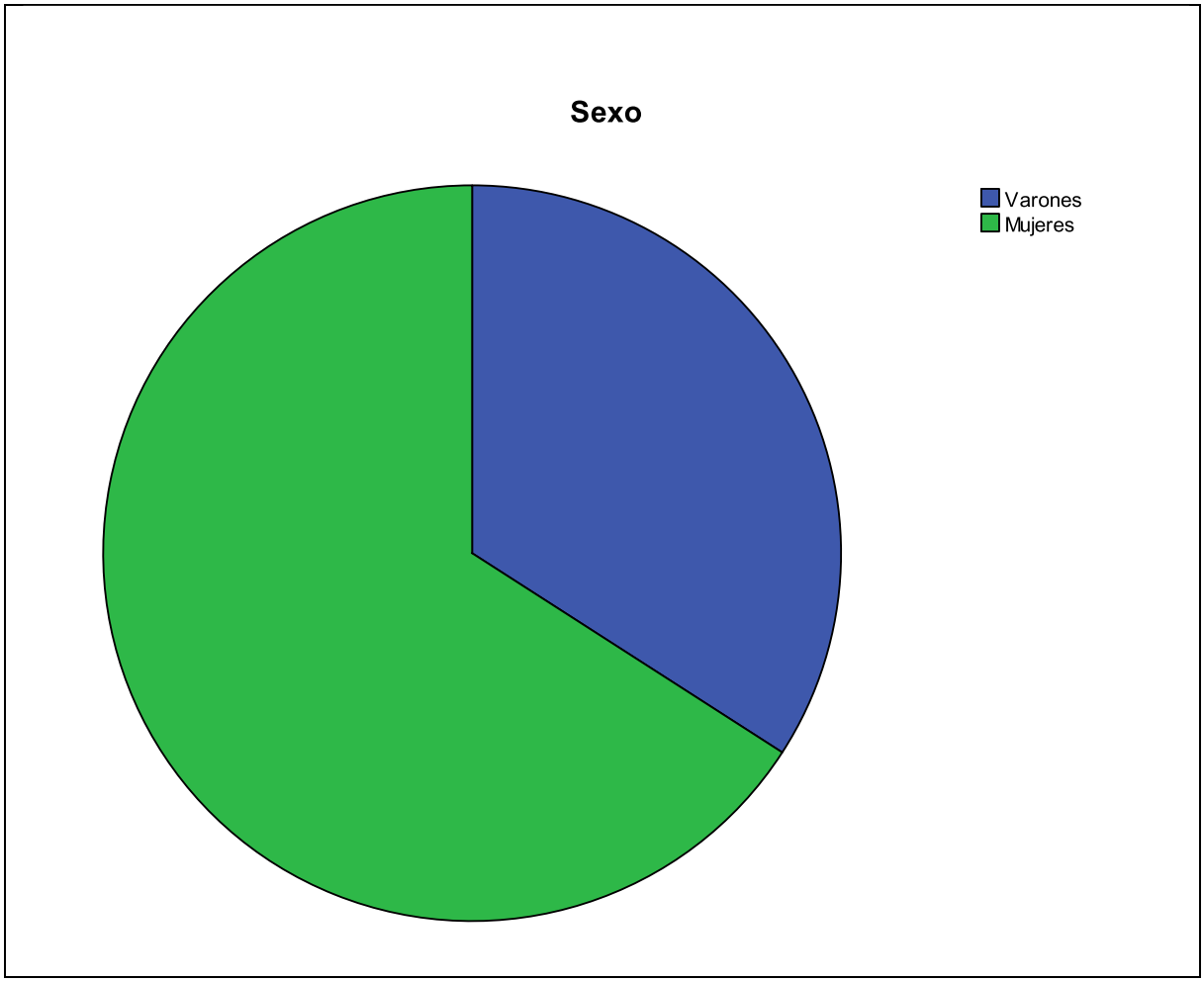
Escala de Autoestima (EA: Rosenberg 1965; Gongora & Casullo, 2009).

