



**Universidad del Azuay**

**Facultad de Psicología**

Carrera de

Psicología Clínica

**BIENESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES  
INTERNADOS POR TRASTORNO POR CONSUMO  
DE SUSTANCIAS.**

**Autor**

Pamela Nicole Andrade Campoverde

**Directora**

Mg. Verónica Serrano

**Cuenca-Ecuador**

**2023**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación está dedicado a mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores y por la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien. A mi hermano Marcos por el amor y la amistad que me ha entregado cada día. A mi tutora por su gran apoyo y paciencia para la elaboración de esta tesis. Al Dr. Santiago Rivas quien compartió su tiempo para impulsar este trabajo Y a mis amigas y compañeras/os con quienes he compartido la carrera y más que eso agradables momentos que llenaron de buenas experiencias mi carrera universitaria.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres, a mi hermano y a mi familia quienes con su apoyo me permitieron llegar hasta aquí, en especial a mi padre y a mi madre por sus sabias palabras y sus constantes recordatorios para empezar y terminar este proyecto y por recalcar me que este logro solo es el comienzo de nuevos retos.

A mi tutora de tesis por su tiempo y sus valiosas aportaciones y recomendaciones para finalizar con éxito esta investigación.

Finalmente, quiero agradecer la colaboración de los pacientes internos del Centro especializado de tratamiento a personas con consumo de alcohol y otras drogas, así como a los profesionales del equipo técnico encargados del Centro quienes colaboraron de alguna manera con esta investigación.

## RESUMEN

Los trastornos por consumo de sustancias han sido reconocidos mundialmente como un problema de salud física y mental, se ha identificado que el bienestar psicológico puede actuar como un factor protector, a nivel de prevención o para evitar recaídas. Es definido como la confianza y la capacidad para asumir retos, realizar esfuerzos y desarrollar el potencial. La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de bienestar psicológico de los pacientes internos en un CETAD y la relación con sus datos sociodemográficos, mediante la aplicación de la Escala de bienestar psicológico de Ryff y una ficha sociodemográfica. La muestra estuvo conformada por 30 participantes varones. Los resultados demostraron que, en general, existe un nivel bajo de bienestar psicológico, que oscila entre el 70% y el 93.3% en las diferentes dimensiones. No hubo una correlación significativa entre los factores sociodemográficos y las seis dimensiones del bienestar psicológico.

**Palabras claves:** Sustancias Psicotrópicas; Bienestar Psicológico; Rehabilitación; Trastorno por consumo; Tratamiento.

## ABSTRACT

Substance use disorders have been recognized worldwide as a physical and mental health problem, it has been identified that psychological well-being can act as a protective factor, at the level of prevention or to avoid relapses. It is defined as the confidence and ability to take on challenges, make efforts and develop potential. The objective of this research was to determine the level of psychological well-being of inpatients at CETAD and the relationship with their sociodemographic data, through the application of psychological well-being Scale and sociodemographic file. The sample consisted of 30 male participants. The results showed that, in general, there is a low level of psychological well-being, which oscillates between 70% and 93.3% in the different dimensions. There was no significant correlation between sociodemographic factors and the six dimensions of psychological well-being.

**Keywords:** Psychotropic Substances, Psychological Well-Being, Rehabilitation, Use Disorder, Treatment.



Este certificado se encuentra en el repositorio digital de la Universidad del Azuay, para verificar su autenticidad escanee el código QR.

Este certificado consta de: 1 página

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	i.
AGRADECIMIENTO .....	ii.
RESUMEN .....	iii.
ABSTRACT .....	iv.
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1 TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS .....	2
INTRODUCCIÓN .....	2
Definición.....	2
Criterios Diagnósticos del DSM- 5 para el trastorno por consumo de sustancias .....	4
Tipos de sustancias psicoactivas .....	5
1.3.2. Estimulantes del SNC .....	5
1.3.3 Drogas Perturbadoras del SNC .....	6
Etiología.....	7
Factores asociados .....	7
Factores sociodemográficos.....	8
Tratamiento .....	9
Conclusión .....	12
CAPÍTULO 2.....	13
<b>2. BIENESTAR PSICOLÓGICO</b> .....	13
Introducción .....	13
<b>Definición</b> .....	13
Dimensiones del Bienestar Psicológico .....	14
Autoaceptación.....	14
Relaciones positivas con otros .....	15
Autonomía.....	15
Dominio del entorno.....	16
Crecimiento Personal.....	16
Propósito de vida .....	17
Impacto del Bienestar Psicológico en la salud mental.....	17
Factores que promueven el bienestar psicológico .....	17
Conclusión .....	18
CAPÍTULO 3.....	19
Metodología .....	19
3.1 Tipo de investigación.....	19
Muestra y Población .....	19
Objetivos .....	19

Objetivo General .....	19
Objetivos Específicos .....	19
Criterios de inclusión y exclusión .....	19
Criterios de inclusión: .....	19
Criterios de exclusión: .....	19
Instrumentos .....	20
CAPÍTULO 4.....	22
<b>4. Resultados</b> .....	22
Discusión.....	28
CONCLUSIONES: .....	31
REFERENCIAS.....	32

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Categorías diagnósticas en las dimensiones del bienestar psicológico de Ryff .....	21
Tabla 2: Edad .....	22
Tabla 3: Nivel de instrucción .....	22
Tabla 4: Población según su estado civil .....	23
Tabla 5: Internamientos previos .....	23
Tabla 6: Número de internamientos previos .....	24
Tabla 7: Sustancias psicotrópicas más consumidas por los internos .....	24
Tabla 8: Dimensiones de bienestar psicológico en la población .....	24
Tabla 9: Prueba de normalidad de “Edad de los encuestados” .....	25
Tabla 10: Prueba de normalidad de “Nivel de instrucción” .....	25
Tabla 11: Prueba de normalidad de “Numero de internamientos previos” .....	26
Tabla 12: Correlación entre datos sociodemográficos ordinales y las dimensiones de bienestar psicológico .....	26
Tabla 13: Relación de variables entre datos sociodemográficos considerados nominales con las dimensiones de bienestar psicológico .....	27

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado .....	34
Anexo 2: Escala de Bienestar de Ryff .....	35
Anexo 3: Ficha Sociodemográfica .....	38



## INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas constituye en la actualidad un importante fenómeno social, ya que la prevalencia del uso y abuso de drogas en la adolescencia y en la adultez temprana es alta, en la actualidad los adolescentes tienen que aprender a tomar decisiones de manera asertiva sobre el consumo. Los procesos de socialización de información de las consecuencias adversas que trae consigo el consumo de sustancias no están dando buenos resultados, es por ello que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo central medir el bienestar psicológico en pacientes internos, los mismos que se encuentran en rangos de diversas edades y en diferentes realidades socioeconómicas. Para cumplir con este propósito se partió con una recopilación de información de variables, que sirvió para poder sustentar la discusión de los resultados. En cuanto a la metodología utilizada, se caracterizó por ser cuantitativa, no experimental, transversal, con un alcance correlacional. Para la obtención de resultados, se aplicó la Escala de Bienestar de Ryff aplicada a un universo de 30 pacientes internos en el CETAD. Mediante la utilización de instrumentos de estadística diferencial se estableció la correlación entre variables paramétricas con el propósito de determinar si las características sociales de los internos influye en sus adicciones y en la desmotivación frente a las adversidad que pueda presentar la vida; dichas herramientas se resumieron en dos principales, la aplicación de la valoración R de Pearson, escala de valoración que es utilizada en investigaciones con muestras o universos iguales o inferiores a cincuenta.

Los resultados obtenidos sirvieron para establecer la discusión en base a una comparativa con estudios similares aplicados a otros centros a lo largo del país, estableciendo algunas similitudes, pero al mismo tiempo varias diferencias en relación al tipo de droga que más consume y a la edad en la cual inicia su dependencia a estas sustancias psicotrópicas. El trabajo ha sido elaborado cumpliendo con todas las normas establecidas por el CETAD Municipal de la ciudad de Azogues, respetando metodologías de trabajo, horarios, restricciones al acceso de determinados cuadros clínicos, los cuales son considerados como confidencialidad profesional; las experiencias obtenidas y el asesoramiento profesional de los psicólogos del centro coadyuvaron al óptimo desarrollo de este trabajo de investigación con un panorama claro y conciso de cuál es la realidad de los pacientes internos dentro del centro a lo largo de su proceso de recuperación.

