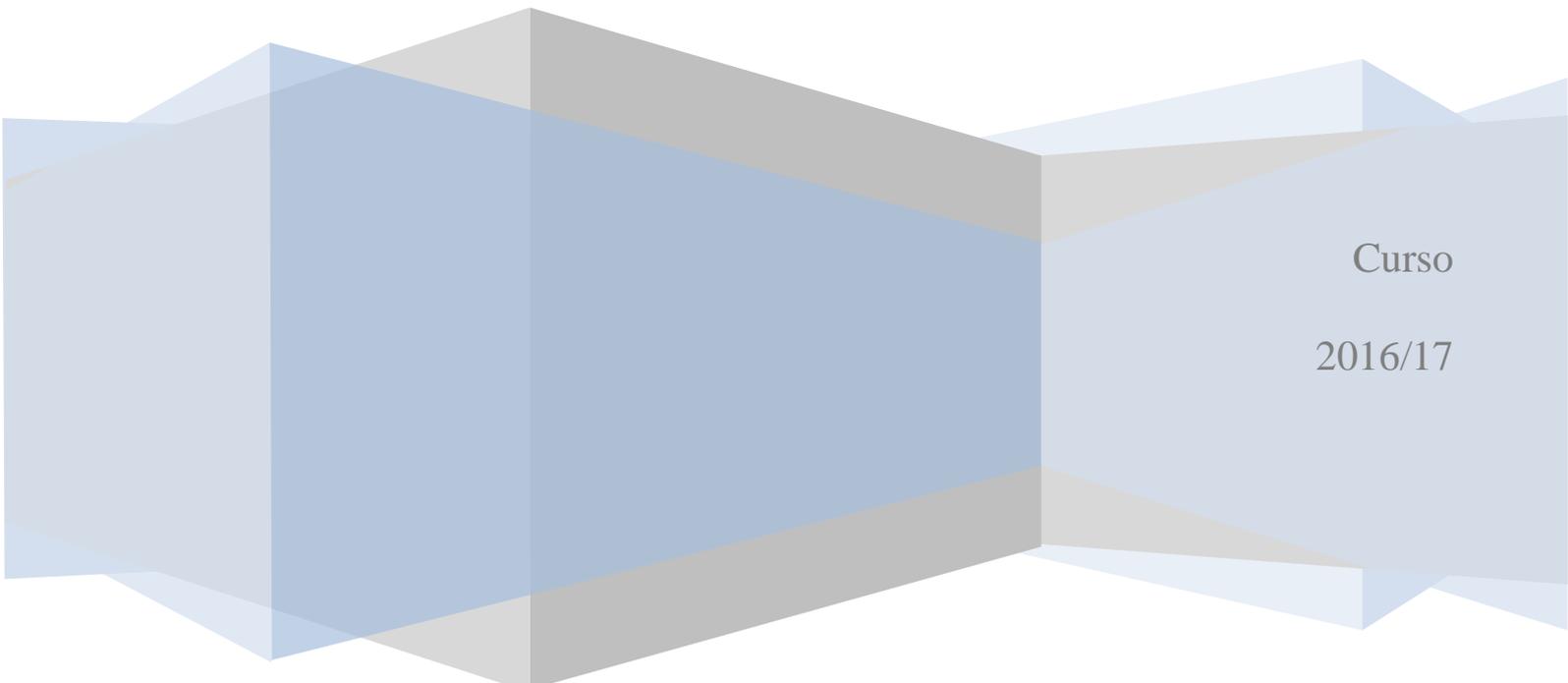


*Satisfacción con el bienestar
percibido y los factores de
influencia del consumo de
sustancias psicoactivas*

Trabajo final del Máster en Intervención Social y Comunitaria

Autora: Tamara Olivero Hernández

Tutor: Juan Manuel Herrera Hernández



Curso
2016/17

RESUMEN

Partiendo de la percepción de 146 personas adultas de características heterogéneas, este trabajo ha establecido una serie de conclusiones sobre los factores protectores que influyen para no generar una drogodependencia, y la satisfacción con el bienestar.

El método utilizado ha sido una encuesta de tipo ad hoc con preguntas abiertas y cerradas, que incluían entre otras cosas, 49 factores de protección para elegir y una escala de puntuación sobre la satisfacción y el bienestar percibidos.

En cuanto a los factores protectores más destacados en los diferentes ámbitos (personal, familiar, grupo de iguales, educativo y social y de contexto) se han determinado como los más significativos: la percepción de riesgo, la buena relación con los progenitores, la autonomía dentro del grupo de amistad, la información sobre drogas desde la escuela y las actividades sociales poco relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

Por último, se puede resaltar atendiendo a la escala de puntuación, que hay una tendencia general por parte de las personas encuestadas a manifestar bienestar y satisfacción.

ABSTRACT

Based on the perception of 146 adults with heterogeneous characteristics, this paper has established a conclusions about the protective factors that influence not to develop drug dependence, and satisfaction with well-being.

The method used was an ad hoc survey with open and closed questions, which included, among other things, 49 protection factors to choose from and a score scale on satisfaction and well-being.

The most significant protective factors in the different domains (personal, family, peer group, educational and social and context) have been: risk perception, good parenting, autonomy in the friendship group, drug information from school and social activities little related to the use of psychoactive substances.

Finally, it can be emphasized according to the scoring scale, which has a general tendency on the part of the people surveyed a manifest well-being and satisfaction.

ÍNDICE

	Página
PRESENTACIÓN	1
1. JUSTIFICACIÓN	3
1.1 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	3
1.1.1 Conceptos básicos en relación a las drogas.....	3
1.1.2 Clasificaciones de las drogas y de los distintos tipos de consumo.....	5
1.1.3 Teorías o modelos sobre el consumo de drogas.....	7
1.1.4 Consumo de sustancias psicoactivas en España.....	11
1.2 ELEMENTOS DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS.....	12
1.2.1 Riesgo.....	12
1.2.2 Protección.....	13
1.2.3 Factores de influencia.....	14
1.3 CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES EN LA SATISFACCIÓN VITAL Y EL FUNCIONAMIENTO COTIDIANO.....	21
1.3.1 Felicidad y bienestar.....	21
1.3.2 Fortalezas personales y resiliencia.....	23
2. MÉTODO	27
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	27
2.2 OBJETIVOS.....	27
2.3 PARTICIPANTES.....	27
2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	28
2.5 PROCEDIMIENTO.....	29
3. RESULTADOS	31

3.1 DATOS SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	31
3.2 DATOS SOBRE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN PERCIBIDOS COMO INFLUYENTES PARA NO GENERAR UNA DEPENDENCIA A LAS DROGAS.....	32
3.3 DATOS SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	38
4. DISCUSIÓN.....	41
5. CONCLUSIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	49

PRESENTACIÓN

El presente documento es un estudio de carácter descriptivo, y se ha basado en recoger datos a una muestra aleatoria para cumplir el objetivo de identificar en ella, su valoración percibida con respecto a la satisfacción vital y los factores de protección ante la drogodependencia.

El informe se encuentra dividido en cinco grandes apartados: el primero presenta los antecedentes teóricos como base de partida atendiendo a lo que ya está escrito sobre los temas a tratar, el segundo engloba los objetivos generales y específicos y explica detalladamente el proceso que se ha seguido (método). Los dos siguientes, presentan los resultados obtenidos y se adentran en un análisis y discusión de los mismos. En el último, se encuentran las conclusiones, es decir, se añaden puntos clave que resumen el documento. Cabe añadir, que también se cuenta con los apartados de referencias bibliográficas y de anexos.

Este estudio parte de la idea de que cuanto más se conozca el fenómeno de las drogodependencias, más grande será el éxito de intervención en la problemática. Es decir, teniendo en cuenta que el consumo de drogas es una situación presente en la sociedad actual, que preocupa por causar déficits en la calidad de vida de las personas que consumen y su entorno, tanto a los/as profesionales que trabajan en estos aspectos como a la población en general, se hace necesario ampliar los conocimientos existentes todo lo que se pueda.

En la actualidad es una evidencia que la ingesta de sustancias psicoactivas depende de determinados factores, siguiendo a Secades, García y Fernández (2006), no se trata de un factor aislado, se trata de una multitud que se establecen alrededor de diferentes ámbitos y que varían según las circunstancias y/o las personas. Siendo esto afirmativo, nace la curiosidad de establecer listados de elementos influyentes a los que ajustarse para conocer más datos sobre lo que se observa en la realidad.

Existe por tanto, una amplia gama bibliográfica de autores/as que muestran estudios de factores de más o menos influencia (algunos de ellos presentados en el apartado de antecedentes teóricos). Bien es cierto que la mayor parte de los enfoques utilizados tienden a ser de riesgo, por ello, aun haciendo alusión a ideas como la de Pinazo y Ferrer (2001), que expresan que una menor exposición a los factores considerados de

riesgo, crea una protección ante el consumo de sustancias psicoactivas, la investigación que aquí se desarrolla gira alrededor de términos positivos y de protección.

Teniendo en cuenta que se pueden definir los factores de protección como: "[...] aquellas variables (situaciones, actitudes, valores, etc.) que contribuyen a prevenir, reducir o modular el consumo de drogas" (Félix-Ortiz y Newcomb, 1992 s.r.f. Navarro, 2000, p.113), es evidente que es de utilidad poner los esfuerzos de prevención de drogodependencias en ellos. Becoña (2002) agrega que las áreas en las que actuar desde la prevención son muy diversas, y abarcan desde la familia, hasta el trabajo, la comunidad, la educación etc.

Finalmente, hay que atender a que en esta línea de trabajo se incluye, tal y como se mencionó anteriormente, la percepción de la satisfacción vital de las personas objeto de estudio. La intención que hay detrás de esta parte recae en el hecho de que los resultados puedan variar en función de esta variable, ya que si las puntuaciones generales atendiendo a todos los niveles son bajas, no estaríamos trabajando en términos positivos. De igual forma, cabe citar a Marutana (2011) que determina que tanto la felicidad como el bienestar influyen en el consumo drogas (a personas más felices, menos ingesta de las mismas).

En definitiva, el propósito de este trabajo es valorar la realidad expuesta pero desde el punto de vista de la percepción de la población de estudio, atendiendo a su vez a una división por ámbitos que permita una valoración más exacta.

1. JUSTIFICACIÓN

A continuación se presenta la justificación teórica del trabajo de investigación que se desarrolla en este documento. Se encuentra dividida en tres grandes apartados que van a permitir establecer una base sobre los temas tratados: las sustancias psicoactivas, los elementos de riesgo y protección frente al consumo de drogas y las características determinantes en la satisfacción vital y el funcionamiento cotidiano.

1.1 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Este apartado incluye todo lo referente a las sustancias psicoactivas y consta de cuatro partes diferenciadas: los conceptos básicos a tener en cuenta sobre las drogas, las clasificaciones de las mismas, los modelos y teorías existentes sobre el consumo y un acercamiento a los datos de consumo actual en España.

1.1.1 Conceptos básicos en relación a las drogas

En referencia a la definición de sustancias psicoactivas, podemos señalar que: "droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones" (OMS, s.r.f. Del Castillo et al., 2002, p.446).

Ortega (2001) según referencian Godoy y Martínez (2005), establece que en el lenguaje coloquial cuando hacemos referencia a drogas la imagen es la de unas sustancias, que tras su consumo, dejan una serie de consecuencias y problemas sociales, legales y de salud, tanto a nivel personal como público. Es decir, considera que nos preocupamos por el consumo de drogas no solo atendiendo a esta ingesta, también a las alteraciones que lleva consigo.