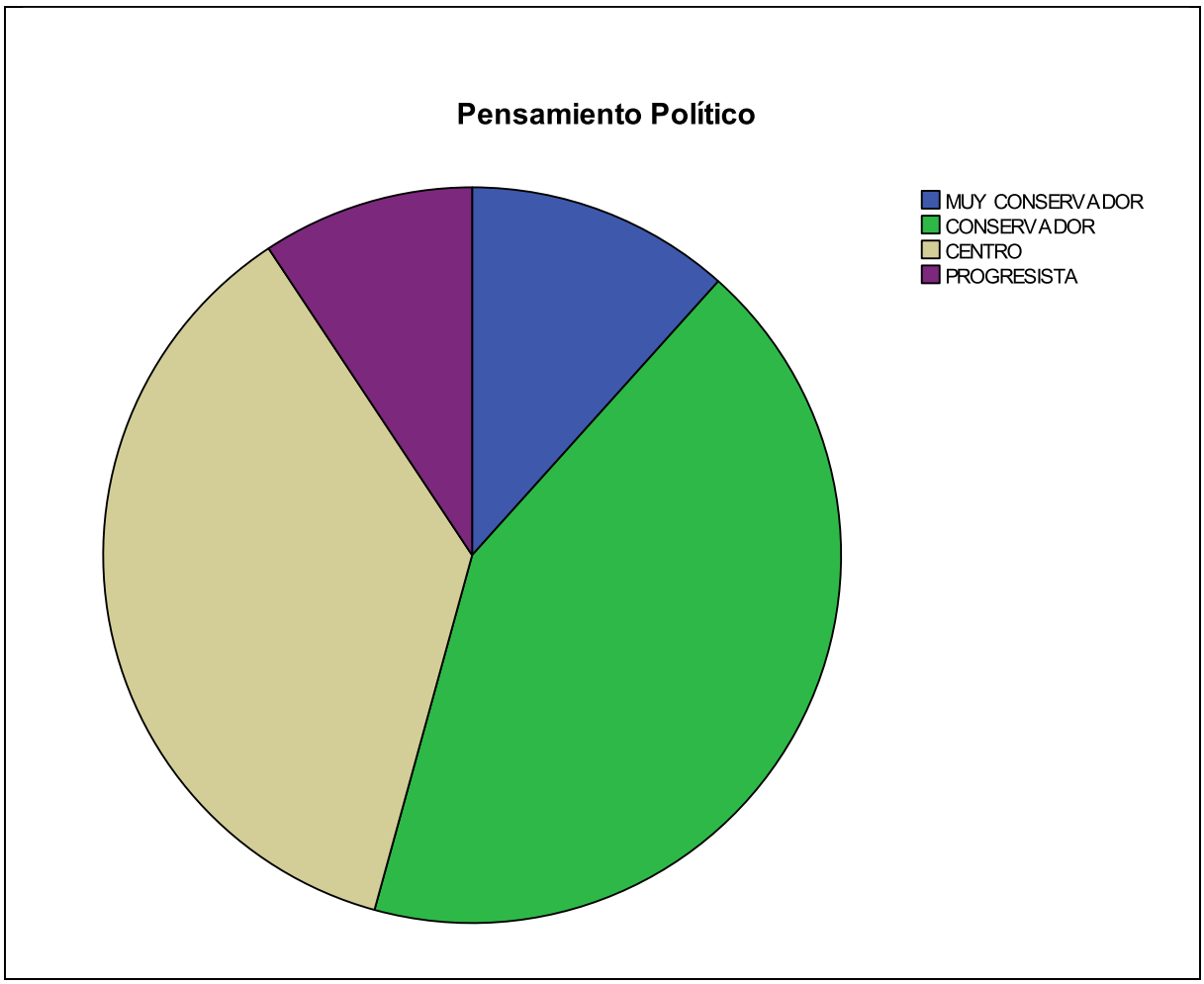
Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma.Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique como se siente casualmente. No hay respuestas buenas o malas. No utilice mucho tiempo para responder cada frase, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa SUS SENTIMIENTOS GENERALMENTE.