# **CAPÍTULO 1**

## **TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

### **INTRODUCCIÓN**

La realidad del uso y consumo de drogas se constituye como un fenómeno mundial de creciente complejidad, ya que implica graves problemas en la salud ya sea físico o psicológico con consecuencias a nivel familiar, académico, social y político. La drogodependencia afecta en distintas edades, ya sea en adolescentes o en adultos. Es importante entender que, al inicio del consumo, se obtiene una experiencia de bienestar centrada en la liberación de la ansiedad, con el uso repetitivo y el aumento en la tolerancia natural del organismo. Se describe a continuación los conceptos básicos de la adicción, así como las manifestaciones clínicas de cada sustancia, y pautas para las personas que necesitan tratamiento ya sea residencial o ambulatorio.

### **Definición**

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) es una enfermedad crónica primaria que afecta a nivel cerebral, fisiológico y del comportamiento que lleva al sujeto a seguir consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de consecuencias adversas significativas y recurrentes. El consumo poco a poco se va tornando continuo, ya que puede llevar a la aparición de tolerancia y abstinencia. La tolerancia hace referencia a que la administración de una misma dosis produce un efecto menor, por lo que se requiere dosis cada vez mayores para llegar al efecto deseado. La abstinencia es el malestar que puede producir por un cese abrupto, reducción rápida de la dosis y disminución de los niveles de la droga en la sangre. Los síntomas de la dependencia pueden aparecer con el uso continuo, es decir que el uso repetitivo de una sustancia conduce de forma progresiva a un uso compulsivo y sin control de esta (Sanz, 2019).

La propuesta psicoanalítica sobre adicciones Laurent (1988, como se citó en González, 2020), señala que el sujeto toxicómano rompe con su gozo fálico, este goce tiene que ver con las relaciones que establece el sujeto deseante con objeto deseado, y el monto de satisfacción que él pueda experimentar. El goce también aparece ligado a las actividades repetitivas de la pulsión sexual, tal como sucede, por ejemplo, en el chupeteo del seno materno. El sujeto toxicómano se asemeja bastante a esta imagen del chupeteo del seno por parte del niño; de hecho, es en la

toxicomanía donde mejor se observa esa compulsión a la repetición de una experiencia que le brinda al sujeto una cierta satisfacción (González, 2020).

Históricamente las drogas, en sí mismas, lejos de ser un problema, han acompañado armónicamente el desarrollo de la humanidad en una gran diversidad de usos y significados. Es así como sabemos que ha sido utilizada para diversos fines: como sedantes, estimulantes; y como un medio de propender o potenciar el placer o con propósitos ceremoniales y místicos. Desde este análisis, podemos reconocer la existencia de diversos motivos y propósitos para el uso o abuso de drogas, lo que dependerá no sólo de la voluntad o disposición psicológica del sujeto que las consume, sino que también de las condicionantes estructurales que regulan o favorecen su disponibilidad y que eventualmente llegan a fomentar o forzar a su utilización y abuso; sin embargo, los psicólogos humanistas reconocen el trabajo que han realizado el conductismo y el psicoanálisis. Partiendo de esta base, se reconocen las experiencias previas con relación al comportamiento, así como la importancia de las primeras vivencias de la persona en la etapa infantil y todo el procesamiento psicológico a nivel inconsciente (Rojas, 2016).

El enfoque humanista se centra en promover la confianza en el ser humano, es decir empodera a la persona creyendo en su capacidad de convertirse en el tipo de persona que desea ser. Antepone la espontaneidad al control, la vivencia a evitar lo molesto y doloroso, el sentir la racionalización y la comprensión global de los procesos a la dicotomía de los opuestos, el adicto necesita volver a sensibilizarse consigo mismo, con su cuerpo, con sus emociones y con los demás, a la vez que aprende a tolerar y elaborar el sufrimiento o placer que ello lo genere (Rojas, 2016).

La adicción a las drogas también se conoce como trastorno por consumo de sustancias, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Quinta Versión (American Psychiatric Association [APA], 2014, como se citó en Lazcano, 2015), se puede definir como un conjunto de síntomas psíquicos caracterizados por una necesidad compulsiva de consumo de sustancias psicotrópicas con alto potencial de abuso y dependencia, que se manifiesta clínicamente por una combinación de tolerancia a sus efectos, síndrome de abstinencia y pérdida de control del mismo, que afecta principalmente en la vida social y de la salud del paciente. Se entiende por tolerancia, la necesidad de consumir cantidades crecientes de sustancias a fin de mantener los mismos efectos o la disminución del efecto con la misma cantidad de sustancia consumida. La abstinencia es el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen cuando se interrumpe o se disminuye el consumo de sustancias. Según la OMS (2022), la dependencia es considerada como

un estado psíquico y físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y una droga, que implica la compulsión de consumir una sustancia de forma continua.

### **Criterios Diagnósticos del DSM- 5 para el trastorno por consumo de sustancias**

**A.** Consumo problemático de una sustancia que provoca deterioro o malestar clínico significativo y que se manifiesta por al menos 2 ítems de los siguientes 11 hechos, en los últimos 12 meses:

1. Consumo de la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado de lo previsto.
2. Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Craving a la sustancia, entendido como ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
5. Consumo de sustancias que lleva al incumplimiento de las obligaciones.
6. Consumo de sustancias que genera abandono o reducción de actividades.
7. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales recurrentes.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones que provocan un riesgo físico.
9. Consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas relacionados tanto físicos como psicológicos.
10. Tolerancia, definida como una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o como descenso del efecto de las mismas cantidades de sustancia con un consumo continuado.
11. Abstinencia, característico de cada sustancia; se tiende a consumir la misma sustancia (o similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

## **Tipos de sustancias psicoactivas**

### **Depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC)**

Estas drogas se unen al receptor y bloquean o inhiben las funciones del mismo. Se le llaman sustancias depresoras del sistema nervioso, pues causan efectos tales como disminuyen las respuestas cerebrales, reduce el funcionamiento cognitivo, reduce la actividad física, provoca relajación, sensación de bienestar y apatía. Entre estas se encuentran: alcohol, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, entre otros (Caudevilla, 2022). Otros efectos causados por el consumo y el abuso de estos medicamentos pueden incluir:

- Habla distorsionada
- Poca concentración
- Confusión
- Mareos
- Sequedad en la boca
- Respiración lenta
- Problemas motrices y de memoria
- Disminución de la presión arterial.

Si una persona consume sustancias depresoras del SNC durante mucho tiempo, es posible que necesite dosis mayores para lograr efectos terapéuticos (tolerancia). El consumo continuo también puede llevar a la dependencia y a síntomas de abstinencia (NationalInstituteonDrug Abuse, 2018).

El consumo o el uso indebido de los depresores del SNC recetados puede llevar a un trastorno por consumo de sustancias, que en casos graves toma la forma de adicción. Un trastorno por el consumo de drogas se crea cuando el uso continuado de la droga causa consecuencias negativas, como problemas de salud o el incumplimiento de las actividades ya sea en el trabajo, la escuela o en el hogar, y a pesar de ello el consumo de la droga continúa (NationalInstituteonDrug Abuse, 2018).

### **1.3.2. Estimulantes del SNC.**

Las drogas estimulantes aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando niveles de alteración y de excitación nerviosa y motora, en consecuencia, la persona entra en un

estado de euforia y desinhibición, con menor control emocional, mayor irritabilidad y agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora e inquietud. En este grupo se incluye la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico y la mayor parte de las sustancias psicoactivas (Generalitat de Catalunya, 2019).

Las drogas estimulantes del sistema nervioso provocan modificaciones neuroquímicas y funcionales, debido a que liberan demasiados neurotransmisores (dopamina, serotonina, noradrenalina). También alteran las sinapsis, lo que modifica las conexiones neuronales, especialmente las relativas al neurotransmisor excitatorio glutamato. Estos desajustes neurálgicos repercuten en la memoria, la atención, el control y otras funciones cognitivas; entre otras cosas, por la pérdida neuronal y otros problemas neurodegenerativos (UNODC, 2019).