En definitiva, se trata de sustancias perjudiciales para las personas que la consumen y su entorno, creando con ello una inquietud en el contexto social.

A su vez, atendiendo a la forma de consumo de dichas sustancias, hay que tener en cuenta tres procesos claves que se pueden dar: el uso, el abuso y la dependencia.

Según Zaldívar (2006), no es fácil determinar el uso, abuso o dependencia a una droga porque los límites entre una denominación y otra no son exactos, se trata de un paso complejo. Así mismo, destaca que lo importante es la relación de la persona con la

sustancia, y cuando esta interrelación produce desadaptación del funcionamiento de la persona en algún aspecto de su vida, es cuando se puede establecer que se ha pasado del uso de la droga, al abuso o dependencia.

Para determinar el concepto de uso de una droga, se puede aludir a Martín y Lorenzo (2001), dichos autores determinan que el uso hace referencia meramente al consumo, a ese momento en que la ingesta aun no ha producido efectos más graves de ningún tipo (médicos, sociales, familiares...).

En cuanto al abuso, Becoña (2002) expone que se da cuando se sigue consumiendo a pesar del daño que pueda estar causando la sustancia. Y añade que la dependencia es: "un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable..." (OMS, 1992 s.r.f. Becoña, 2002, p.47).

Es decir, la dependencia a las sustancias psicoactivas es el proceso más complicado y que más afecta a las personas que lo padecen y su entorno. Para entender mejor las características de este proceso, se puede hacer alusión a la siguiente definición que añade el DSM-IV:

“Es un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)” (Valdés, 1995, p.187).

1.1.2 Clasificaciones de las drogas y de los distintos tipos de consumo

En el contexto de las sustancias psicoactivas existen numerosas clasificaciones que ayudan a comprender mejor las características de las mismas, e incluso a determinar los diferentes tipos de consumo. Algunas de esas clasificaciones se presentan a continuación:

- ❖ Atendiendo a los efectos que pueden producir sobre el Sistema Nervioso Central de una persona, podemos dividir las sustancias psicoactivas según Puyol (2006) en drogas depresoras, estimulantes o perturbadoras:

- Depresoras: se trata de aquellas que pueden bloquear el cerebro e incluso provocar un coma, hablamos de opiáceos, tranquilizantes, hipnóticos y alcohol.

- Estimulantes: al contrario de las anteriores, estas sustancias aceleran el cerebro de la persona que las consume quitando el sueño y creando un estado de hiperactividad, se trata de anfetaminas, cocaína y drogas de diseño (en menor medida también, la nicotina y las xantinas).

- Perturbadoras: este tipo de drogas tienen la capacidad de producir alteraciones en el cerebro de las personas que las ingieren, crean alucinaciones, percepciones distorsionadas... Son los alucinógenos, los derivados del cannabis, los inhalantes y las drogas de diseño.

❖ Según su condición social, las drogas pueden ser legales o ilegales. Atendiendo a Puyol (2006), se puede afirmar que las drogas legales tienen un uso social generalmente aceptado, mientras que las ilegales crean una mayor alarma. A su vez, Martín y Lorenzo (2009), establecen cuatro categorías de clasificación desde la perspectiva legal:

- Drogas institucionalizadas: se trata de aquellas en las que es legal tanto la compra como la venta, es decir, el tabaco y el alcohol.

- Drogas como fármacos: aquellas sustancias que pueden ser recetadas medicamente.

- Drogas de uso industrial: hace referencia a aquellas sustancias que no tienen el objetivo de ser ingeridas, pero se comercializan (los inhalantes).

- Drogas clandestinas: se trata de aquellas prohibidas a todos los efectos, es decir, es ilegal tanto el tráfico como la venta.

❖ Haciendo referencia a cómo es el consumo de drogas que realiza una persona, se pueden establecer según la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2017), distintos consumos:

- Consumo experimental: aquel primer contacto con alguna/as sustancias (se puede parar en este momento o seguir consumiendo la misma).

- Consumo ocasional: se da cuando hay una ingesta intermitente, sin una frecuencia establecida y con periodos de no consumo.
- Consumo habitual: se trata de una ingesta que ya es frecuente y que incluso puede conducir a otras formas de consumo.
- Consumo compulsivo: la vida de la persona gira en torno a la sustancia (dependencia ya establecida).

1.1.3 Teorías o modelos sobre el consumo de drogas

En relación al consumo de sustancias psicoactivas, hay autores que hacen referencia a una serie de teorías o modelos para comprender mejor el comportamiento de la persona que las ingiere y tener una base de influencia a la hora de realizar la intervención.

En esta línea, Becoña y Martín (2004), exponen que una de las causas de que exista una diversidad de formas de explicar el consumo de sustancias psicoactivas, se debe a la complejidad de abarcar todo lo referente a este fenómeno. Por ello, consideran que trabajar en este ámbito abre las puertas a actuar desde la prevención. Estos autores, haciendo referencia a una revisión de Becoña (1999), explican teorías y modelos existentes desde tres grandes grupos:

- ❖ Teorías o modelos parciales o basados en pocos componentes (se trata de aquellas que basan la explicación en pocos elementos):
 - Las teorías y modelos biológicos: según referencian Casas et al. (1992), se dan en el momento en que una persona después de probar la sustancia y sus efectos, soluciona sus problemas psicopatológicos, o su organismo busca autorregularse con eso.
 - El modelo de salud pública, de creencias de salud y competencias: los elementos fundamentales del modelo de salud son la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras percibidas. Seguido a este aparecen los otros dos, teniendo el de competencias como objetivo, según referencian Costa y López (1996), promover la competencia individual, de comunidades y de organizaciones.
 - Teorías del aprendizaje: explican cómo se aprenden o se pierden conductas en una persona.

- Teorías actitud-conducta: son teorías que ayudan a saber cómo será la conducta en función de la actitud, las creencias u otros componentes con los que cuente la persona.
- Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales: se trata de teorías que apelan a la autoestima, las conductas desviadas o la afectividad de la persona que consume.
- Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico: "se parte del consumo de sustancias u otro tipo de problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar" (Waldrom, 1998 s.r.f. Becoña y Martín 2009, p.104).
- El modelo social de Peele: para este autor la causa de la drogodependencia se puede encontrar en la cultura, por tener como pilares el logro y el éxito de la persona.
- Otros modelos: podemos encontrar modelos que hacen referencia a factores de riesgo y protección, a influencias de la persona y/o su entorno, o al estrés.
 - ❖ Teorías de estadios y evolutivas (buscan la explicación en los estadios o en la madurez de las personas que deciden consumir sustancias psicoactivas):
 - Modelo evolutivo de Kandel: determina que se comienza por el consumo de drogas legales, y se sigue por el de ilegales (establece unos pasos secuenciales).
 - Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente: se basa en cinco etapas que forman el proceso de consumo (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento).
 - Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al.: es un modelo que abarca varias características y destaca el contexto de las personas jóvenes, las aportaciones que tienen, y la importancia de la familia como generadora de valores sociales básicos.
 - Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie: es una teoría que tiene como base la regulación que se da a sí misma la persona consumidora de drogas.
 - Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb: pone de relieve que llevar a cabo actividades adultas de forma prematura, interfiere de forma negativa en el buen desarrollo de las mismas en el futuro.

- Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz: es un modelo que basa su explicación en los factores de riesgo de la primera infancia de la persona (principalmente temperamento), destacando que el contexto también responsable de lo que ocurra.

- Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos: se basa en que la investigación, el tratamiento y la prevención, tendrán diferentes papeles en función del momento en que se encuentre la persona consumidora.

- Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.: hace mención a que todas las conductas humanas son aprendidas, por lo que habría que trabajar desde las fuentes de socialización primaria y secundaria.

❖ Teorías integrativas y comprensivas (el objetivo de estas teorías es unir características de otras para explicar las conductas de consumo, o crear una teoría comprensiva que permita hacerlo):

- Modelo de promoción de la salud: según referencia Burkhart (2001), se trata de un modelo que sirve como paraguas optando por la educación en salud, lo que sirve por ejemplo para generar acciones preventivas.

- Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura: esta teoría tiene en cuenta el aprendizaje, la propia persona, su cognición, y el ambiente en el que se desarrolla la conducta hacia las drogas. Además insiste en la autoeficacia.

- Modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.: tiene como hipótesis que los procesos que llevan a la conducta social favorable, y los que llevan a la conducta antisocial, son parecidos. Además, destaca que la presencia de una conducta u otra en una persona estará definida por las conductas, normas y valores que tengan aquellas otras vinculadas a la misma.

- Teoría interaccional de Thomberry: combina características de teorías que se basan en el aprendizaje y en el control social. Por otro lado, se le aporta relevancia a los vínculos convencionales.

- Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor: parte de la teoría conducta-problema del mismo autor, da un gran valor como conductas de riesgo a la

pobreza, a la desigualdad y a la marginación. Y menciona la relevancia de aumentar los factores de protección y disminuir los de riesgo, además de no cargar a la persona con toda la responsabilidad.

- Modelo integrativo general de la conducta de consumo de drogas de Botwin: explica que para hacer frente al consumo de drogas, se actúa desde tres puntos (lo histórico y formativo, lo social y lo personal). Dentro de cada punto, se identificarán a su vez varias características relevantes.

- Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.: trata de actuar en relación al consumo de drogas, desde una idea clave que determina que las causas que llevan a la ingesta de estas sustancias, tienen que ver con la propia persona y el contexto mucho antes del contacto con las mismas.

- Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis: esta teoría pretende tener en cuenta los factores de influencia directa, y los de indirecta. Además, busca poder explicar las conductas habituales y las nuevas.

- Modelo de autocontrol de Santacreu y et al.: se basa principalmente en la idea de que el adolescente busca refuerzos alternativos, como búsqueda de independencia y/o autocontrol (en el que también influye el contexto).

Por otro lado, Secades, García y Fernández (2006), anuncian que la evidencia ha demostrado que la ingesta de drogas no se encuentra determinada por un factor aislado si no por multitud de elementos multidimensionales. Por ello, hacen referencia al modelo al que más recurren los autores:

- ❖ Modelo biopsicosocial: defiende que el consumo o no consumo de sustancias psicoactivas viene determinado por el contexto, los efectos de las drogas y lo vulnerable que sea la persona. A su vez, asegura que los factores que hacen que se inicie la adicción no tienen relación con los que hacen que se mantenga y que todo varía en función del individuo, la fase de consumo y los patrones que siga.

Por último, se destaca la clasificación fijada por Gutiérrez (2007) sobre los distintos modelos teóricos a tener en cuenta en el momento de la intervención en drogodependencias:

- ❖ Modelo ético-jurídico: el papel principal recae sobre las sustancias de consumo intentando que no estén al alcance, mediante procesos legislativos y control social. Todo ello, genera una represión que favorece el mercado negro y la visión negativa que se tiene hacia las personas que se mueven en el mundo de las drogas.
- ❖ Modelo médico-sanitario: el punto clave de este modelo está en los efectos nocivos de la droga en la salud que quienes la consumen. Se resalta el hecho de que la persona drogodependiente debe ser tratada como un/a enfermo/a (diagnóstico, prescripción y tratamiento).
- ❖ Modelo psicosocial: la importancia de este modelo se encuentra en el sujeto y su comportamiento en relación a sí mismo, la sustancia y el entorno. Propone como medida la información respecto a actitudes, valores y estilos de vida, es decir, un análisis de las características de las personas que tenga como fin disminuir las tendencias de consumo y la presión que se crea en los grupos.
- ❖ Modelo sociocultural: este modelo pone el énfasis en el contexto en el que está la droga, considerando que la forma en que se ve una sustancia depende del modo en que la sociedad reacciona a ella.