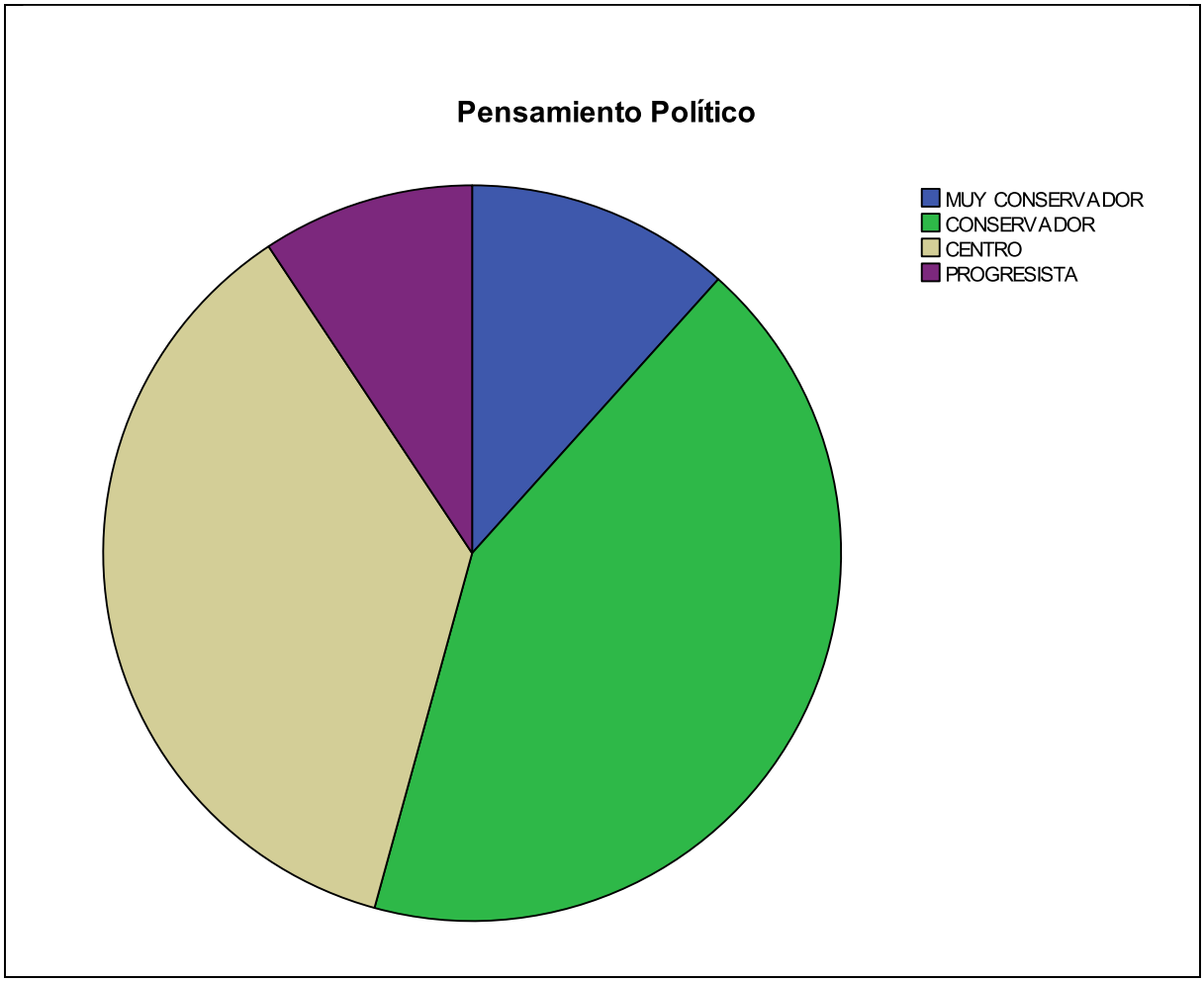
	Muy en desacuerdo	**En desacuerdo**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**
1 Me siento una persona tan valiosa como otras				
2 Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso				
3 Creo que tengo algunas cualidades buenas				
4 Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás				
5 Creo que tengo mucho de lo que estar orgulloso				
6 Tengo una actitud positiva hacia mí mismo				
7 En general me siento satisfecho conmigo mismo				
8 Me gustaría tener más respeto por mi mismo				
9 Realmente me siento inútil en algunas ocasiones				
10 A veces pienso que no sirvo para nada				