El consumo de estas sustancias genera cambios de humor y comportamientos agresivos o antisociales. Es por ello por lo que estas personas se ven enfrentadas a problemas familiares, de pérdida de amistades o cese de su actividad laboral o académica; así mismo, pueden poner en riesgo la vida de terceras personas, y la del sujeto, llevados por su impulsividad y su comportamiento fuera de control; sufrir accidentes graves y tener problemas de carácter legal (UNODC, 2019).

### **1.3.3 Drogas Perturbadoras del SNC**

Las drogas perturbadoras alteran gravemente el funcionamiento del cerebro, dando lugar a efectos muy variados en función de la sustancia de que se trate. Son sustancias químicas cuya ingesta a través de las mucosas, afectan parte de las conexiones cerebrales ocasionando una alteración de la conciencia y distorsionando la percepción de los objetos (intensidad, tono y forma). Deben su nombre a la formación de percepciones irreales, es decir, alucinaciones, en este grupo se incluye LSD, psilocibina, el peyote, ketamina, entre otras (Sánchez y Pérez, 2014).

En general, bajo el efecto de las drogas perturbadoras:

- La percepción y la atención quedarán gravemente alteradas.
- Se producen alteraciones en el pensamiento que llevarán a tomar decisiones incorrectas.
- Disminuirá los reflejos y coordinación motora, lo que provoca que los movimientos sean lentos e inadecuados.
- Sufrirá estados de conciencia alterados.
- Pequeñas dosis pueden llegar a producir grandes efectos en la salud.

## **Etiología**

Lorenzo (2013) expone acerca del desarrollo de la adicción y el potencial adictivo que esta produce en el organismo, afirmando que existe sustancias con mayor potencial adictivo; además de la vulnerabilidad del organismo en que se resalta factores biológicos y psicológicos y finalmente los aspectos ambientales en los que encontramos en el entorno familiar, idiosincrasia y comunidad. La razón por la cual las personas consumen drogas a lo largo de su vida sigue sin conocerse con exactitud, aunque el uso continuo puede causar dependencia además de problemas crónicos de salud y pueden generar conductas inadecuadas que se observan en las personas que la consumen. El camino hacia la drogadicción comienza con el acto voluntario de consumir drogas, pero con el tiempo la capacidad de una persona para tomar decisiones se debilita. La búsqueda y el consumo de la droga se vuelven compulsivos, esto se debe mayormente a los efectos que tiene la exposición a la droga durante largo tiempo.

## **Factores asociados**

Existen diferentes factores de riesgo y de protección para el desarrollo de las drogodependencias, de manera que es posible establecer que hay personas que presentan mayor vulnerabilidad que otras para presentar la enfermedad (Rodríguez, 2015).

Los factores de riesgo son aquellas circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica y social que incrementan la probabilidad de que las personas puedan tener dificultad para poder controlar su consumo o abuso de drogas; disminuyendo la habilidad de toma de decisiones, autocontrol, incapacidad de tolerar la frustración, etc. (Becoña, 2013).

Los factores de protección son aquellas características biopsicosociales que le facilitan al individuo evitar el desarrollo de manifestaciones psicopatológicas. Los factores de protección pueden disminuir este riesgo, entre estos tenemos: habilidades sociales y habilidades emocionales que previenen el consumo inicial y el bienestar psicológico (Caluña y Solano, 2018). Los factores de protección externos como: sociales, socioculturales y socioeconómicos. Dentro de los factores sociales tenemos: límites y normas claras, afecto familiar y resistencia al consumo por la influencia de grupo de pares; los factores socioculturales, acceso a actividades y recursos positivos para el ocio y otras actividades informales, dentro de los factores socioeconómicos tenemos; satisfacción de necesidades básicas (comida, vivienda, ropa, educación y salud), acceso a distracciones y actividades recreativas (Aguilera, 2019).

Habilidades sociales: las amistades pueden generar dificultad en las personas que tienen poca comunicación con las demás personas, es por ello, que el consumidor suele encontrar en su entorno familiar, laboral o social diversos conflictos, por lo tanto, para satisfacer la compulsión al consumo, el paciente suele utilizar mentiras o estrategias de manipulación que le permitan satisfacer ese deseo o necesidad. Cuando el consumidor entra en recuperación, es importante indagar un tratamiento que incluya el refuerzo de habilidades sociales debido a su enfermedad establecida y que son fundamentales para el mantenimiento de unas relaciones interpersonales positivas con su entorno. Lo ideal es que las personas con problemas de adicción deberían aprender a rechazar la tentación de consumir, y ser capaces de pedir ayuda ante algo que les ocurra, también a expresar lo que sienten; esto es fundamental ya que aprenden a manejar sus emociones de una buena manera, lo que les permitirá sentirse más plenos, mejor consigo mismos y con las personas que les rodean (Siebert, 2016).

Las habilidades emocionales: permiten manejar los sentimientos, el estrés y la ansiedad, por lo que se debe incluir programas de intervención para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas (Siebert, 2016).

Como afirma Siebert (2016), cuando exista momentos de crisis, se enfrentan con seguridad y estabilidad ante cualquier circunstancia, aprendiendo a compartir con otros y a utilizar estrategias que les permitan funcionar en todas las áreas de su vida, comprendiendo que siempre hay riesgos y su deber es estar preparados para las experiencias adversas. Estas estrategias de afrontamiento están fundamentadas en respuestas de evitación que permiten la disminución de la reacción emocional momentánea, para que las personas drogodependientes aprendan a identificar cuáles de estas estrategias utilizar para no recaer y llevar a cabo una vida funcional.

### **Factores sociodemográficos**

Según estudios de la (UNODOC, 2017) indica que en la edad que tiene el mayor nivel de consumo están entre los 19 y 25 años. La droga ilícita más consumida es la marihuana y el alcohol sin distinción de sexo. De acuerdo con las investigaciones realizadas por (Suárez, 2021) menciona que la gran mayoría de las personas que consumen sustancias psicoactivas han alcanzado un nivel de estudio primario o de educación básica y secundario.



## **Tratamiento**

Como se ha indicado anteriormente, el trastorno por consumo de sustancia es una enfermedad crónica, con una interacción de componentes biológicos, genéticos, y psicológicos. Existe una amplia diversidad en el abordaje en torno a los recursos médicos especializados (desintoxicación hospitalaria, residenciales, ambulatorios, de carácter social, terapia grupal, etc.). En los centros específicos, se requiere de un abordaje multidisciplinar y pueden incluir dos procesos; en primer lugar, la desintoxicación de las sustancias evita o minimiza la aparición del síndrome de abstinencia mediante tratamiento farmacológico. En segundo lugar, es la deshabitación es el proceso por el cual el paciente realiza actividades sin consumir drogas y se requiere de una rehabilitación psicosocial del paciente y puede realizarse a nivel comunitario, en comunidades terapéuticas, pisos protegidos, etc (Tena, 2018).

Las prestaciones terapéuticas incluyen redes de tratamiento ambulatorios y residenciales (hospitales, comunidades terapéuticas, pisos de apoyo). En los centros específicos, se trabaja desde un punto de vista biopsicosocial, diseñando planes de intervención individual mediante un equipo multidisciplinar, con multiplicidad de programas y talleres para cubrir las diferentes necesidades de los pacientes (Erausquin, 2014).

La modalidad Ambulatoria Intensiva, es una modalidad de intervención residencial, este modelo hace que el terapeuta a cargo ayude al paciente a hacer un buen uso de sus capacidades individuales en el proceso de tratamiento, tomando en cuenta los factores individuales, familiares y socio- laborales, por lo tanto se tiene que hacer hincapié en la adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad y manejo en el deseo, en la motivación para el cambio, en control de la ansiedad y resolución de situaciones de riesgo de consumo. El modelo de atención integral ambulatoria intensiva es de aplicación obligatoria para los profesionales (psicólogo, trabajador/a social, terapeutas ocupacionales, psicorehabilitadores, psiquiatra itinerante) que desempeñen sus funciones en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, donde se implementen los servicios ambulatorios intensivos para el tratamiento a personas con consumo problemático de las sustancias. Durante este período, el usuario es monitoreado regularmente. Aunque es difícil valorar la motivación real del usuario, así como la de su familia, es necesario observar la parte motivacional, con el fin de establecer un proceso que permita reforzar e incrementar la motivación. Incrementar la motivación para el tratamiento, significa: orientar la atención del usuario hacia el malestar interior causado por el continuo esquema repetitivo de comportamientos disfuncionales, que inevitablemente lo llevarán al sufrimiento. El trabajo sobre la motivación debe estar presente durante

todas las etapas, considerando que estos individuos tienden a ser optimistas con resultados parciales (Ministerio de Salud Pública, 2017).