1.1.4 Consumo de sustancias psicoactivas en España

Para valorar el consumo actual de drogas en nuestro país y sus principales características, se puede señalar a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en su undécima encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, es decir, la EDADES (2015).

Atendiendo a ella, se puede afirmar que las drogas más consumidas corresponden a las legales, alcohol y tabaco, con un 77,6% y un 40,2% respectivamente. De igual forma, se destaca el cannabis como la droga ilegal más consumida (9,5%).

A su vez, estudiando la prevalencia y la edad de inicio, se observa que el consumo de todos los tipos de drogas está más extendido en menores de 34 años (menos el de hipnosedantes), y que las drogas de inicio más temprano se corresponden con las más consumidas (alcohol, tabaco y cannabis).

En cuanto al policonsumo, se denota como un patrón extendido que se concentra en hombres de 25 a 34 años, y que incluye en el 90% de los casos alcohol y cannabis. En función del sexo, el consumo de todas las drogas es mayor entre los hombres (excluyendo los hipnosedantes en los que las mujeres se colocan por delante).

A modo de resumen del resto de apartados de la encuesta, se resalta que se hace referencia a consumidores de cannabis problemáticos (problemas con familiares, con amigos, con la policía etc.), y que en función de la encuesta anterior, hay una tendencia ascendente en el consumo de tabaco y cocaína, y descendente en el del cannabis. Por otro lado, los éxtasis, las anfetaminas y los inhalables se posicionan en las cifras más bajas desde 2001.

Prestando atención al riesgo, las percepciones más bajas se encuentran en el cannabis, los hipnosedantes y el alcohol. Y la educación en las escuelas, se hace con el porcentaje más alto de medidas consideradas importantes para la acción.

1.2 ELEMENTOS DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS

Alrededor del consumo o no consumo de sustancias psicoactivas, existen una serie de factores de riesgo y de protección que deben considerarse para hacer frente a la problemática. Este apartado engloba las definiciones de riesgo y protección, así como, los elementos o factores de influencia a los que recurrir para determinar por qué una persona genera una dependencia a las drogas.

1.2.1 Riesgo

Al centrarnos en el estudio del concepto de riesgo se puede aludir a tres aspectos diferenciados: los factores de riesgo, las conductas de riesgo y las situaciones de riesgo.

La Organización Mundial de la Salud (2017), define los factores de riesgo como todas aquellas exposiciones de una persona a cualquier cosa que incremente su posibilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Ahora bien, en términos de drogodependencia, se trata de: "los factores asociados con un potencial mayor para el uso de drogas" (Secades, García y Fernández, 2006, p.133).

Siguiendo a Valverde y otros (2001), según referencia el Instituto Deusto de Drogodependencias (2010), se puede establecer que las conductas de riesgo son aquellas actitudes conscientes de las personas provocadas por uno o más factores de riesgo, es decir, atienden a una intención determinada.

Y a su vez, para conceptualizar una situación de riesgo, hay que tener en cuenta que se trata de: "aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social". (Cornellá i Canals, 1999, s.r.f. Instituto Deusto de las Drogodependencias, 2010, p.28).

En definitiva, el riesgo es aquella posibilidad de que ocurra algo que no es de agrado (en este caso una drogodependencia). El mismo, cuenta los elementos negativos alrededor de la persona, las conductas impropias que son aquellas que genera el propio sujeto, y las tesituras que se pueden dar en el contexto.

Por último cabe hacer alusión a dos cuestiones más. Por un lado, el hecho evidente de que los factores y las conductas de riesgo en las personas consumidoras de drogas se han analizado en profundidad durante años, dejando una serie de conclusiones a las que atender antes de realizar cualquier acción en este ámbito. Y por otro lado, a la percepción de riesgo frente a las drogas como una de las variables de mayor impacto, tanto en el inicio del consumo, como en el mantenimiento del mismo. Pastor (2000), según referencia García (2012), expone que la percepción se define desde el plano subjetivo como un proceso cognitivo individual en función de la situación de cada persona. Es decir, cada sujeto asume o no el riesgo, dependiendo de elementos perceptivos, experiencias, información, creencias y actitudes, estereotipos y motivación.

1.2.2 Protección

En contra de lo expuesto en el apartado anterior, y con el objetivo de minimizar el consumo de drogas, se encuentran los estudios de protección que incluyen los factores protectores y la prevención. Es de interés añadir, que el material literario existente recoge menos información sobre factores de protección que sobre factores de riesgo.

Los factores de protección son citados por Secades, García y Fernández (2006), como aquellos que disminuyen la probabilidad de ingerir sustancias psicoactivas. Dicho de otra forma: "[...] aquellas variables (situaciones, actitudes, valores, etc.) que contribuyen

a prevenir, reducir o modular el consumo de drogas" (Félix-Ortiz y Newcomb, 1992 s.r.f. Navarro, 2000, p.113).

Por otro lado, en el camino de búsqueda de esta protección llegamos a la prevención: "aquel entramado dinámico de estrategias que tiene como objetivo eliminar al máximo la aparición de los problemas relacionados con el uso indebido de drogas" (Plan Nacional sobre Drogas, 1996 s.r.f. Castillo y Morón, 2005, p. 245). Estos mismos autores determinan que se hace necesario insistir en que no se trata de un control de la oferta de drogas, se trata de una intención educativa, de transformación de hábitos, es decir, de fomentar estilos de vida que no son compatibles con la ingesta de estas sustancias psicoactivas (por ejemplo el saludable).

Finalmente, Becoña (2002) agrega que las áreas en las que proteger desde la prevención son muy diversas: la familia, el trabajo, la comunidad, la educación, los grupos específicos etc. Y a su vez, referencia que Gordon (1987) crea la terminología a la que se ha atendido en los últimos años, y que clasifica la prevención en drogodependencias en tres tipos:

- ❖ Universal: la destinada a la población en general, beneficiando a todos/as por igual.
- ❖ Selectiva: aquella que se dirige a un subgrupo de riesgo.
- ❖ Indicada: se realiza con personas ya consumidoras de drogas o con determinados problemas de comportamiento.

1.2.3 Factores de influencia

Con el fin de establecer una barrera que proteja frente a la ingesta de drogas, debemos tener en cuenta tanto los factores de riesgo como los de protección. Y además, saber que autores como Pinazo y Ferrer (2001), expresan que una menor exposición a los factores considerados de riesgo, crea una protección ante el consumo de sustancias psicoactivas.

Atendiendo a esta idea, si se le da a los factores de riesgo una connotación positiva, se pueden establecer como factores de protección.

A continuación se exponen los factores que actúan como influyentes en el consumo de sustancias psicoactivas, desde el punto de vista de autores/as diferentes, que los clasifican de distinta forma y les dan un enfoque de riesgo mayor o menor.

En primer lugar se encuentran Godoy y Martínez (2005), que hacen referencia a factores individuales o sociales y tienen un enfoque general de riesgo. Su análisis determina que las variables individuales son las características de la persona consumidora y sus procesos internos, mientras que las sociales, abarcan todo lo relacionado con el entorno y sus relaciones.

❖ Factores individuales:

- Edad: según referencia García (1988), el riesgo entorno a la edad lo entraña la precocidad en el uso de la sustancia.

- Grado de religiosidad: " la vinculación religiosa tiene un fuerte efecto negativo sobre el consumo de drogas" (Barrett, Simpson, Wayne y Lehman, 1988 s.r.f. Godoy y Martínez, 2005, p.26).

- Características de la personalidad: este apartado hace mención a que hay rasgos en la personalidad de las personas que tienden a ser un riesgo frente al consumo de drogas, como pueden ser; la búsqueda de nuevas sensaciones, un nivel de inseguridad alto (en referencia a la autoestima, el autoconcepto y la incapacidad de solucionar los problemas), el considerar que el control depende de factores externos y la baja tolerancia a la frustración.

- Factores cognitivos: el riesgo inmerso en procesos en los que las personas se apoyan. Por ejemplo, en sus conocimientos (información sobre drogas), sus creencias (ideas, opiniones...) y sus actitudes (en ellas entran en juego el componente afectivo, el componente comportamental y las expectativas).

- Factores comportamentales: el efecto negativo de conductas que pueden influir como un riesgo previo (el consumo de otras drogas, la existencia de otras conductas problemáticas...).

- Factores de desarrollo: una serie de características que a lo largo del desarrollo de una persona pueden influir en el consumo o no consumo de drogas. Algunas de ellas son; las

estrategias sociales para obtener una forma mejor de relacionarse y más apoyo del resto de personas, los aspectos que se transmiten desde el vínculo familiar, la forma comunicarse, la manera de enfrentarse a situaciones desconocidas....

❖ Factores sociales:

- Nivel micro ambiental: en este nivel se encuentran diferentes categorías que cuentan a su vez con varios factores de influencia. Se dividen por un lado, en factores escolares (engloban propuestas de varios autores que hacen referencia a características de riesgo como la insatisfacción escolar, un menor compromiso con las actividades académicas, el absentismo....).

Por otro lado, se tienen en cuenta las influencias tanto parentales, como de los/as hermanos/as y del grupo de amigos/as (modelo en los padres y/o hermanos/as, relaciones deficitarias, sobreprotección, mucha permisividad o dureza, incomunicación, tensión, falta de expresión de las emociones, falta de aceptación ayuda o reconocimientos, falta de apego, conflictos, consumo de drogas y actitud de los progenitores hacia ellas, tolerancia y creencia de los padres y madres hacia las drogas, conducta de consumo como aceptable en el grupo de amistad, presión dentro de él...).

- Nivel macro ambiental: este nivel cuenta con una serie de factores denominados socioculturales. Se hace referencia principalmente a el hecho de tener dinero disponible (como riesgo para una mayor compra de sustancias psicoactivas), al empleo de tiempo libre como un factor protector si se dedica a actividades poco relacionadas con las drogas y a la influencia de los medios de comunicación (crean una imagen positiva o negativa hacia las drogas).

Con una clasificación similar a la de los autores del párrafo anterior, se encuentra Gutiérrez (2007). Los factores que él considera de riesgo y/o protección frente al consumo de drogas, los divide en factores individuales y de relación con el entorno (ámbito personal, familiar, de amigos y de educación) y factores relativos al contexto (nivel social).

❖ Factores individuales y de relación con el entorno:

- Historial de abuso de alguna sustancia psicoactiva en la familia: no es determinante pero puede actuar como precedente en relación al consumo de abuso en una persona.

- Actitudes y conductas de los padres hacia las drogas: la visión parental positiva, favorece el consumo de los/as hijos/as.

- Conflictos familiares: la ausencia de lazos familiares, el no cuidado por parte de la madre etc., puede actuar como un factor de riesgo.

- La educación que recibe una persona por parte de sus padres puede ser determinante: la poca o mucha disciplina, la falta de normas consistentes, el desentendimiento o permisividad actúan como factores negativos. Pero, por otro lado, la proporción de autocontrol y toma de decisiones, así como la supervisión, generan protección.

- Alto interés por una búsqueda de sensaciones en su vida: incluso por base biológica, las personas que presentan este factor tienden a un mayor consumo que las que no lo presentan.