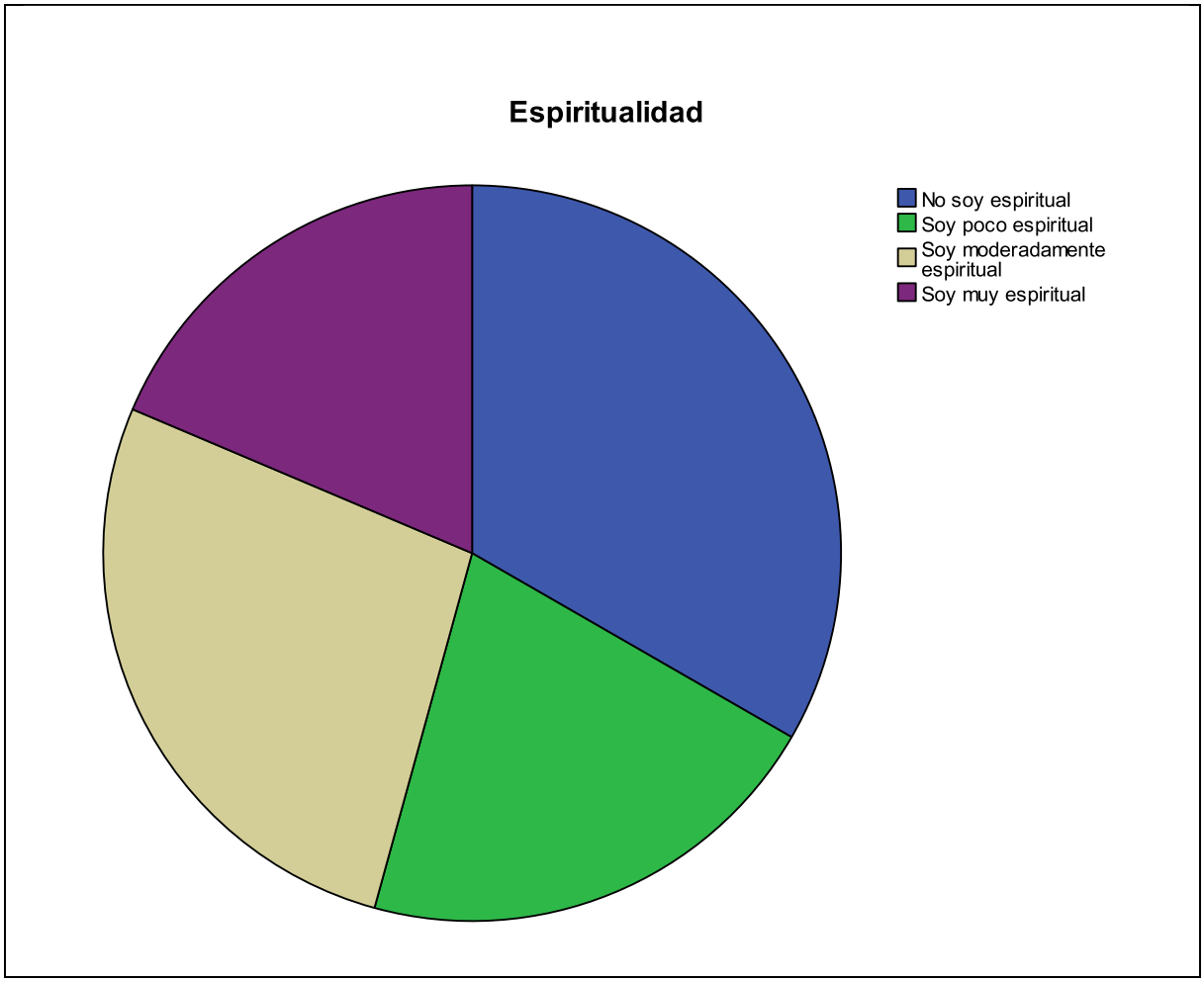
Anexo 2: Gráficos

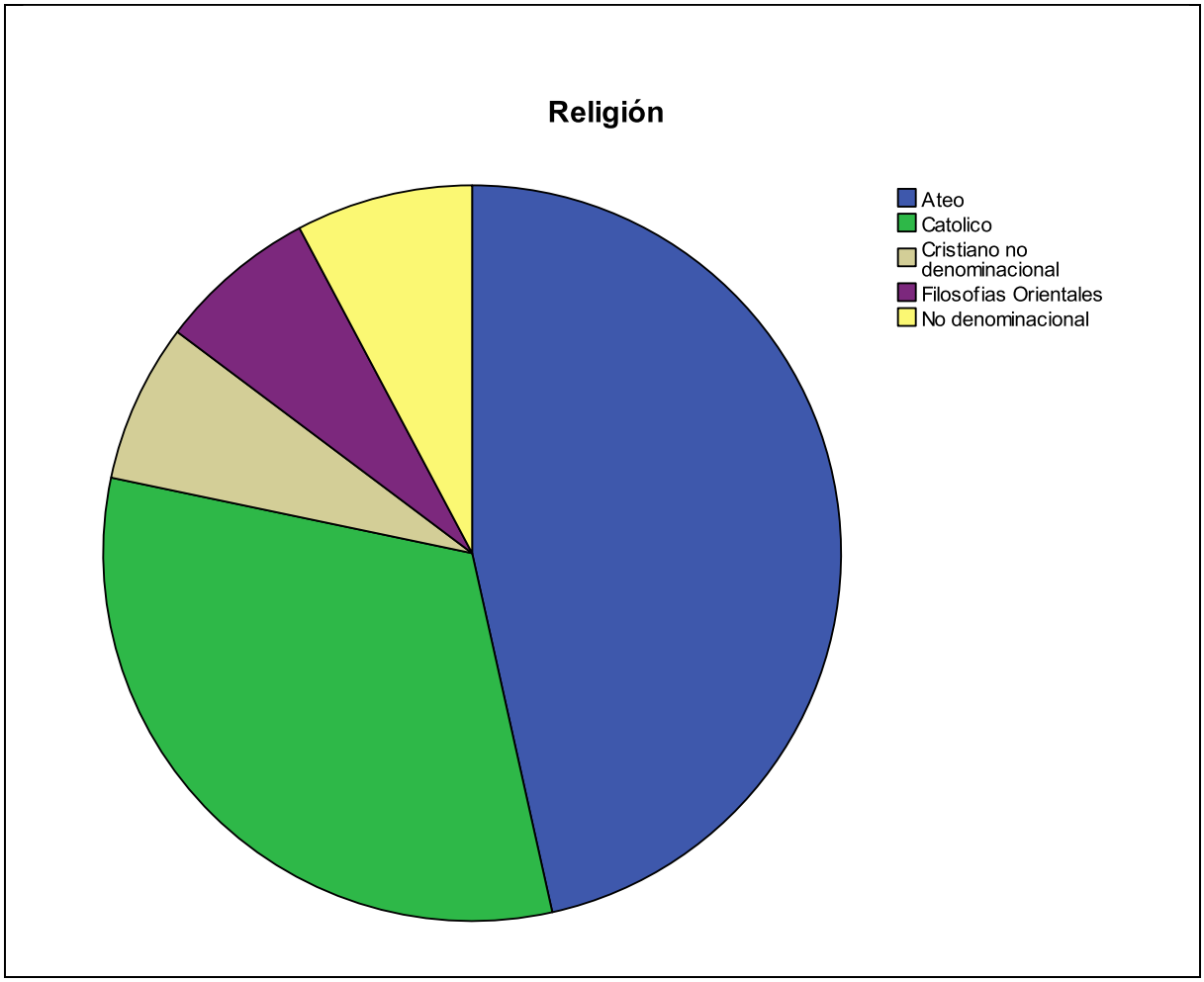


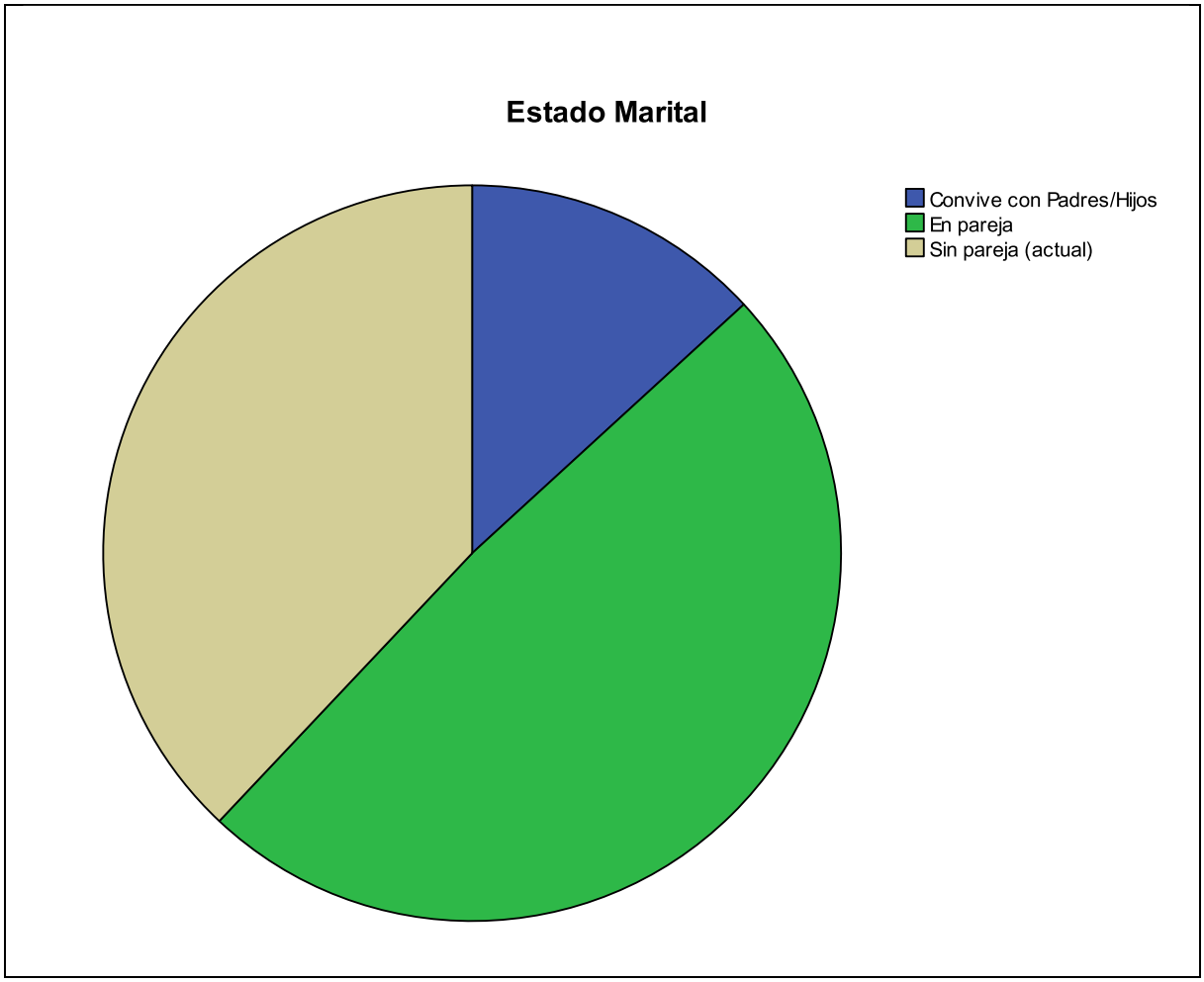

Sexo
Varones