El modelo de atención residencial es un tratamiento estructurado, con normas y límites precisos y puntuales, tiene como objetivo principal el cambio integral en el estilo de vida del usuario/paciente (abstinencia de drogas, eliminación de la conducta disfuncional, mejora de la situación laboral y educativa). Durante las 24 horas del día, se facilita el aprendizaje de conductas a través de modelos adaptativos, entrenamiento de habilidades, desarrollo de fortalezas y manejo de contingencias y problemáticas. Se establece dentro de un centro residencial en el que el paciente permanece la mayor parte o todo el día y donde los usuarios conviven de forma continua con los miembros del equipo técnico (psicólogo, médico, trabajador social, terapeuta ocupacional, psiquiatra, operador terapéutico y auxiliar de enfermería). Algunos programas residenciales utilizan un modelo de comunidad terapéutica. Estos programas le permiten ser más responsable y activo en su comunidad a medida que su tratamiento progresa. Esto le ayuda a mantenerse comprometido a abandonar el consumo de sustancias. Al principio, puede que tenga contacto limitado con su familia y otras personas, esto ayuda para realizar cambios importantes en su vida de modo que pueda dejar las drogas y el alcohol. Por esta razón, es importante que la comunidad esté presente en los momentos delicados, en algunas situaciones la recaída debe ser considerada como un episodio de valor positivo (Ministerio de Salud Pública, 2017).

En 1984, Prochaska y DiClemente (como se citó en Molina, 2017) formularon la hipótesis de que los cambios de conducta siguen una serie de etapas estandarizadas, tanto en los cambios espontáneos como en aquellos que siguen a recomendaciones. Estos estadios corresponden a los que denominaron etapas del proceso de cambio.

Los estadios del cambio: los estadios representan la dimensión temporal, es decir, el cambio que se debe considerar en el momento particular en el que se encuentra. Para lograr el cambio, una persona debe pasar por etapas bien definidas, las cuales deben ser respetadas para facilitar el proceso. Para alcanzar el éxito del cambio, resulta fundamental saber en qué etapa se encuentra la persona con relación a su problema, con el fin de diseñar procedimientos específicos para cada sujeto (García, 2015).

1. Precontemplación: Es el estado en el cual la gente no tiene intención de cambiar. La gente puede estar en este estado porque está desinformada sobre las consecuencias de su

conducta o de su problemática o porque ha intentado cambiarla varias veces. En consecuencia, no suelen acudir por cuenta propia a terapia.

2. Contemplación: Es el estado en el cual la gente tiene intención de cambiar en los próximos seis meses. La persona considera y rechaza el cambio a la vez, se siente ambivalente. Aunque es consciente del problema, no ha tomado la decisión de hacer algo.

3. Preparación: También llamada etapa de “Determinación”. La persona ya ha tomado la decisión de hacer algo al respecto y empieza a dar algunos pequeños pasos.

4. Acción: La persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio, por lo que el objetivo es cambiar el problema que se desea resolver.

5. Mantenimiento: Se intenta mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y la prevención de recaídas.

6. Recaída: La persona vuelve a realizar el comportamiento que había cambiado o estaba en proceso de cambiar. Tras esto, el sujeto vuelve a una etapa anterior; es labor del terapeuta motivar y consolar al paciente para que no cometa el mismo error una y otra vez.

Prevención de recaídas: Es un programa de autocontrol diseñado con el objetivo de ayudar a las personas a anticipar y afrontar los problemas de recaídas en el proceso de cambio de las conductas adictivas. Tal y como lo plantea Marlatt (1993, como se citó en Castilla, 2016) este programa parte de la idea de que el individuo experimenta una sensación de control durante el tiempo que mantiene la abstinencia. A medida que el tiempo de abstinencia sea mayor, esta sensación de control también aumentará. Este concepto se ha relacionado con el de autoeficacia de Bandura (1993), entendido como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. No obstante, este control percibido puede tambalearse en el momento en que una persona se enfrente a una situación de alto riesgo, es decir, a cualquier circunstancia (externa o interna) que suponga una amenaza para la sensación de control del individuo (Castilla, 2016).

En la etapa de prevención de recaídas, se encuentran las personas que han desarrollado abstinencia, y estos programas de prevención tienen por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias. Aquí se aplican intervenciones psicosociales como son los programas en la comunidad o ambulatorios, estos programas ofrecen un plan de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general por parte de un clínico o una persona especializada, de los problemas, recursos personales. Ese análisis da lugar al

establecimiento de un conjunto de metas individuales de tratamiento que la persona ha de alcanzar, cuyo cumplimiento se verifica y examina periódicamente en el curso del tratamiento (Castilla, 2015).

Todos los tratamientos estructurados se deben administrar de conformidad con un plan de tratamiento escrito e individual para cada usuario. Debe ser un proceso de colaboración e incluir una evaluación realizada juntamente con el usuario. Al preparar un plan individual, hay que tener en cuenta las distintas etapas por las que pasa el usuario dentro de un mismo tratamiento y entre diferentes modalidades de tratamiento.

Según National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2010), menciona que en la psicoterapia cognitiva conductual se trabaja principalmente con este tipo de problemática, siendo posteriormente dirigida a personas con dependencia a alguna sustancia, evidenciando la eficacia de los procedimientos basados en el aprendizaje de conductas tanto para la explicación del problema como para las alternativas de solución (NIDA, 2010 como se citó en Quingatuña, 2021).

### **Conclusión**

Actualmente en la sociedad el problema se ha incrementado mucho en los jóvenes y eso es preocupante porque empiezan a presentar comportamientos de rebeldía, influencia de amistades, delincuencia, problemas emocionales y situaciones de la vida diaria. Es por ello, que se hace realmente importante y determinante la función que realiza el terapeuta, que mediante un diagnóstico que ayudará a detectar las situaciones que ponen en peligro o riesgo al individuo y así determinar en conjunto las posibles causas que conlleva la adicción a los usuarios, el profesional se encuentra inmerso en la procuración de la satisfacción de necesidades de todo individuo.

## **CAPÍTULO 2**

### **2. BIENESTAR PSICOLÓGICO**

#### **Introducción**

Anteriormente el bienestar era asociado con la apariencia física, el dinero o la inteligencia, pero hoy en día este concepto se ha tornado como algo dimensional en donde entran en juego más variables asociadas al bienestar personal subjetivo. Por lo tanto, se va a hablar sobre el desarrollo positivo sea físico, psicológico y social, de igual forma en que cada dimensión del bienestar psicológico hace referencia a la capacidad de relacionarse con el contexto social y el logro de una satisfacción óptima personal.

#### **Definición**

El bienestar es un estado de satisfacción personal que considera como positivos y adecuados aspectos como la salud o el bienestar psicológico, la armonía consigo mismo y con el entorno. Según esta misma definición, bienestar es tener la sensación de sentirse realizado tras haber alcanzado ciertas metas, o después de lograr el desarrollo personal deseado (Bustamente, 2017). De hecho, ha dado lugar a dos tradiciones, la conceptualización hedónica y la eudaimónica, En primer lugar, la hedónica también conocida como bienestar subjetivo coloca su principal objetivo en la obtención de placer y felicidad y un componente cognitivo que refiere a la formulación de juicios de valor, en otras palabras es la búsqueda de placer evitando todo posible sufrimiento y en segundo lugar, la eudaimónica se proyecta a largo plazo y aparece cuando ayudamos de manera honesta a los demás Esta tiene un referente en el modelo de bienestar de Ryff, de que el bienestar proviene del cumplimiento o la realización de la naturaleza que le es propia a cada ser humano, esto quiere decir que este tipo de bienestar considera al placer como consecuencia de la realización y crecimiento personal, analizando un mayor grado, la realización personal da sentido a la vida, más que las sensaciones positivas o negativas que las personas llegase a tener. El bienestar psicológico tiene sus raíces en el enfoque eudaimónico, pero considerando el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, llegando a ser ambos los principales indicadores del funcionamiento positivo (Gutiérrez, 2016). Veenhoven (2013) define el 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 misma.