- Los valores: se observa que las personas que consumen drogas tienden a dar mayor importancia a los valores personales que al resto. Por otro lado, actúan como protectores los factores éticos, morales, sociales...

- Conductas problemáticas: hay estudios que confirman una conexión entre el consumo de drogas y comportamientos agresivos, problemas para relacionarse, hiperactividad, problemas de autocontrol...

- Fracaso escolar: el éxito escolar actuaría como protección frente al consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el fracaso en el ámbito educativo es una cuestión de riesgo.

- Consumo de drogas por parte del grupo de iguales: sobre todo se destaca como un gran riesgo la presión que el grupo ejerce, y como percibe la persona las creencias del mismo.

❖ Factores relativos al contexto:

- Estar inmerso en problemáticas sociales y económicas: destacando que se hace referencia a pobrezas extremas, y que se debe tener en cuenta como un factor de riesgo, la disponibilidad económica.

- Percepción social del riesgo de algunas sustancias psicoactivas: está comprobado que cuanto menor es la idea de riesgo que se tiene sobre las drogas, más predisposición existe hacia una ingesta de las mismas.

- Disponibilidad y acceso a las drogas: se añade que cuanto más fácil de conseguir son las drogas, más se consume (tanto legales como ilegales). Además hay que tener en cuenta que muchas veces la percepción que tiene una persona del acceso a las mismas, crea ya un alto riesgo de consumo.

- Las drogas como algo permitido y aceptado en la sociedad de la persona: por ejemplo, las normas y las leyes en contra de la ingesta de sustancias psicoactivas...consiguen ser una barrera de protección, pero si no están claras o no existen, todo lo contrario. Cabe aclarar que este factor tiene mayor consecuencia cuando se trata de drogas ilegales porque las legales suelen estar más aceptadas.

- Falta de organización en las comunidades: se necesitan sociedades con amplios lazos, recursos etc., de lo contrario esta carencia puede actuar como un riesgo en relación al consumo de drogas.

- Movilidad de las personas a lo largo de su vida: determinados estudios atribuyen un mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, cuando se sufren cambios de residencia, de trabajo o de colegio.

- Medios de comunicación: si desde los medios de comunicación se difunde la idea de que el consumo de drogas está relacionado con aspectos de placer, de éxito.... la ingesta de la población puede ser mayor.

Por último cabe hacer alusión a Peñafiel (2009), que establece un análisis de las variables de forma más amplia y detallada. Para una mayor comprensión, las divide en factores individuales (en relación a la forma ser, de sentirse y de comportarse) y factores relacionales (aspectos que determinan en cada caso una situación peculiar).

❖ Factores individuales:

- Edad: el rango de edad que se señala con un mayor riesgo es el de los 13-15 años. Además se resalta que los patrones de consumo, aumentan con la edad hasta después de los 18-24 años que empiezan a descender.

- Sexo: desde siempre se relaciona una mayor predisposición de consumo en hombres, cuestión que en los últimos años se ha ido igualando.
- Actitudes, creencias y valores: dependiendo de estas características las personas tendrán un balance positivo o negativo hacia el consumo. Según referencia Peñafiel (2009), Ruiz, Lozano y Polaino (1994), destacan como factores protectores la satisfacción de la persona con su vida, la religiosidad y las actitudes saludables.
- Percepción del riesgo: a veces dicha percepción de riesgo es baja por la información con la que se cuenta, es decir, las personas toman decisiones sin tener en cuenta las consecuencias negativas.
- Habilidades sociales: en ocasiones la falta de estas habilidades propicia el consumo. Haciendo referencia a Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989), la autora explica que se trata de tener las capacidades y recursos que consigan relaciones idóneas y adaptadas a la realidad, además de expresar los sentimientos y las emociones.
- Autoconcepto y autoestima: las personas con menor autoconcepto o autoestima tienen un mayor riesgo para el consumo. De igual forma, se determina que puedes tener diferentes percepciones sobre tu persona, en función del ámbito al que te refieras.
- Autocontrol: se trata del poder que tiene el sujeto para controlar lo que siente y cómo se comporta. Cuanto menor sea el autocontrol, mayor será el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas (López et al., 2003 s.r.f. Peñafiel, 2009, p.151).
- Experimentación y búsqueda de sensaciones: por un lado, la experiencia crea en el individuo que consume, unas expectativas que decidirán su comportamiento futuro. Por el otro, según referencia la autora, Nadal (2007) establece una relación significativa entre un interés por la búsqueda de sensaciones y un aumento en el consumo de drogas.
- Accesibilidad a las drogas: se establece un riesgo en relación al fácil acceso y la disponibilidad de las sustancias psicoactivas.
- Personalidad antisocial y problemas de conducta: según referencia la autora, Muñoz, Graña, Peña y Andreu (2002), destacan que en España cuando hay conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas, el consumo de drogas que se espera es mayor.

- Conformidad con las normas sociales: esta conformidad actuará como factor de protección (de lo contrario como de riesgo), ya que el contexto social de la persona regula el consumo de sustancias psicoactivas. En algunos casos se hace mediante procesos legales, y en otros basta con las normas que se encuentran aceptadas socialmente.

- Tolerancia a la frustración: la autora afirma, haciendo referencia a Turbi et al. (2005), que las personas que no toleran la frustración pueden refugiarse en el consumo como un medio de búsqueda de satisfacción. Es decir, la baja tolerancia estaría determinada como un factor de riesgo.

- Aprobación social y autonomía respecto al grupo: "En este sentido, la escasa resistencia a la incitación grupal está relacionada con una actitud predisponente al consumo de sustancias" (Villa Moral et al., 2006 s.r.f. Peñafiel, 2009, p.153).

❖ Factores relacionales:

- La escuela: los principales factores de riesgo y/o protección frente a las drogas en el ámbito educativo son; las experiencias negativas como una predisposición a un consumo mayor, el fracaso escolar y el autoconcepto académico como riesgo o protección, dependiendo de la experiencia de la persona y el tipo y tamaño de escuela.

Además, el clima escolar y estilo educativo pueden favorecer una visión positiva o negativa hacia el consumo de drogas, y el contacto con la familia y la existencia de normas para el no consumo, actúan como factores protectores.

- Grupo de iguales: este ámbito es imprescindible porque el grupo de compañeros/as es el que va sustituyendo a la familia entre los jóvenes. Por ello, los factores de influencia son; el consumo de los amigos/as (imitación al grupo) y la adaptación al mismo, ya que: "muchos estudios han señalado que la baja aceptación y el rechazo emocional por parte del grupo de iguales/amigos y/o mantener continuos problemas de relación con ellos parecen también poner a los jóvenes en una situación de riesgo [...]" (Muñoz y Graña, 2007 s.r.f. Peñafiel, 2009, p.155).

Por otro lado están las actividades de ocio (que dependiendo de cuáles sean, son más o menos predictivas del consumo), y el dinero disponible como factor de riesgo (aunque se destaca que hay jóvenes que eluden esta condición e ingieren drogas de igual forma).

- Familia: atendiendo a que la familia es el primer núcleo de desarrollo de una persona, es evidente que proporciona una serie de factores que se pueden relacionar con el consumo o no consumo de drogas. Uno de estos elementos, es la estructura y composición de la familia. Puede actuar como factor de riesgo (ausencia de alguno de los progenitores, reestructuración), y como causa de protección, ya que según referencia la autora siguiendo a Martínez y otros (2003), hay que tener en cuenta la calidad de la atención que se le proporciona a un sujeto.

Por otro lado, el estatus socioeconómico se evidencia como un riesgo que facilita la accesibilidad a las drogas, además de que a mayores problemas económicos, afectivos... mayor consumo. También se encuentran las relaciones afectivas y la comunicación entre progenitores e hijos/as, que pueden inclinar o no hacia un mayor consumo. De igual forma, están las prácticas educativas de las figuras paternas (el riesgo está en la poca o mucha disciplina, las malas forma de comunicación, la falta de límites y normas, la falta de implicación de un progenitor... y la protección, en los buenos hábitos de supervisión y el fomento de la toma de decisiones y autocontrol). Por último, se encuentran la influencia de progenitores y hermanos/as como modelos, y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo (en beneficio o no del consumo en el sujeto).

En definitiva, todos/as los/as autores/as citados establecen diferentes principios que consideran que pueden ser reflejo de un mayor o menor consumo, es decir, fuentes de riesgo o de protección. Se puede determinar a su vez, que coinciden en varios de los factores mencionados, y que crean categorías en función de la persona como sujeto de consumo y su contexto más amplio (familia, amigos, entorno social...).

1.3 CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES EN LA SATISFACCIÓN VITAL Y EL FUNCIONAMIENTO COTIDIANO

El siguiente apartado presenta una síntesis de características que influyen en el desarrollo de la vida de las personas y en cómo se sienten. Para ello, está apoyado en la felicidad y el bienestar, y en las fortalezas personales y la resiliencia.

1.3.1 Felicidad y bienestar

Según la Real Academia Española (2014), el bienestar hace referencia a:

- "1. m. Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien.
2. m. Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad.
3. m. Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica"

A su vez, el bienestar subjetivo se puede definir: "[...] como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva" (Veenhoven, 1984 s.r.f. García, 2002, p.6). Según este autor el individuo utiliza dos componentes para evaluar este bienestar; sus pensamientos y sus afectos. El primero representa el desacuerdo entre las aspiraciones y lo que ha conseguido, el segundo el agrado o desagrado que siente hacia sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes.

Por su parte, Alarcón (2015) es un autor que determina que en la literatura actual se utiliza con frecuencia el término bienestar subjetivo como sinónimo de felicidad. Cabe añadir que la felicidad: "es un estado de satisfacción, más o menos duradero, que experimenta subjetivamente un individuo en posesión de un bien deseado" (Alarcón, 2015, p.28).

En relación a este último concepto, hay que atender a ideas como la de Herrera (2009), que expone que se tiende a creer que la felicidad depende de las situaciones en las que vivimos, cuando en realidad se trata de la forma en que se percibe o se lee la realidad. Según referencia este autor, la teoría constructiva de la felicidad, y los estudios de investigación (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999) expresan que la felicidad obedece en un 10% a lo que tenemos, en un 50% a aspectos hereditarios (que no tienen cambios) y en un 40% a la intención que se tenga, es decir, a que se haga y la forma en la que se haga.

En cuanto a las teorías de la felicidad, se puede señalar también a los tres grandes grupos que presenta Bueno (2005), que permiten un mayor acercamiento a la información que existe en este ámbito:

- ❖ Grupo de teorías descendentes: incluye aquellas que tienen como característica el querer derivar la infelicidad de la felicidad.

- ❖ Grupo de las teorías ascendentes: al contrario que el grupo anterior, abarca aquellas teorías que intentan derivar la felicidad de la infelicidad.
- ❖ Grupo de las teorías neutras: se trata de las teorías que buscan otro tipo de relaciones, más allá de las mencionadas anteriormente.

Por otro lado, con el fin de relacionar los conceptos de bienestar y felicidad, se cita a Diener y Diener (1995), que según referencia García (2002), determina que ambos conceptos se pueden agrupar atendiendo a tres categorías:

- ❖ 1°. El bienestar como la valoración que hace una persona sobre su vida y su satisfacción con la misma en términos positivos, es decir, lo feliz que es.
- ❖ 2°. El autor referencia la idea de Bradburn (1969): la felicidad atendiendo a la comparación de los sentimientos o afectos positivos, frente a los negativos, es decir, es el juicio que hacen las personas. Se trata del bienestar en su uso cotidiano.
- ❖ 3°. Según referencia García (2002), Coan (1997): establece la concepción de la felicidad como una virtud. No es una cuestión de bienestar subjetivo, se trata de una cualidad a obtener.