Mujeres

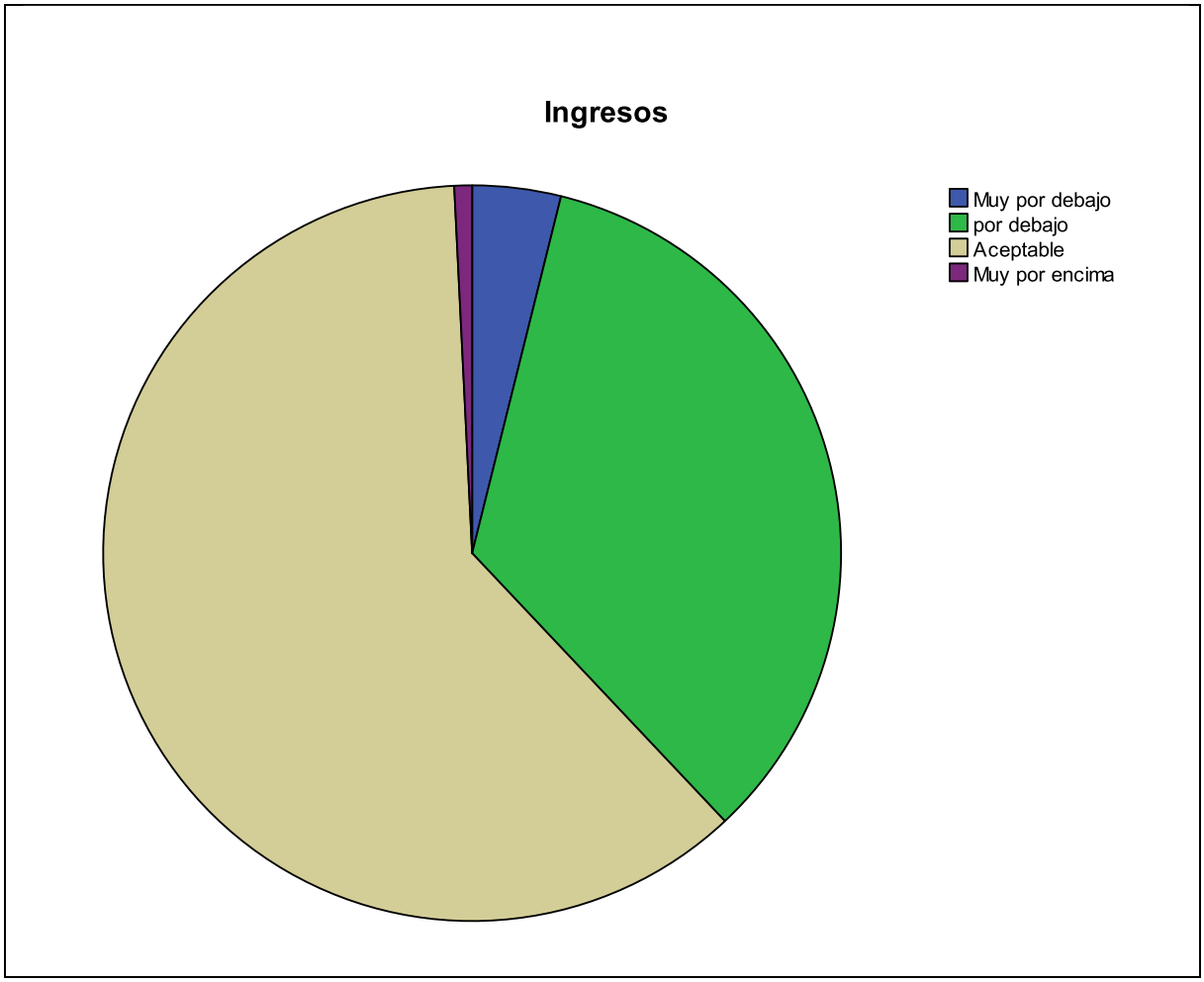

Pensamiento Político
MUY CONSERVADOR
CONSERVADOR
CENTRO
PROGRESISTA

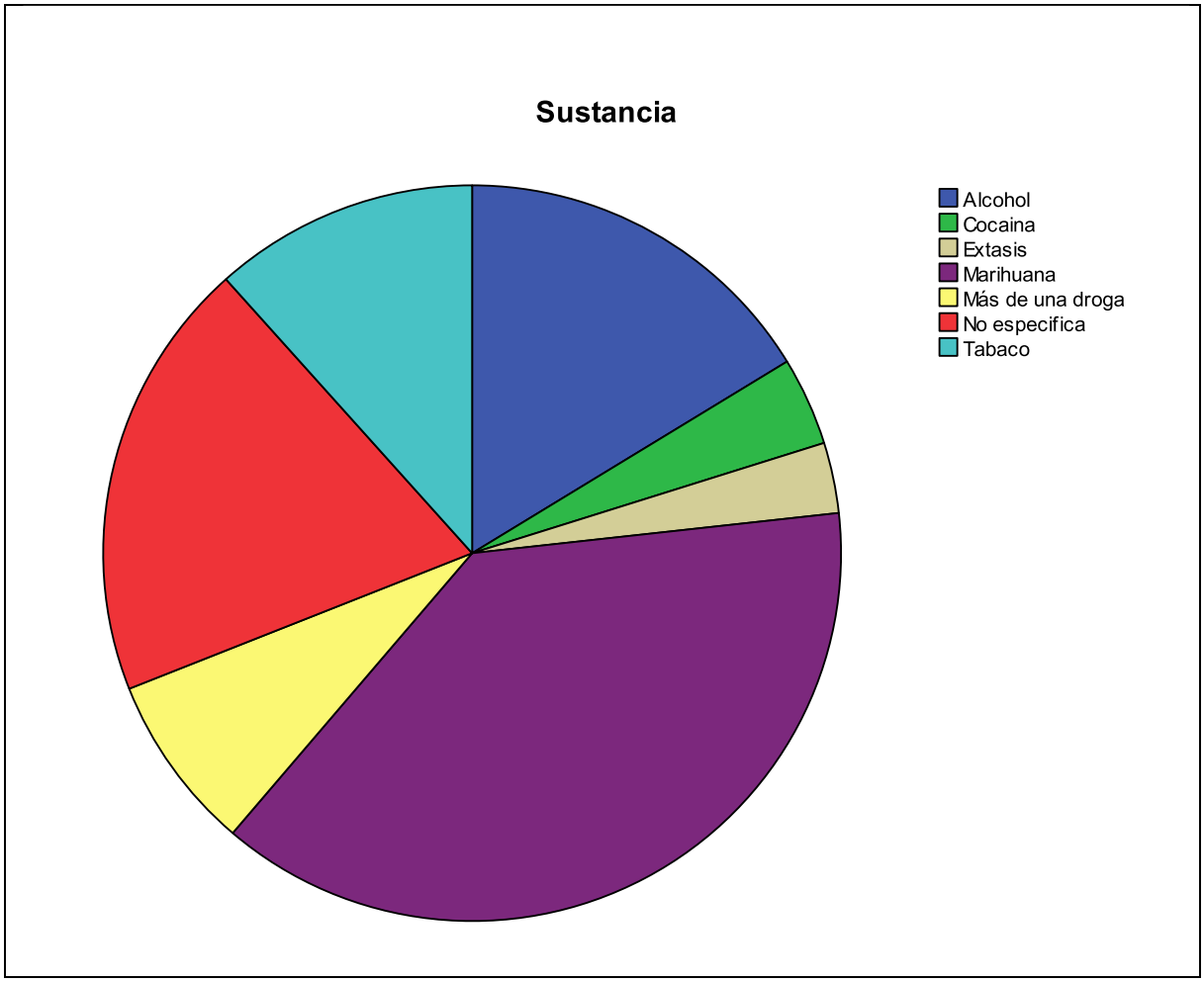

Pensamiento Político
MUY CONSERVADOR
CONSERVADOR
CENTRO
PROGRESISTA


Espiritualidad
No soy espiritual
Soy poco espiritual
Soy moderadamente espiritual
Soy muy espiritual


Religión
Ateo
Catolico
Cristiano no denominacional
Filosofias Orientales
No denominacional


Estado Marital
Convive con Padres/Hijos
En pareja
Sin pareja (actual)


Ingresos
Muy por debajo
por debajo
Aceptable
Muy por encima


Sustancia
Alcohol
Cocaina
Extasis
Marihuana
Más de una droga
No especifica
Tabaco