Para realizar esta autoevaluación el individuo utiliza dos componentes: pensamientos y afectos. Cuando el componente cognitivo discrepa de la satisfacción con la vida, esto 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. El principal componente del bienestar es estar estable (Guerra, 2015).

Según el diccionario de la Real Academia Española (2012) bienestar psicológico, es “El estado de la persona en el que se hace sensible al funcionamiento de la actividad somática y psíquica”. Día a día, las personas se ven obligadas a tomar estrategias para mantener una vida saludable, para estar alejadas de factores negativos como el estrés, la preocupación, y así escapar de los problemas que el mismo ser humano no es capaz de solucionar

## **Dimensiones del Bienestar Psicológico**

Ryff (1989, como se citó en Chávez, 2016) desarrolló un modelo de bienestar psicológico constituido por seis dimensiones, las cuales proponen que el funcionamiento humano óptimo es el que produce una cantidad mayor de emociones positivas, en este modelo cada dimensión es un indicador de un mayor grado de bienestar psicológico. El modelo presenta las siguientes dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida.

### **Autoaceptación**

Se define como un indicador clave de salud mental, desde la perspectiva del ciclo vital, la autoaceptación implica la satisfacción con uno mismo. La autoaceptación engloba el autoconcepto general del individuo, y en sus dimensiones como por ejemplo la autoestima y la autoimagen. Dada la relación que mantiene con el autoconcepto y la contribución que hace a su desarrollo, también habría que incluir en esta dimensión del bienestar las creencias de autoeficacia del individuo. Ryff (1989, como se citó en Chávez, 2016), establece cuáles serían las características de los individuos en el nivel alto y bajo de autoaceptación. La alta aceptación sería el resultado de poseer actitudes positivas hacia uno mismo; el individuo se conoce y se acepta como es, con sus virtudes y sus defectos; se encuentra satisfecho con sus experiencias vitales. Las personas con baja autoaceptación se sentirían satisfechas consigo mismas, decepcionadas con sus experiencias vitales, se sentirían preocupadas con respecto a ciertas características personales y experimentarían deseos de ser diferentes.

## **Relaciones positivas con otros**

Día a día, es necesario intercambiar ideas, pensamientos, sentimientos con otras personas; como alternativa para encontrar soluciones a algunas situaciones que lo único que hacen es interferir en la creatividad de cada ser humano, esto se debe a varios factores como problemas personales, baja autoestima, entre otros. Por lo tanto, es importante la comunicación con otras personas para evitar el aislamiento; pero es indispensable mantener algunos valores como: respeto, justicia, equidad de género, así mantener la empatía como eje fundamental en la construcción de nuevas experiencias que llevan al ser humano hacia nuevos horizontes. De hecho, las personas autorrealizadas se caracterizan por poseer una alta capacidad empática y sentimientos de afecto por los demás, así como unas notables facultades para amar y sólidas amistades. El mantenimiento de relaciones sociales, que propicia el necesario apoyo social y emocional que toda persona precisa tiene un claro efecto sobre está fuertemente relacionado con las restantes dimensiones del bienestar sobre las consecuencias ocasionadas por los eventos vitales adversos, favoreciendo su efectivo afrontamiento en otras palabras las relaciones interpersonales contribuyen a la regulación de las pérdidas afectivas promoviendo su superación; por otro lado, tienen que ver con la concepción que tenemos de nosotros mismos y la percepción de la propia competencia social. También se constituyen en una de las metas claves de los jóvenes, y no sólo en esta etapa. Finalmente, favorecen el crecimiento personal, pues este precisa de la implicación en actividades sociales (Farias, 2021).

## **Autonomía**

Es importante dejar claro que la ayuda de alguien es inevitable, pero no para depender, sino al contrario para ser libre porque cada ser humano es responsable de sus propias actitudes, proyectos y metas. Ryff (1989, como se citó en Chávez, 2016), da 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. 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 con pensar y actuar.

### **Dominio del entorno**

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 de Ryff (1989, como se citó en Chávez, 2016). 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 les proporciona y manifiestan una palpable carencia de percepción de control con respecto al mundo exterior.

### **Crecimiento Personal**

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), que no se conforme con los logros obtenidos en el pasado y afrontar nuevos desafíos personales que le permitan crecer como individuo. Esta dimensión, como señala Ryff (1989 como se citó en Chávez, 2016), estaría muy próxima al concepto de eudaimonía 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 desanimados y desinteresados con respecto a su propia vida e incapaces de implementar nuevas actitudes o conductas.

### **Propósito de vida**

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. 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 (Chávez, 2016).

## **Impacto del Bienestar Psicológico en la salud mental**

Las investigaciones sobre los problemas de la salud mental corresponden a la inclusión integral del bienestar en los aspectos físicos, sociales y mentales de los individuos y esto incluye la productividad y el fortalecimiento de los estados de bienestar, se conoce como factores psicológicos, ambientales y conductuales (Calle, 2018). Actualmente el bienestar psicológico se define como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde parece tener un papel importante en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas permitiendo posiblemente un incremento en la esperanza de vida (Carmen, 2019, p.5).

### **Factores que promueven el bienestar psicológico**

Los factores que promueven el bienestar psicológico son aquellos factores que ayudan a que el nivel de bienestar se incremente para así potenciar el desarrollo en la vida del paciente. Estos factores son el bienestar físico, la relación con los padres, el ambiente académico, la resiliencia (Quiceno et al., 2014). El equilibrio en todas las áreas de la vida, los estilos de vida y los objetivos de vida tratan sobre factores que tienen en cuenta los niveles de bienestar psicológico, en relación

con las variables que se mueven en el contexto de los sujetos evaluados. Dentro de los hallazgos que se identifican al respecto, indican que una buena relación con los padres y las personas con quienes se vive puede hacer una gran diferencia entre un nivel alto o bajo de bienestar, ellos plantean que estas relaciones permiten obtener mayor seguridad en sí mismo y menor dependencia en factores externos.

### **Conclusión**

El bienestar psicológico es el desarrollo de la capacidad de afrontamiento para resolver problemas, que permite un buen funcionamiento psicológico y permite a la persona desarrollar todo su potencial para así mantener una vida saludable lleno de pensamiento y conductas adecuadas.

## **CAPÍTULO 3**

### **Metodología**

#### **3.1 Tipo de investigación**

La presente investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, con un alcance correlacional.

#### **Muestra y Población**

El universo estuvo conformado por la población de CETAD Municipal en Azogues, un total de 30 pacientes internos de edades comprendidas entre los 19 a 59 años de sexo masculino.

#### **Objetivos**

##### **Objetivo General**

Medir el bienestar psicológico durante el internamiento en CETAD en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas.

##### **Objetivos Específicos**

- Identificar las variables sociodemográficas de los participantes.
- Evaluar el nivel de bienestar psicológico de los participantes.
- Relacionar los niveles de bienestar psicológico encontrados con los datos sociodemográficos de los participantes.

#### **Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes mayores de 18 años que se encuentran internados en un CETAD.

##### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que no hayan firmado el consentimiento informado.

## Instrumentos

Dentro de los instrumentos aplicados, directamente se procedió a entregar la ficha sociodemográfica con el fin de recolectar información sobre un determinado grupo de personas, dentro de esta ficha se evaluó, cuál es la edad de los participantes, el tipo de sustancia psicoactiva que consumía en vida activa, y por último sí estuvo o no en otros programas de recuperación (Anexo 2).

Para la evaluación de bienestar psicológico se aplicó la Escala de Bienestar de Ryff (1989, citado en Burgos, 2012) adaptada por Van Dierendonck (2004, citado en Burgos, 2012) contiene 39 ítems distribuidos en 6 dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal y deben ser respondidos a través de una escala tipo Likert de 1 al 5, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. El reactivo es aplicable tanto para adolescentes como adultos de ambos sexos, se puede ejecutar de manera individual como colectiva con una duración máxima de 20 minutos (Anexo 3)

La fiabilidad y validez de esta escala mantiene elevados puntajes tanto en la versión adaptada al español ( $\alpha = .899$ ) como en la versión original ( $\alpha = .833$ ). Conserva una estructura compuesta por seis factores estudiada y confirmada con un análisis factorial confirmatorio.