Por último cabe hacer referencia al hecho de que la felicidad y el bienestar pueden jugar un papel influyente en el consumo de sustancias psicoactivas. Marutana (2011), defiende que las inquietudes en relación al futuro, la falta de horizontes claros en la vida de una persona..., plantean situaciones de amenaza y angustia, es decir, contrarias a las deseadas. El autor considera este aspecto como importante por estar presente en la sociedad actual y porque puede hacer que la búsqueda de felicidad se refugie en recursos alternativos como las drogas (para el olvido momentáneo de los problemas).

1.3.2 Fortalezas personales y resiliencia

En consonancia con el apartado anterior, existen otra serie de elementos de influencia en la vida diaria que establecen las características de una persona y definen su manera de comportarse. Para acercarnos más a este ámbito tan amplio, vamos a estudiar las fortalezas personales y la resiliencia.

En cuanto a la definición de las fortalezas personales se puede atender a la idea de Nomen (2016), que establece que son todas aquellas que determinan un buen carácter, es decir, se puede considerar un sinónimo de las virtudes que presenta una persona, sus rasgos positivos. Se debe hacer una reseña a que esta autora expone que las fortalezas personales se relacionan con el bienestar y la satisfacción vital, y según referencia a Parck y Petterson (2006) y Petterson y Sligman (2004), los humanos contamos con una serie de virtudes principales de las que se derivan el resto más específicas, siendo las básicas las seis siguientes: saber y conocer, coraje, humanidad, justicia, capacidad de moderación y trascendencia.

Por otro lado señalando a Brooks y Golstein (2004), se puede conceptualizar la resiliencia como la capacidad que tiene una persona de presuponer o tener actitudes hacia sí misma, que influyan en la conducta que desarrolla. Además, determinan que el concepto resiliente no debería establecerse solamente alrededor de aquellas personas que han tenido una situación delicada en su vida, si no que tendría que ser un objetivo básico en la vida de cualquier sujeto.

A su vez, estos autores establecen que las presunciones que realiza la persona tratan específicamente de la propia mentalidad que tenga, por lo que hablaríamos de mentalidades resilientes. Es decir, no eres un sujeto libre de problemas, estrés o presiones, pero tienes la capacidad de no hundirte en esas situaciones cuando aparecen. Destaca el hecho de que las mentalidades también tienen potencial para cambiar, por lo que las personas siempre están en posición de crear actitudes resilientes.

En la misma línea y siguiendo a Nomen (2016), se puede valorar la resiliencia como el conjunto de aptitudes y conductas (en términos de positividad) que tiene un individuo, para superar los infortunios que se le presentan en su vida. Además y según referencia dicha autora, Wolen (1992/1999) presenta aquellos pilares que manejan las personas que ven desafíos donde hay adversidad:

1. La introspección (analizarse a uno/a mismo/a)
2. La interdependencia
3. La capacidad de relacionarse
4. El hecho de ponerse a prueba (lo que denota control y responsabilidad)

5. El humor y la creatividad

6. La ética (atendiendo a los valores y la moral de cada persona)

Por otra parte, una manera distinta de enumerar específicamente las particularidades de las personas resiliente,s es la siguiente:

"Sentido de la autoestima fuerte y flexible, independencia de pensamiento y de acción, habilidad para dar y recibir en las relaciones con los demás, alto grado de disciplina y de sentido de la responsabilidad, reconocimiento y desarrollo de sus propias capacidades, una mente abierta y receptiva a nuevas ideas, una disposición para soñar, gran variedad de intereses, un refinado sentido del humor, la percepción de sus propios sentimientos y de los sentimientos de los demás, capacidad para comunicar estos sentimientos de manera adecuada, una gran tolerancia al sufrimiento, capacidad de concentración, las experiencias personales son interpretadas con un sentido de esperanza, capacidad de afrontamiento, apoyo social, la existencia de un propósito significativo en la vida, la creencia de que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor y la creencia de que uno puede aprender con sus experiencias, sean éstas positivas o negativas" (Fernández-Abascal y otros, 2009 s.r.f. Nomen, 2016, p.265).

Para finalizar, cabe hacer mención al modelo teórico propuesto por Gutierrez y Romero (2014). Este modelo afirma una conexión entre la resiliencia y una visión desfavorable del consumo de drogas. Fue creado con el fin de predecir en un grupo de jóvenes la percepción de la satisfacción vital y las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas, y se basa en tres hipótesis:

- ❖ La autoestima, el apoyo social y la inteligencia emocional se relacionan con la resiliencia.
- ❖ La resiliencia tiene una conexión directa con el bienestar subjetivo e indirecta con la visión positiva del consumo de drogas.

- ❖ La satisfacción vital y las actitudes a favor de la ingesta de sustancias psicoactivas tienen una correlación negativa.

Una vez revisados los antecedentes teóricos del tema objeto de estudio, se describen en el apartado siguiente, el método y los procedimientos llevados a cabo para la realización del mismo.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de carácter descriptivo. Ha consistido en detallar la percepción de la realidad de las personas objeto de estudio, atendiendo por un lado, a los factores que consideran que han influido en su vida para no haber generado una dependencia a las drogas, y por el otro, a la satisfacción vital que presentan en la actualidad.

2.2 OBJETIVOS

❖ General:

- Conocer la valoración percibida respecto a la satisfacción vital y los factores de protección ante la drogodependencia, de la población objeto de estudio.

❖ Específicos:

- Identificar cuáles son los factores de protección frente a la drogodependencia que se perciben como más influyentes, y cuáles menos.

- Elaborar un listado de consejos y/o recomendaciones que aporte claves preventivas frente a la drogodependencia, resultante de las aportaciones de los/as participantes.

- Conocer si las personas encuestadas perciben estar satisfechas con su vida, en función de las características y/o rasgos que perciben de ellos mismos/as.

2.3 PARTICIPANTES

La población objeto de estudio se ha determinado atendiendo a un procedimiento aleatorio, voluntario y anónimo, que muestra como resultado final un grupo de 146 personas de diferentes sexos, edades y características.

La única condición para poder participar en esta investigación fue la de tener la mayoría de edad (más de 18 años), ya que se trata de un tema que no condiciona la obtención de respuestas en función de los elementos mencionados. Es más, la edad actúa como factor

de vivencias y experiencias, lo que favorece una visión más diversa y general en la encuesta, consiguiendo por tanto resultados más enriquecedores.

A continuación se presenta una tabla que describe los detalles sociodemográficos de los/as participantes:

Variab les		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujeres	101	69,2
	Hombres	45	38,8
Total		146	100
Edad	18-23 años	56	38,4
	24-29 años	40	27,4
	30-35 años	17	11,6
	36- 41 años	13	8,9
	42-47 años	5	3,4
	48-53 años	9	6,2
	54-59 años	4	2,7
	60 o más años	2	1,4
Total		146	100
Ocupación	Trabajo	72	49,3
	Estudio	43	29,5
	Ambos	25	17,1
	Ninguna	6	4,1
Total		146	100
Residencia	Canarias	138	94,5
	Otras C.A	5	3,4
	Otros países	3	2,1
Total		146	100

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En relación a las técnicas e instrumentos que se han utilizado, se puede hacer referencia a que la técnica principal ha consistido en crear una encuesta de tipo ad hoc (aquellas que se hacen para obtener una información determinada), se ha hecho de forma online desde Google cuestionarios (ANEXO 1).

Sobre el instrumento utilizado (dicho cuestionario), cabe añadir que contaba con preguntas abiertas y preguntas cerradas en las que marcar lo que se consideraba necesario, en función de unas opciones ya establecidas.

En cuanto a su composición se revela que tenía cuatro apartados diferenciados. El primero de ellos aludía a los datos sociodemográficos de las personas (sexo, edad, ocupación y residencia) y el siguiente a los datos de consumo de sustancias psicoactivas, es decir, las personas determinaban su ingesta de diferentes drogas eligiendo entre un no consumo, un consumo experimental, un consumo ocasional, un consumo habitual o un consumo excesivo.

El tercer apartado establecía un listado de factores de protección en diferentes ámbitos (personal, familiar, grupo de iguales, educativo y social o de contexto), con el fin de que los/as participantes, marcaran aquellos que consideraban que habían influido a lo largo de su vida para no generar una drogodependencia.

Por su parte, el último apartado consistía en una escala de tipo likert. En ella la población objeto de estudio identificaba de 1 a 10 su grado de acuerdo o desacuerdo con características y/o rasgos que expresaban la satisfacción percibida.

Además, el cuestionario exponía tres tipos de preguntas abiertas que respondían a: los factores de protección frente a drogas que consideraban que podían faltar, los consejos o recomendaciones para evitar la drogodependencia, y las razones o motivos de satisfacción actual.

En relación a los criterios de ponderación utilizados, se valoraron el número de factores marcados y cuáles eran los más destacables en cada ámbito. En cuanto a la escala likert se realizó una suma de la puntuación de cada variable, atendiendo a que la máxima que se podía obtener era de 140 puntos.

Por último se puede aludir a la línea temporal con la que se preguntaba en el cuestionario, ya que contaba con dos partes diferenciadas. Una de ellas atendía a la retrospectiva de las personas (los factores que le han influido para no generar una dependencia a las sustancias psicoactivas) y la otra al presente (satisfacción actual percibida).

2.5 PROCEDIMIENTO

En el estudio realizado los puntos que se han llevado a cabo se pueden resumir de la siguiente forma:

- Se determinaron las líneas de trabajo de la investigación.
- Se estableció la forma de preguntar sobre las diferentes cuestiones. Por ejemplo, para tratar la influencia de los factores, se decidió redactar en términos de protección, es decir, dar una visión más positiva.

La forma en que se sintetizaron y reagruparon los factores en ámbitos diferentes fue por creación propia. Para ello, se atendió a las visiones de los/as diferentes autores/as expuestas en la introducción o los antecedentes teóricos de este trabajo. Consiguiendo así, que el cuestionario recogiera el mayor número de factores y variables que se destacan. De igual forma, se procedió en la pregunta sobre la satisfacción percibida.

- Se creó el cuestionario con las conclusiones establecidas tras la síntesis mencionada.
- Se recogieron los datos entre los días 24, 25 y 26 de mayo de 2017. Para ello, se difundió el link de la encuesta por diferentes redes sociales y aplicaciones pidiendo colaboración para llegar al mayor número de personas posible (facebook y whatsapp). Con lo obtenido, se realizó una primera lectura global.
- Se introdujeron los datos resultantes en el programa de ordenador SPSS. Lo que permitió poder realizar un análisis descriptivo más profundo de los mismos.

Cabe añadir que la naturaleza de los datos y la información es mixta, puesto que es tanto de tipo cuantitativo como cualitativo. Los resultados finales se han expresado mediante gráficos y tablas: de frecuencias y porcentajes, de medidas estadísticas descriptivas y de resumen de las preguntas abiertas.

Por otro lado, se destaca que no se manipuló ninguna variable de las obtenidas.

- Se resumieron las principales cuestiones obtenidas en las preguntas abiertas.
- Se observaron los resultados totales con el objetivo de analizarlos, discutirlos y establecer conclusiones del trabajo.