*Descripción: Cómo se califica (Carranza, 2015).*

Para la calificación del test invertir los ítems: 2, 4, 5, 8, 9, 13, 15, 20, 22, 25, 26, 27, 29, 30, 33, 34, y 36, siguiendo esta pauta: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) Para la escala total, sumar los 39 ítems, teniendo cuidado de usar los puntajes recodificados. El nivel de acuerdo al puntaje corresponde a: 159 – 195 (alto), 139 – 158 (medio) y 39 – 138 (bajo). Para obtener los puntajes de las dimensiones sumar siguiendo las siguientes pautas:

Autoaceptación = (1 + 7 + 13rec + 19 + 31 + 25rec)

Relaciones positivas = (2rec + 8rec + 14 + 20rec + 26rec + 32)

Autonomía = (3 + 4rec + 9rec + 10 + 15rec + 21 + 27rec + 33rec)

Dominio del Entorno = (5rec + 11 + 16 + 22rec + 28 + 39)

Crecimiento personal = (24 + 30rec + 34rec + 35 + 36rec + 37 + 38)

Propósito de vida = (6 + 12 + 17 + 18 + 23 + 29rec)

El nivel de BP por dimensiones de acuerdo al puntaje obtenido se puede evidenciar en la siguiente tabla:

**Tabla 1:***Categorías diagnósticas en las dimensiones del bienestar psicológico de Ryff*

<b>Categoría</b>	<b>Relaciones</b>	<b>Dominio</b>	<b>Crecimiento</b>	<b>Propósito</b>		
<b>Diagnóstica</b>	<b>Autoaceptación</b>	<b>Positivas</b>	<b>Autonomía</b>	<b>del entorno</b>		
				<b>personal</b>		
				<b>de vida</b>		
<b>Alto</b>	26 – 30	30 – 31	30 – 40	29 – 30	31 – 35	28 – 30
<b>Medio</b>	22 – 25	25 – 29	25 – 29	26 – 28	27 – 30	24 – 27
<b>Bajo</b>	6 – 21	6 – 24	8 – 24	1 – 25	7 – 26	6 – 23

Fuente: (Carranza.R, 2015)

**Procedimiento**

Se tramitó la aprobación para realizar la investigación en el Centro Especializado en el Tratamiento a personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas “CETAD”. Previo a la aplicación, se procedió a explicar los temas del estudio, con el fin de generar comprensión acerca del tema. Se entregó el consentimiento persistente (Anexo 1) para participar en dicho estudio exponiendo todas las consideraciones necesarias. A continuación, se procedió a entregar el material y se brindó una explicación a todo el grupo de cómo dar contestación al instrumento y se solicitó no dejar preguntas sin contestar.

## CAPÍTULO 4

### 4. Resultados

A continuación, se muestran los datos sociodemográficos en forma de tablas, se incluyen datos significativos a excepción de la tabla que indica el sexo, puesto que el 100% de la población corresponde a hombres, esto como se indica debidamente en los criterios de inclusión.

**Tabla 2:**

<i>Edad</i>		
N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media Aritmética		39 años
Mediana		41 años
Moda		47 años
Desv. típica.		1,71
Mínimo		18 años
Máximo		59 años

La media aritmética alcanza los 39 años, el valor medio está entre los 41 años, la edad más común en el grupo de investigación redondeo los 47 años, así mismo la desviación estándar pertenece a un 1.71% con una edad mínima de 18 años y máxima 59 años.

**Tabla 3:**

*Nivel de instrucción*

<b>Nivel de instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
Primaria	12	40 %
Secundaria	11	36.7 %
Tercer nivel	7	23.3 %
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

En la tabla 3 se puede apreciar los niveles de instrucción de primaria, secundaria y tercer nivel, en el que se observa que el nivel de educación primaria presenta un mayor porcentaje equivalente al 40% a diferencia de los otros niveles.

**Tabla 4:**

*Población según su estado civil*

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltero	16	53.3 %
Casado	10	33.3 %
Divorciado	4	13.3 %
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

En relación con el estado civil en la tabla 4 con respecto a la población y el estado civil se muestra que el mayor porcentaje de la población correspondiente a un 53.3% que se encuentran solteros a diferencia de casados y divorciados.

**Tabla 5:**

*Internamientos previos*

<b>Internamientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
No	24	80 %
Si	6	20 %
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Conforme a la tabla 5 el 80% de la población, 24 personas tuvieron su primer internamiento en el CETAD, mientras que 6 personas con el 20% ya han tenido más internamientos.

**Tabla 6:***Número de internamientos previos*

<b>Internamientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
Cero internamientos	24	80 %
Un internamiento	5	16.7 %
Cuatro internamientos	1	3.3 %
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

En la tabla 6 se describe que 24 personas que corresponde al 80% tienen cero internamientos, 5 personas con 16.7% han tenido un internado y únicamente una persona con el 3.3% ha tenido cuatro internamientos.

**Tabla 7:***Sustancias psicotrópicas más consumidas por los internos*

<b>Sustancias</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
Alcohol	17	56.7 %
Marihuana	1	3.2 %
Base de cocaína	5	16.6 %
Alcohol y marihuana	4	12.9 %
Múltiples sustancias	7	22.6 %
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

En la tabla 7 se puede observar que el 56.7% de los internos son dependientes al alcohol, y el 22.6% son pacientes que han consumido múltiples de sustancias al mismo tiempo, estas dos variables se destacan en muchos de los internos.



**Tabla 8:***Dimensiones de bienestar psicológico en la población*

Nivel	Auto aceptación		Relaciones positivas		Autonomía		Dominio del entorno		Crecimiento personal		Propósito de vida	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Bajo</b>	26	86,7	28	93,3	21	70	28	93,3	24	80	25	83,3
<b>Medio</b>	4	13,3	2	6,7	6	20	2	6,7	2	6,7	5	16,7
<b>Alto</b>					3	10			4	13,3		
<b>Total</b>	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 8 se presenta una descripción de los niveles puntuados por los participantes en las dimensiones de bienestar psicológico, en la que se demuestra que en todas las dimensiones el nivel es bajo, es decir del 70 al 93.3%. Además, cabe mencionar que, en cuatro de las seis dimensiones, ningún participante puntúa en bienestar alto.

**Tabla 9:***Prueba de normalidad de "Edad de los encuestados"*

	Estadístico	Frecuencia	P
Edad	,893	30	,006

En la prueba de normalidad de la variable sociodemográfica edad de los encuestados, P es mayor a .006, es decir, hay normalidad. Se usará el coeficiente de correlación de Pearson.

**Tabla 10:***Prueba de normalidad de "Nivel de Instrucción"*

	Estadístico	Frecuencia	P
¿Nivel de Instrucción de los Pacientes Internos?	,794	30	,000

En la prueba de normalidad de la variable sociodemográfica ¿Cuál es el nivel de instrucción de los encuestados?, P es menor a .000, es decir, no hay normalidad. Se usará el

coeficiente de correlación de Spearman.

**Tabla 11:**

*Prueba de normalidad de “Número de Internamientos Previos”*

	<b>Estadístico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>P</b>
¿Número de Internamientos Previos?	,424	30	,000

En la prueba de normalidad de la variable sociodemográfica ¿Cuánto es el número de internamientos previos?, P es menor a .000, es decir, no hay normalidad. Se usará el coeficiente de correlación de Spearman.

**Tabla 12:**

*Correlación entre datos sociodemográficos ordinales y las dimensiones de bienestar psicológico*

	<b>D1: Auto Aceptación</b>	<b>D2: Relaciones Positivas</b>	<b>D3: Autonomía</b>	<b>D4: Dominio del Entorno</b>	<b>D5: Crecimiento Personal</b>	<b>D6: Propósito de Vida</b>
<b>Edad</b>	r: ,312 p: ,05	r: ,062 p: ,069	r: ,821 p: 3,714	r: ,006 p: 1,154	r: ,219 p: 5,784	r: ,501 p: 5,784
<b>Nivel de Instrucción</b>	r: ,628 p: ,068	r: -,171 p: ,028	r: ,069 p: ,469	r: -,341 p: ,536	r: ,004 p: 2,820	r: -,201 p: 2,820
<b>Internamientos Previos</b>	r: ,828 p: ,068	r: ,710 p: ,028	r: ,091 p: ,469	r: -,341 p: ,536	r: ,261 p: 2,820	r: ,002 p: 2,820

De acuerdo con las variables ordinales; se encuentra una correlación positiva y significativa entre la dimensión autoaceptación y la variable edad, en cuanto a la correlación con nivel de instrucción e internamientos previos es negativa. Finalmente, existe una correlación positiva y significativa entre la dimensión relaciones positiva con el nivel de instrucción e internamientos previos.

**Tabla 13:**

*Relación de variables entre datos sociodemográficos considerados nominales con las dimensiones de bienestar psicológico.*

	<b>D1: Auto Aceptación</b>	<b>D2: Relaciones Positivas</b>	<b>D3: Autonomía</b>	<b>D4: Dominio del Entorno</b>	<b>D5: Crecimiento Personal</b>	<b>D6: Propósito de Vida</b>
<b>Estado Civil (x2)</b>	x2: ,420 p: ,000	x2: ,071 p: ,034 x2: ,713	x2: ,001 p: 4,080 x2: ,570	x2: ,940 p: 3,214 x2: ,069	x2: ,303 p: 2,676 x2: ,451	x2: ,004 p: 2,676 x2: ,003
<b>Sustancias de Consumo (x2)</b>	p: ,000 x2: ,492	p: ,025	p: 8,922	p: 1,875	p: 5,993	p: 5,993

En las variables nominales; se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la dimensión autoaceptación con la variable estado civil y sustancia de consumo, se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la dimensión relaciones positivas con el estado civil y sustancia de consumo.

## **Discusión**

Este estudio tuvo como objetivo general medir el nivel de bienestar en pacientes internos en el CETAD los objetivos específicos fueron: identificar las variables sociodemográficas de los participantes, evaluar el nivel de bienestar psicológico de los pacientes, y relacionar los niveles de bienestar encontrados con los datos sociodemográficos de los pacientes internos.

Al evaluar el nivel de bienestar psicológico de pacientes internos, se pudo observar que la mayor prevalencia de bienestar psicológico, corresponde a un nivel bajo, en cada una de las dimensiones, primero en la autoaceptación la misma que presentó resultados de nivel bajo con un porcentaje del 86.7%, se refiere a que las personas con adicciones muestran dificultades al momento de aceptarse tal y como son, Por otra parte, los resultados coinciden con (Cabascango, 2019) asegura que en la dimensión autoaceptación el 48.9% presenta de la misma manera un nivel bajo, lo que indica así que los pacientes presentan varias características: insatisfacción con su forma de ser, desilusión respecto a su vida pasada e insatisfacción consigo mismo.

Las relaciones positivas constituyen un factor de dimensión importante, de acuerdo a la investigación realizada la gran mayoría de los internos se relacionan negativamente con su entorno con un porcentaje del 93.3% que representa un nivel bajo ya que influyen varios factores como problemas personales, baja autoestima, etc. los resultados son similares a los de la autora (Cabascango, 2019) quien asegura que la dimensión relaciones positivas el 85.1% corresponde un puntaje bajo de igual manera, manifestando características como desconfianza en los demás, incapacidad para establecer buenos vínculos y déficit de empatía y afectividad.

De la misma manera en el caso del dominio del entorno con un 93.3% corresponde a un nivel bajo en cuanto a adaptación y relación con los demás en las diferentes realidades, por lo que los pacientes presentan dificultades en la toma de decisiones adecuadas y el cómo percibir la vida para lograr un mejor bienestar basado en principios personales, los resultados concuerdan con la autora (Cabascango, 2019) quien insiste que en su investigación el dominio del entorno con un 85.1% también puntúa un nivel bajo, manifiesta ella que presenta ausencia de habilidades para crear o escoger ambientes que se adapten, tanto a sus capacidades como a sus necesidades personales.

El cumplimiento de objetivos personales radican en una disciplina de vida constante, en la investigación se incluyó la dimensión relacionada al crecimiento personal el cual se mantiene en concordancia con las anteriores, de acuerdo con los porcentajes, es decir el nivel bajo con un 80%, la carencia de consecución de objetivos a mediano y largo plazo, la apatía por conseguir las metas que se trazaron en el pasado y la adicción los aleja aún más de ellos, con respecto a esta dimensión los resultados no coinciden con los de la autora (Cabascango, 2019) quien señala que existe un nivel bajo con un porcentaje del 42.6% es decir, que los pacientes perciben que sus capacidades para concretar objetivos no son las adecuadas.

La quinta dimensión es la autonomía con un porcentaje del 70% en donde los pacientes no se sienten independientes y son incapaces de tomar decisiones en contraposición con la autora (Cabascango, 2019) que asegura que el 46.8% presenta un puntaje alto presentando características como sentirse bien consigo mismos, incluso siendo conscientes de sus limitaciones.

En la última dimensión todo ser humano se enfoca en un propósito de vida, que está presente cada mañana al levantarse, sin embargo para personas con conductas adictivas esta motivación se convierte en una verdadera pesadilla ya que el panorama es difuso y con problemas que parecen interminables, los resultados presentan niveles bajos con un porcentaje del 83.3%, no concuerda con la autora (Cabascango, 2019), que en su investigación indica que el 46.8% presenta un nivel medio indicando que plantean objetivos a futuro que permiten dotar un cierto sentido de vida.

Respecto a la autoaceptación en función de la edad se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa, en contraposición al autor (Rivera, 2017) dice que ha encontrado una disminución en relación con la edad en la dimensión de la autoaceptación.

Con respecto a las relaciones positivas en función al nivel de instrucción e internamientos previos, existe una correlación estadísticamente significativa, en contraposición con el autor (Rivera, 2017), asegura que el nivel de estudio no incide en la dimensión de relaciones positivas de las personas, por lo tanto no encontró diferencias significativas con dicha variable.

El estado civil presenta una relación estadísticamente significativa con la dimensión autoaceptación, en lo que respecta a las relaciones positivas, de acuerdo a los resultados obtenidos, lo que están en contraposición con la autora (Suarez, 2019), que menciona en su investigación que no existe una relación estadísticamente significativa, porque el estado civil no influye en los pacientes.

Entre la variable sustancia de consumo con la dimensión autoaceptación existe una relación estadísticamente significativa. En contraposición con el autor (Cantero, 2020) que en su estudio no encontró ninguna relación con el consumo de sustancias. Sin embargo este resultado está de acuerdo con el autor (Becerra, 2020) quien identificó que los pacientes con un nivel bajo de bienestar psicológico eran vulnerables a la adicción a las drogas.

La variable sustancia de consumo tiene una relación estadísticamente significativa con la dimensión de relaciones positivas, en contraposición con el autor (Cantero, 2020) que dice no se encontró una relación significativa, quienes identifican mayor riesgo en la decisión de consumir en adultos mexicanos que tienen niveles bajos de factores psicosociales.

## **CONCLUSIONES:**

De acuerdo a la investigación y el análisis de las fichas sociodemográficas aplicadas consideramos que en algunos aspectos del BP existe correlación negativa en su mayoría y algunas positivas lo que quiere decir que los pacientes necesitan ayuda para salir mejor significativamente en los ámbitos como: personalidad, conducta en la salud física, mental y familiar. También se determinó que la mayoría de las personas consumidoras son de mediana edad y tienen instrucción primaria e internamientos anteriores, la sustancia que más ha afectado a su bienestar físico y mental es el alcohol. Hay correlación en varios de los aspectos unos adecuados, otros inadecuados, que son puntos a favor de los pacientes internos, lo cual puede ayudar a su recuperación.

Finalmente, el presente estudio me ha sido de gran utilidad tanto para mi vida personal como para mi vida profesional, ya que pude obtener información relevante sobre las dimensiones importantes como son el propósito de vida y crecimiento personal, por lo que cada paciente no muestra una adecuada predisposición ante su tratamiento y no presenta hábitos que mejoren su situación personal.

## **RECOMENDACIONES**

De acuerdo a las conclusiones realizadas se recomienda:

- Facilitar el proceso de cambio a través de psicoterapias humanistas para mejorar los niveles de bienestar del paciente. Por lo tanto, es importante la comunicación con otras personas para evitar aislamiento y encajar de manera adecuada en un entorno alejado de los vicios para promover un BP estable.
- Realizar talleres que ayuden a los pacientes a tener predisposición para su rehabilitación.