3. RESULTADOS

Antes de desarrollar este apartado, cabe establecer el perfil de las personas participantes en este estudio de investigación. Resaltando los datos principales de la tabla expuesta en el apartado de método, se puede determinar que hay una mayoría de mujeres participantes (69,2%) y que el rango de edad es amplio, encontrándose más de la mitad de las personas entre los 18 y los 29 años (sumando ambos porcentajes un 65,8%).

En cuanto a la ocupación actual, destaca que casi la mitad trabaja (49,3%), seguidos de aquellos/as que estudian. Y atendiendo a la residencia, un 94,5% de la muestra expone que vive en Canarias.

Ahora bien, este punto contiene el resto de los resultados obtenidos de la investigación que se ha llevado a cabo. Dichos resultados se encuentran divididos en 3 grandes bloques que contienen a su vez diversas variables estudiadas: datos sobre el consumo de sustancias psicoactivas, datos sobre los factores de protección percibidos como influyentes para no generar una dependencia a las drogas y datos sobre la situación actual.

3.1 DATOS SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El apartado sobre el consumo de sustancias psicoactivas, contiene una tabla descriptiva que determina con que asiduidad ingieren las personas encuestadas cada una de las drogas que se le presentan.

Tabla 1: Frecuencia de consumo

Consumo	Nunca		C. Exp.		C.Ocas.		C.Hab.		C.Exc.		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tabaco	48	32,9	67	45,9	15	10,3	6	4,1	10	6,8	146	100
Alcohol	5	3,4	73	50	47	32,2	21	14,4	0	0	146	100
Cannabis	67	45,9	72	49,3	3	2	2	1,4	2	1,4	146	100
Benzodiac.	116	79,4	25	17,1	3	2	1	0,7	1	0,7	146	100

La tabla expuesta muestra las cuatro sustancias con porcentajes más destacables, el resto de sustancias se encuentran presentadas en una tabla más amplia en el ANEXO 2.

Ahora bien, en cuanto a los valores más bajos de no haber consumido nunca, el primer lugar lo ocupa el alcohol con un 3,4%, seguido del tabaco con un 32,9% y del cannabis con un 45,9%.

Si se alude al consumo experimental, se establece un patrón contrario al anterior. Un 50% de las personas ha experimentado con el alcohol, un 49,3% con el cannabis y un 45,9% con el tabaco.

Por otro lado, el consumo ocasional revela una suma del 42,5% entre alcohol y tabaco. Y en cuanto a la ingesta habitual, el porcentaje más alto se encuentra en el alcohol con un 14,4% de las personas, seguido del tabaco (4,1%) y el cannabis (1,4%).

Finalmente y atendiendo al consumo excesivo, solo existe un 6,8% en tabaco, un 1,4% en cannabis y un 0,7% en benzodiazepinas.

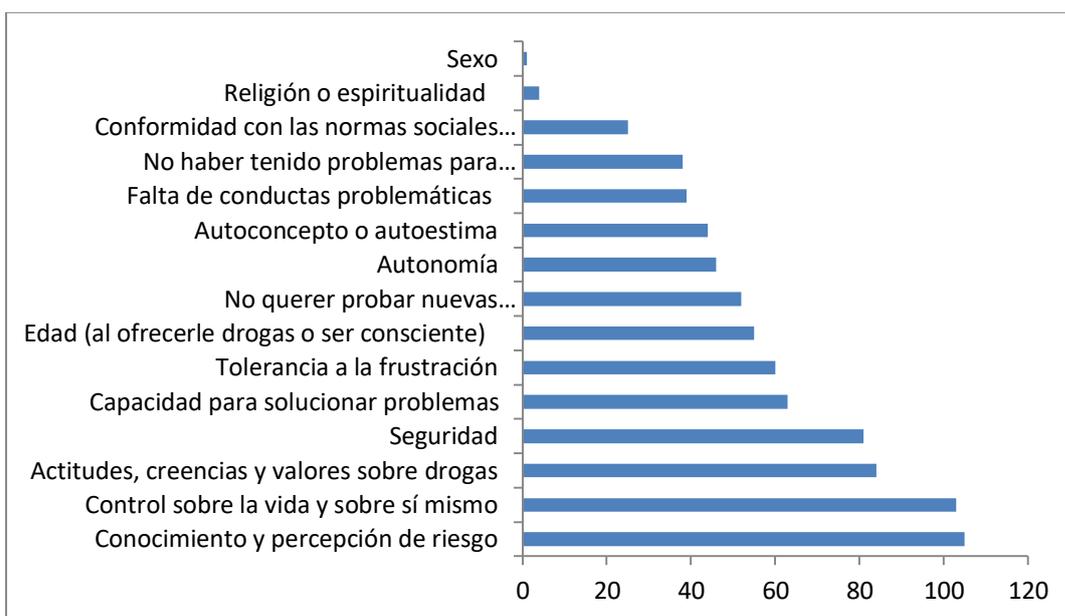
3.2 DATOS SOBRE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN PERCIBIDOS COMO INFLUYENTES PARA NO GENERAR UNA DEPENDENCIA A LAS DROGAS

Esta parte introduce los resultados relativos a los factores de protección que se perciben como más influyentes por las personas encuestadas. Se encuentran organizados de mayor a menor frecuencia y divididos en los cinco ámbitos previamente establecidos: personal, familiar, grupo de iguales, educativo y social y de contexto.

Por otro lado, se determinan los factores que los/as individuos/as consideran importantes añadir a los ya presentados y un listado de consejos o recomendaciones que darían a una persona para que no genere una drogodependencia.

Tabla 2: Ámbito personal

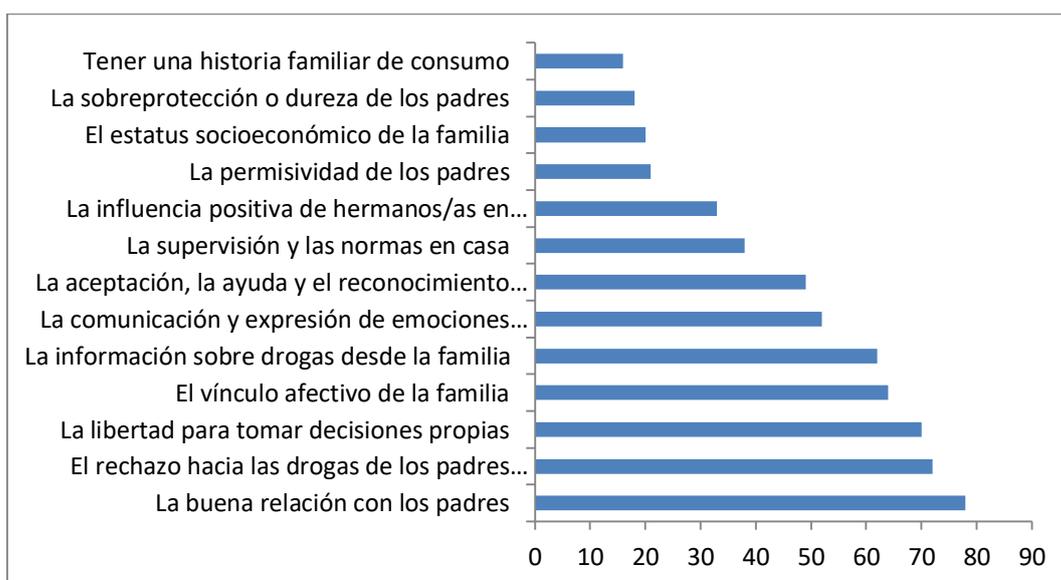
Factores	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento y percepción de riesgo	105	71,9
Control sobre la vida y sobre sí mismo	103	70,5
Actitudes, creencias y valores sobre drogas	84	57,5
Seguridad	81	55,5
Capacidad para solucionar problemas	63	43,1
Tolerancia a la frustración	60	41,1
Edad (al ofrecerle drogas o ser consciente)	55	37,7
No querer probar nuevas sensaciones/experiencias	52	35,6
Autonomía	46	31,5
Autoconcepto o autoestima	44	30,1
Falta de conductas problemáticas	39	26,7
No haber tenido problemas para relacionarse	38	26
Conformidad con las normas sociales antidrogas	25	17,1
Religión o espiritualidad	4	2,7
Sexo	1	0,7



En lo que respecta a los factores del ámbito personal, se observa el mayor porcentaje en los conocimientos y la percepción del riesgo con un 71,9% del total de las personas. Le siguen los referentes al control sobre su vida y sobre sí mismo (70,5%) y las actitudes, las creencias y los valores sobre las drogas (57,5%). El resto de valores son inferiores al 50% de los/las encuestados/as, exceptuando la seguridad con un 55,5%.

Tabla 3: Ámbito familiar

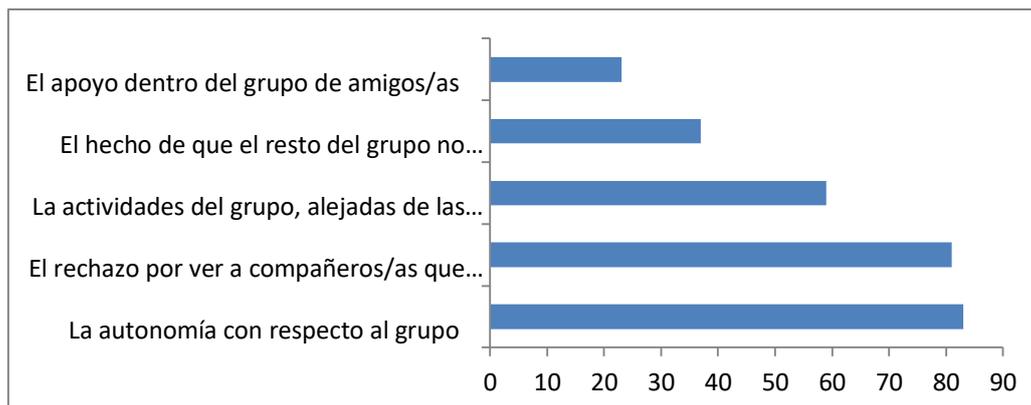
Factores	Frecuencia	Porcentaje
La buena relación con los padres	78	53,4
El rechazo hacia las drogas de los padres (modelo)	72	49,3
La libertad para tomar decisiones propias	70	47,9
El vínculo afectivo de la familia	64	43,8
La información sobre drogas desde la familia	62	42,5
La comunicación y expresión de emociones en la familia	52	35,6
La aceptación, la ayuda y el reconocimiento de logros	49	33,6
La supervisión y las normas en casa	38	26
La influencia positiva de hermanos/as en cuanto a drogas	33	22,6
La permisividad de los padres	21	14,4
El estatus socioeconómico de la familia	20	13,7
La sobreprotección o dureza de los padres	18	12,3
Tener una historia familiar de consumo	16	10,9



En cuanto a los factores protectores influyentes en el ámbito familiar, los porcentajes más altos están en la buena relación con los padres, el rechazo hacia las drogas por parte de los mismos y la libertad para tomar decisiones propias en la familia, con un 53,4%, un 49,3% y un 47,9 respectivamente. A estos porcentajes, le siguen de cerca el vínculo afectivo existente y la información sobre drogas en la familia.