## REFERENCIAS

- Artigo, Aguilera. (2019). *Factores de protección sobre el consumo de drogas*. Association, A. P. (2014). *Clínica de las adicciones*. Asociación psicoanalítica.
- Becoña I Elizardo (2013). *Trastorno de consumo de sustancias psicoactivas*. Madrid : Papeles del Psicólogo.
- Gonzalez Becerra, V. H. (2020). *Relación entre consumo de drogas y bienestar psicológico* . Mexico:Revistas. Unam.
- Calle, C. L. (2018). *Bienestar Psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos*. Ambato: Actualidades en Psicología .
- Cardenas, N. (2021). *Consumo de drogas en estudiantes ecuatorianos*. Quito: Revistas de Estudio.
- Cantero, J. O. (2020). *Relación entre consumo de drogas y bienestar psicológico*. Mexico: Revistas. Unam.
- Carmen, Z. (2019). *Bienestar psicológico y salud mental*. Milagro: Principal.
- Castilla, C. Paula (2016). *Prevención de recaídas en drogodependencia* .
- Cabascango, A, C (2019). *Bienestar psicológico asociado a la motivación de cambio en el proceso de rehabilitación en pacientes con consumo problemático de sustancias*. Quito.
- Erausquin. Cristina (2014). *Tratamiento psicológico en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas* .
- Faria. Jaqueline, Sanchez (2021). *Dimensiones del bienestar psicológico y apoyo social*. Avances en psicología latinoamericana .
- Goleman, D. (2017). *Crear Salud mental*. Santiago: RED.
- González.G,O (2020). *Aportes de la teoría psicoanalítica en adicciones*.
- Civilizar.Gutiérrez. (2015). *Bienestar Psicológico*. Pensamiento psicológico.
- Portero,Lazcano.G (2015). *DSM V. Trastornos por consumo de sustancias*. Bizkai: Med.Forense.
- Valdiglesias. S, Dave (2019). *Intervención cognitivo conductual para un paciente con drogodependencia*
- Abril Lucero Lorena, G. (2019). *Bienestar psicologico y rasgos de personalidad en estudiantes*. Ambato.
- Lascano. Landázuri, F,D (2018). *Bienestar psicologico y rasgos de personalidad en pacientes internos* . Ambato.
- Machuca, F. (22 de Marzo de 2022). *Descubre Tu Propósito de Vida*. Obtenido de Future of People: <https://www.crehana.com/blog/trabajo-remoto/proposito-de-vida/>
- Maurer, R. (2015). *Habilidades para el Éxito*. Rosario: Faraján.
- Molina.Torres, Jonatan (2017). *Fases de cambio. El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente* . Tejedor deHistorias.
- NIDA. (2018). *Depresoras del sistema nervioso central*. DrugFacts.
- Suarez ,monzón,Noemí. (2021). *Consumo de drogas en estudiantes ecuatorianos*. Quito: Revistas de Estudio.
- OMS. (2022). *Programa de prevención de las drogodependencias*. Universidad de Granada.
- Otero, I. (2020). *Relación entre Afrontamiento y Bienestar Psicológico*. Lima: Pontificia



Universidad Católica del Perú.

Pérez, S. Y. (2014). *Clasificación de las drogas*. La Janda.

M,S,P (2017). *Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para el consumo de sustancias psicoactivas*. Quito: Comisión de Salud Mental.

Espinell, Quingatuña.Nataly (2021). *Tratamiento psicológico en trastorno por sustancias*. Ocronos.

Rodríguez. José,L (2015). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias*.

Rojas. J, Claudio (2016). *Drogas: Interpretaciones y Abordajes desde la Psicología*.ResearchGate.

Ruiz, A. (2018). *Bienestar psicológico en pacientes internos en un Cetad*. Guatemala.

Rivera, J. A. (2017). *Diferencias sociodemográficas en el bienestar psicológico de adultos puertorriqueños*. Puerto Rico: Revista Griot.

Sanz,S. J. (2019). *Trastorno por consumo de sustancias*. Madrid.

Sepúlveda, G. (2019). *Modelo de Desarrollo*. Barcelona: Navarra.

Siebert. (2016). *La resiliencia*. Revista Psicodidáctica.

Suarez, M. A. (2019). *Bienestar psicologico y variables sociodemograficas en adulto mayor*.

Cúcuta : Revista Infometrica.

Solano, C. Y. (2018). *Factores de protección sobre el consumo de sustancias psicoactivas*.InfoDrogas.

Tena, A. (2018). *Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica*. Ciudad de México: Med. interna.

UNODC. (2019). *Problemática de las drogas*. Unión Europea.

Valencia, C. (2020). *Aceptación de ti mismo*. Madrid: Espertum.

## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento informado

#### **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: BIENESTAR PSICOLÓGICO DURANTE EN EL INTERNAMIENTO EN UN CETAD EN PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

El propósito de la información que usted leerá a continuación es tomar la decisión de participar en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

##### **Objetivo de la Investigación**

Usted ha sido invitado (a) a participar de una investigación. El propósito de esta *es medir el bienestar psicológico en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas.*

##### **Procedimiento de la Investigación**

Si usted acepta, se le aplicará el siguiente reactivo: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y la ficha sociodemográfica. Estas pruebas le tomarán un tiempo aproximado de 20 minutos. La responsable de esta evaluación es la estudiante de psicología clínica Pamela Andrade.

##### **Beneficios**

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda el cuestionario será un aporte para esta investigación, pues contribuye con los resultados al desarrollo científico de la psicología en nuestro país. Los resultados de la prueba serán entregados a los profesionales del Departamento de Psicología, para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

**Riesgo**

Esta investigación no tiene riesgos para usted o para su familia.

**Confidencialidad de la información personal y médica**

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizará exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

**Voluntariedad de la participación**

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar la participación si es su voluntad hacerlo.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la participación en este estudio.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma me entrega una copia firmada de este documento.

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

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Pamela Nicole Andrade Campoverde

Investigador Responsable

1. Firma de responsabilidad (estudiante)

---

Pamela Nicole Andrade Campoverde

**Anexo 2: Escala de Bienestar de Ryff**

### ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

A continuación se te presentan 30 afirmaciones. Te pedimos contestes con sinceridad cada una de las opciones de respuesta marcando con una (X) la opción que más se parezca a tu forma de ser (No hay opción correcta o incorrecta).

Nº	Ítems	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Cuando analizo la historia de mi vida, me siento satisfecho de cómo han resultado las cosas.					
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes comparto mis preocupaciones.					
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de las personas.					
4	Me preocupa cómo otras personas evalúan las elecciones que he hecho en mi vida.					
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.					
6	Es gratificante trazar planes para el futuro y esforzarme para hacerlos realidad.					
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.					
8	No cuento con muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.					
9	Tiendo a preocuparme por lo que los demás piensan de mí.					
10	Me juzgo a mí mismo por lo que pienso que es importante, no por los valores de los demás.					
11	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.					
12	Soy una persona activa cuando realizo los planes que me propongo.					
13	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.					
14	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.					
15	Tiendo a dejarme influenciar por personas con opiniones firmes.					
16	En general, siento que soy responsable en la situación en la que vivo.					
17	Me siento bien cuando pienso lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.					
18	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.					
19	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.					

20	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.						
21	Confío en mis propias opiniones, aun cuando son contrarias al consenso General.						
22	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
23	Tengo clara la dirección y objetivos de mi vida.						
24	Conforme pasa el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
25	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.						
26	Mantener relaciones estrechas ha sido difícil y frustrante para mí.						
27	Me resulta difícil expresar mis opiniones en temas controvertidos.						
28	Soy bastante eficiente, manejando diariamente mis responsabilidades.						
29	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.						
30	Dejé de tratar de hacer cambios importantes en mi vida hace mucho tiempo.						
31	Me siento orgulloso de quién soy y de la vida que llevo.						
32	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
33	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.						
34	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.						
35	Las experiencias nuevas me desafían a replantear lo que pienso sobre mí mismo y el mundo.						
36	Pensándolo bien, con los años no he mejorado mucho como persona.						
37	Siento que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
38	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, desarrollo y crecimiento.						
39	Si no fuera feliz en mi vida, tomaría medidas efectivas para cambiarla.						

### **Anexo 3: Ficha Sociodemográfica**

#### **FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

Edad

Escolaridad:

Estado civil:

Internamientos previos: Si                      No

Si marco Si cuanto es el número de internamiento previos

Sustancia de consumo o que consumía