Tabla 4: Ámbito del grupo de iguales

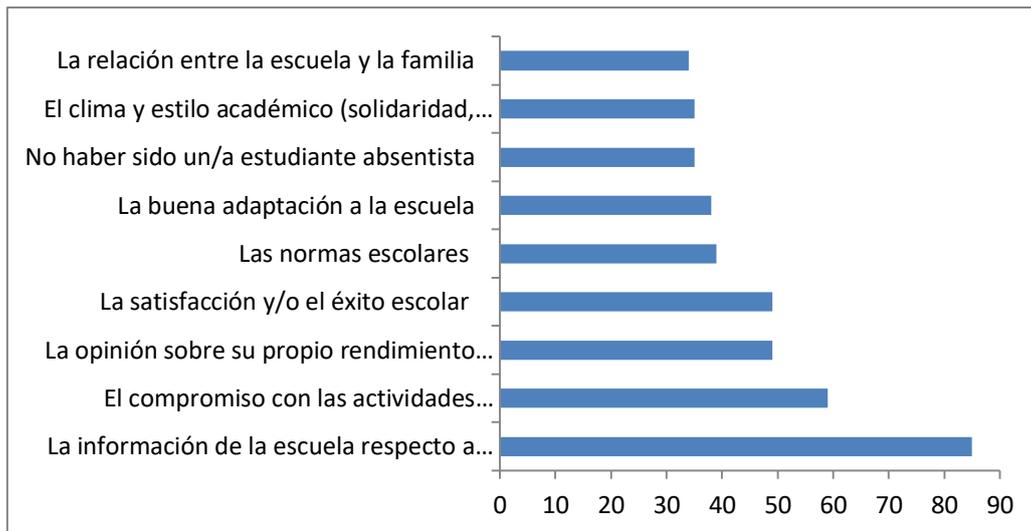
Factores	Frecuencia	Porcentaje
La autonomía con respecto al grupo	83	56,8
El rechazo por ver a compañeros/as que consumían	81	55,5
La actividades del grupo, alejadas de las drogas	59	40,4
El hecho de que el resto del grupo no consumiera	37	25,3
El apoyo dentro del grupo de amigos/as	23	15,7



La tabla y el gráfico anterior, muestran que en este ámbito los factores más valorados son la autonomía con respecto al grupo en un 56,8% del total de los casos, el rechazo producido por ver a compañeros/as que consumían en un 55,5% y las actividades del grupo alejadas de las drogas, en un 40,4%.

Tabla 5: Ámbito educativo

Factores	Frecuencia	Porcentaje
La información de la escuela respecto a drogas	85	58,2
El compromiso con las actividades académicas	59	40,4
La opinión sobre su propio rendimiento académico	49	33,6
La satisfacción y/o el éxito escolar	49	33,6
Las normas escolares contra el consumo de drogas	39	26,7
La buena adaptación a la escuela	38	26
No haber sido un/a estudiante absentista	35	24
El clima y estilo académico (solidaridad, integración...)	35	24
La relación entre la escuela y la familia	34	23,3



En los factores del ámbito educativo, el porcentaje mayor corresponde con una gran diferencia a la información de la escuela respecto a drogas, con un 58,2% del total. A su vez, el factor que más aproxima su valor a este es el compromiso con las actividades académicas (40,4%).

Tabla 6: Ámbito social y de contexto

Factores	Frecuencia	Porcentaje
El tiempo libre no relacionado con las drogas	87	59,6
La idea social sobre drogas (normas, leyes...)	80	54,8
Los lazos sociales con los que contaba	45	30,8
El lugar de residencia	26	17,8
La influencia de los medios de comunicación	25	17,1
El poco dinero disponible	20	13,7
La falta de disponibilidad y acceso a las drogas	19	13



En este apartado se observa que más de la mitad de las personas ha marcado como factores protectores, el tiempo libre no relacionado con las drogas (59,6%) y la idea social sobre las mismas (54,8%). El valor que le sigue es de 30,8% y se corresponde con la influencia de los lazos sociales.

Tabla 7: Elección de factores

N	Rango	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.	Mediana	Moda
146	38	1	39	16,47	7,67	15,5	13

Para hacer referencia al número de factores marcados por cada persona participante, se puede señalar que marcaron una media de 16,47 factores, teniendo esta una desviación típica de 7,67. A su vez, La mediana indica que en 15,5 se puede dividir a la muestra en dos partes y la moda que 13 es el número de factores con mayor frecuencia.

Por otro lado se añade que el rango es de 38, con un mínimo de 1 factor y un máximo de 39 factores marcados. De igual forma, en el ANEXO 3 se puede encontrar un gráfico que refleja lo aquí descrito.

Tabla 8: Otros factores de influencia significativos para los participantes (pregunta abierta)

Ámbito	Frecuencia	Factores
Personal	2	- El miedo - Malas experiencias con otras personas
Familiar	1	- Los valores de la familia
Del grupo de iguales	1	- Los valores del grupo

En relación a la pregunta abierta en la que las personas de la investigación añadían factores no incluidos, se destaca que solamente son cuatro las aportaciones. De esta forma, en el ámbito educativo y en el social no se añade nada nuevo.

Al personal se le suma el miedo a las sustancias y las malas experiencias previas, y en el familiar y de grupo de iguales, se incorporan los valores (siendo la propuesta de un mismo sujeto en ambos casos).

Tabla 9: Consejos y recomendaciones añadidos para evitar generar una dependencia a las drogas (pregunta abierta)

Consejo y/o recomendación	Frecuencia
Pensar en la parte negativa, destrucción de ti y lo que te rodea	39
Reconocer el problema y pedir ayuda y apoyo (entorno y/o profesionales)	38
No probarlas o evitar un consumo excesivo	17
Valorarse, quererse y trabajar aspectos clave (autocontrol, metas...)	17
Cambiar hábitos a aquellos más sanos (música, deporte...)	15
Informarse sobre drogas y efectos, ver historias de drogodependientes...	12
Mejor no dar consejos, ya que sólo depende de esa persona	8

En cuanto a los consejos o recomendaciones expuestos, se observa que más de la mitad optan por apelar a la parte negativa de las sustancias psicoactivas o a la búsqueda de apoyo y ayuda, 77 personas en suma.

Otra parte, propone soluciones más enfocadas a parar el consumo y al trabajo individual de cada sujeto (hacer énfasis en sus características, cambiar hábitos y mejorar la información). Estas cuatro categorías, suman las aportaciones de 61 personas.

Finalmente, 8 personas determinan no aportar ideas porque creen que es una cuestión que no depende de ellas.

3.3 DATOS SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL

Las variables que encierran todo lo relativo al presente de las personas encuestadas, se encuentran en este bloque. El contenido es el siguiente: las puntuaciones de la escala sobre satisfacción y bienestar, y lo recogido en una pregunta abierta sobre las razones o motivos de la misma.

Tabla 10: Puntuación de la escala de satisfacción

N	Rango	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.	Mediana	Moda
146	119	21	140	97,73	37,43	113,5	127

La puntuación máxima que se puede obtener en la escala de satisfacción vital es de 140 (suma del valor otorgado a cada variable de la misma). Dichos resultados, dejan

determinar lo siguiente: la puntuación media es de 97,73, siendo la desviación típica bastante alta (37,43).

De la igual forma, la mediana que dividiría la muestra en dos partes se encuentra en 113,5, la moda apunta que la puntuación más obtenida es 127, y el rango en el que se mueven los datos es de 119 (con un mínimo de 21 y un máximo de 140).

Tabla 11: Puntuación de la escala de satisfacción por rangos

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
111-120 puntos	33	22,6
121-130 puntos	26	17,8
131-140 puntos	25	17,1
Total	146	100

La tabla de frecuencias y porcentajes está dividida en función de los tres rangos de mayor puntuación, ya que el 57,5% de los datos se encuentra entre estas tres categorías. Cabe destacar que el resto de rangos se incluyen en una tabla más amplia en el ANEXO 4, que además se acompaña de un gráfico.

De lo expuesto en este apartado, se observa que el porcentaje más alto se encuentra en el rango de 111-120 puntos, con un 22,6%. A este dato le siguen los rangos de 121-130 y 131-140, con un 17,8% y un 17,1% respectivamente.

Tabla 12: Razones y motivos de satisfacción (pregunta abierta)

Satisfacción	Frecuencia	Razones y/o motivos
Si	126	<ul style="list-style-type: none"> - Atributos personales (adaptación, equilibrio, fuerza...) - Las personas que tienen a su alrededor - Tienen todo, no pueden quejarse o pedir más - Han cumplido expectativas, lo que habían planeado... - Están contentos con su persona y lo que les rodea - Visión de presente y futuro con metas y objetivos
Si, con matices	12	<ul style="list-style-type: none"> - Hay aspectos que pueden mejorar - Inestabilidad laboral - Tienen que mejorar relaciones familiares
No	6	<ul style="list-style-type: none"> - No han cumplido objetivos

- Falta de trabajo y estabilidad económica
- Problemas familiares

Sin contestación 2

Atendiendo a que la tabla anterior, expone de mayor a menor frecuencia lo referente a las razones o motivos de la satisfacción percibida, se observa lo siguiente: la mayor parte de la muestra manifiesta encontrarse satisfecha, un total de 138 de los/as encuestados/as. Por otro lado, hay quien referencia estar bien pero con matices.

De la misma forma, 6 afirman no estar contentos/as y 2 no respondieron a dicha pregunta.

4. DISCUSIÓN

Tras determinar en el apartado anterior los resultados de la investigación, se añade en esta sección el análisis de los mismos que se detalla a continuación:

De los datos de este estudio, se desprende que las personas participantes hacen uso de sustancias de manera puntual u ocasional, y sólo algún caso, se refiere un consumo elevado y frecuente. Este resultado coincide con la encuesta EDADES (2015), que refleja que las drogas de mayor consumo en España son las legales (alcohol y tabaco) y el cannabis, siendo estas sustancias a su vez las más consumidas por los/as participantes. Por otra parte se denota que a medida que el “continuum de consumo” avanza (experimental-ocasional-habitual-excesivo), los porcentajes de consumo disminuyen, lo que indica que en el proceso se dan otros factores que influyen o protegen frente a estos riesgos.

A su vez, atendiendo a lo descrito anteriormente y centrándonos en los casos en que si existe un consumo excesivo, se determina que la droga que tiende a crear mayor dependencia entre las personas participantes es el tabaco (6,8%), seguido del hecho de que hay dos casos de consumo en exceso de cannabis y uno de benzodiazepinas. Todo ello plantea una problemática distinta, ya que se puede tratar de una situación que la persona no controla totalmente. Recordando las palabras de Becoña (2002), la OMS define este proceso como un deseo de consumo fuerte y a veces insuperable.

En relación a los resultados obtenidos alrededor de los factores que han actuado como protectores en cada uno de los ámbitos planteados, se confirma la importancia de la percepción de riesgo, puesto que no solo destaca en las bases teóricas expuestas en este documento, también es marcada como la categoría más influyente a nivel personal. Esto alude a la idea de Pastor (2000), que según referencia García (2012), define dicha percepción como un proceso cognitivo de la persona en función de su situación, es decir, los contextos de las personas que han seleccionado este factor han sido creadores de dicha percepción. De igual forma, si hacemos alusión a la idea de Peñafiel (2009), se puede concluir que este factor es significativo porque han contado con suficiente información sobre el tema objeto de estudio.

Por su parte, el ámbito familiar destaca la influencia parental como lo más determinante y positivo, ya que el factor más seleccionado es la buena relación con los padres,

seguido del modelo de rechazo hacia las drogas por parte de los mismos. Se concluye por tanto que los padres juegan un papel claro en el consumo de drogas de sus hijos/as, pudiendo contribuir a evitarlo trabajando el trato que mantienen con los mismos y actuando como ejemplo.

Respecto a los resultados obtenidos en el ámbito del grupo de iguales, sobre la capacidad de tomar decisiones propias dentro del mismo (56,8%), se puede afirmar siguiendo la aportación de Villa Moral et al. (2006), que referenciaba Peñafiel (2009) en sus factores: que las personas encuestadas no tienen una actitud que predisponga al consumo de drogas, porque la resistencia a la incitación grupal es más alta con autonomía.

Si valoramos los datos del ámbito educativo se concluye que coinciden con la encuesta EDADES (2015), porque la educación en la escuela tiene el porcentaje más alto en referencia a las medidas consideradas importantes para intervenir frente al consumo de drogas. En este caso, la información proporcionada desde la misma ha sido el factor más seleccionado, por un 58,2% de las personas encuestadas.

Lo último a destacar entorno a la elección de los factores por ámbitos, es que la mayor parte de la muestra confirma, en lo social o de contexto, lo expuesto por Godoy (2005): se genera una protección frente a la ingesta de drogas al utilizar el tiempo libre en actividades poco relacionadas con las mismas, 54,8% en este caso.

Ahora bien, en cuanto al número de factores seleccionados, ninguna persona de la investigación marcó el total de los mismos (149), o no marcó ninguno. En consecuencia a estos resultados, se encuentra el acierto en la idea de Secades, García y Fernández (2006), que exponen que todo varía en función de los individuos, los momentos etc., y que la evidencia ha demostrado que en el consumo de sustancias psicoactivas, son muchos los elementos a tener en cuenta en una gran diversidad de dimensiones. Es decir, cada persona encuestada ha seleccionado unos factores u otros, en función su situación concreta.

En cuanto a cómo se encuentran las personas encuestadas en la actualidad, llama la atención que muestran en general una valoración positiva de su satisfacción y bienestar. Es decir, tienden a percibir que son felices, ya que Alarcón (2015) determina que se utilizan como sinónimos los conceptos de bienestar y felicidad, siendo este último: “un

estado de satisfacción, más o menos duradero, que experimenta subjetivamente un individuo en posesión de un bien deseado”. Además, teniendo en cuenta que los resultados son en función de sus sensaciones actuales cabe resaltar la idea de Herrera (2009), que expone que hay una tendencia a creer que la felicidad depende de las situaciones en las que vivimos y que se valora de forma perceptiva.

Finalmente, el listado que alude a las razones y/o motivos de satisfacción coincide con las puntuaciones mencionadas anteriormente, las personas encuestadas vuelven a manifestar que están satisfechas. Indagando un poco más, se resalta que la principal causa de ese bienestar se la atribuyen a características personales, lo que confirma lo expuesto en la teoría constructiva de la felicidad, y los estudios de investigación (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999), en donde tal y como referencia Herrera (2009), se expresa que la felicidad depende en un 40% de la intención que se tiene, es decir, de lo que se hace y de la forma en la que se hace.

5. CONCLUSIONES

Las diferentes variables estudiadas han dejado unos resultados que permiten afirmar que se han cumplido el objetivo general y los objetivos específicos. Después de ello, cabe hacer mención a una serie de conclusiones en este estudio de investigación:

- ❖ El perfil de la población objeto de la investigación responde a: una mayoría de mujeres (69,2%), principalmente jóvenes, con un porcentaje alto de ocupación actual en trabajo (49,3%) y con Canarias resaltando como la principal zona de residencia (94,5%).
- ❖ Las drogas de mayor consumo en nuestro país son las legales (alcohol y tabaco), y en cuanto a las ilegales destaca el cannabis, cuestión que se cumple en la muestra recogida. Destacando entre ellas el tabaco como aquella que genera mayor dependencia en la población objeto de estudio.
- ❖ Los factores protectores que se han determinado en esta investigación como los más influyentes en cada uno de los ámbitos estudiados, son: los conocimientos y la percepción de riesgo (71,9%) en el ámbito personal, la buena relación con los progenitores (53,4%) en el ámbito familiar, la autonomía con respecto al grupo (56,8%) en el ámbito del grupo de iguales, la información sobre drogas proporcionada desde la escuela (58,2%) en el ámbito educativo y utilizar el tiempo libre en actividades poco relacionadas con las drogas (59,6%) en el ámbito social y de contexto.
- ❖ Ninguna persona de las que conforman la muestra de este estudio dejó todos los factores sin marcar y apenas se incluyen factores no añadidos en la pregunta abierta. Esto deja de manifiesto que los factores presentados eran suficientes para cubrir lo que percibe el total de los/as encuestados/as sobre los aspectos que han sido significativos a lo largo de su vida, para no generar una dependencia a las sustancias psicoactivas.
- ❖ Los/as individuos/as que han realizado la encuesta han seleccionado una media de 16,47 factores, siendo 13 el número de factores más marcado. Y además ninguno de ellos ha marcado el total de los factores presentados. Todo esto lleva a concluir que se debe a la gran diversidad de circunstancias concretas que

presentan los/as encuestados/as de este estudio, que les pueden llevar a seleccionar unos u otros, sin olvidar el hecho de que estamos ante un tema tan difícil de abarcar que puede variar incluso en una misma persona.

- ❖ La puntuación máxima de la escala de satisfacción y bienestar era de 140, más de la mitad de los casos se posicionó en un rango entre 111 y 140. Es decir, las personas del estudio perciben en su mayoría estar satisfechas. Cuestión que vuelven a reflejar en la pregunta abierta, aportando como razones o motivos principales los atributos personales (adaptación, equilibrio, fuerza...) o las personas que tienen a su alrededor.
- ❖ Los resultados obtenidos, recogen información que permite ampliar lo relativo a los factores de protección con vistas a la prevención del consumo de drogas en los diferentes ámbitos de estudio. Así como, plantear un acercamiento en cuanto a la satisfacción y el bienestar percibido se refiere.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ Alarcón, R. (2015). La idea de la felicidad. *Apuntes de Ciencia y Sociedad*, 5(1), 6-9.
- ❖ Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- ❖ Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- ❖ Brooks, R. y Goldstein, S. (2004). *El poder de la resiliencia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- ❖ Bueno, G. (2005). *El mito de la felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- ❖ Castillo, A. y Morón, J.A. (2005). Drogas y comunidad. Estrategias de prevención comunitaria de las drogodependencias desde el ámbito local. En García, A. y Sánchez, A.M., *Drogas, sociedad y educación* (pp. 243-258).
- ❖ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2015). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España*. Recuperado de: http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
- ❖ Del Castillo, L., Mondragón, J., Trigueros, I., González, J.M., Herrero, G., Ania, J.M., ... y Miñarro, R.M. (2002). *Asistentes Sociales del Instituto Catalán de la Salud*. Sevilla: Mad.
- ❖ Fundación de Ayuda contra la Drogadicción: FAD. (2017). *Información sobre sustancias*. Recuperado de: <http://www.fad.es/sustancias>
- ❖ García, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12 (2), 133-151.
- ❖ García, M.A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, 6, 1-36.
- ❖ Godoy, J.J. y Martínez, T. (2005). *Prevención de drogodependencias en adolescentes*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

- ❖ Gutiérrez, A. (2007). Contextualización de las drogas en España. En Gutiérrez, A. (coord)., *Drogodependencias y Trabajo Social* (pp. 17-51). Madrid: Ediciones Académicas.
- ❖ Gutiérrez, M. y Romero, I. 2014. Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de psicología*, 30 (2), 608-619.
- ❖ Herrera, J.M. (2009). *Manual práctico para la gestión de organizaciones proveedoras de servicios sociales*. Tenerife: Fotocopias Drago.
- ❖ Instituto Deusto de Drogodependencias. (2010). *El discurso de los jóvenes en internet*. Bilbao: Deusto Publicaciones.
- ❖ Martín, M. y Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Lorenzo, P., Leza, J.C., Ladero, J.M. y Lizasoain, I., *Drogodependencias* (pp. 1-25). Madrid: Médica Panamericana.
- ❖ Marutana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22 (1), 98-109.
- ❖ Navarro, J. (coor). (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: EDIS.
- ❖ Nomen, L. (2016). *50 técnicas psicoterapéuticas*. Madrid: Pirámide.
- ❖ Organización Mundial de la Salud: OMS. (2017). *Factores de riesgo*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- ❖ Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32,147-173.
- ❖ Pinazo, S. y Ferrer, X. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección del consumo de drogas en adolescentes. En Yubero, S. (coord)., *Drogas y drogadicción. Un enfoque social y preventivo* (pp. 107-140). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

- ❖ Puyol, B. (2006). Trabajo Social en drogodependencias. En Santana, J.D. (coord.), *Manual de prácticas en Trabajo Social* (pp. 97-121). Tenerife: Benchomo.
- ❖ Real Academia Española: RAE. (2014). *Bienestar*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=bienestar>
- ❖ Secades, R., García, O. y Fernández, J.R. (2006). Bases científicas de la prevención del consumo de drogas. En López, F. (coord.), *Drogas y adicciones en la sociedad actual* (pp.133-168). Almería: Universidad de Almería.
- ❖ Valdés, M. (coord.). (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- ❖ Zaldívar, F. (2006). Del uso al abuso de las drogas. Propuestas de evaluación de la conducta adictiva. En López, F. (coord.), *Drogas y adicciones en la sociedad actual* (pp.71-106). Almería: Universidad de Almería.

ANEXOS

❖ ANEXO 1:

Mi nombre es Tamara Olivero Hernández y me dirijo a usted para pedirle que cumplimente esta encuesta. Su único fin es el de realizar un Trabajo Final del Máster en Intervención Social y Comunitaria, de la Universidad de La Laguna.

El tema que trata es el consumo de drogas (factores influyentes) y la satisfacción vital, los datos son totalmente anónimos y no hay respuestas buenas ni malas, solamente se ruega contestar con sinceridad.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Sexo:

Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	-------	--------------------------

 - Edad: _____

- Actualmente:

Estudio	<input type="checkbox"/>	Trabajo	<input type="checkbox"/>	Ambas cosas	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------

- Lugar de residencia: _____

2. DATOS SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En la siguiente tabla aparece un listado con diferentes sustancias, se debe marcar con una "x" en el espacio en blanco que se crea conveniente en función del consumo que se realiza.

SUSTANCIA	FORMA DE CONSUMO				
	Nunca	Consumo experimental (la he probado, la he consumido alguna vez)	De forma ocasional (por ejemplo en vacaciones, cumpleaños, carnavales etc.)	Consumo habitual (todas las semanas, los fines de semana...)	Consumo excesivo (con mucha frecuencia, a diario...)

Tabaco					
Alcohol					
Cannabis (marihuana, hachís)					
Opiáceos (opio, heroína, morfina, metadona, codeína)					
Cocaína (cocaína en polvo, basuko, crack)					
Drogas de síntesis (éxtasis, GHB, ketamina, PCP)					
Alucinógenos (hongos, setas, MDA, LSD, DOM...)					
Anfetaminas					
Inhalantes (disolventes, aerosoles, gases, nitritos)					
Benzodiazepinas (sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, relajantes...)					

3. DATOS SOBRE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN PERCIBIDOS COMO INFLUYENTES PARA NO GENERAR UNA DEPENDENCIA A LAS DROGAS

A continuación se exponen 5 ámbitos diferentes de su vida. Cada ámbito cuenta con una serie de factores, se trata de marcar con una "x" aquellos que considere que han influido en que no sea una persona dependiente a las drogas en la actualidad. Además, se incluyen una serie de preguntas abiertas en las que brevemente puede incluir factores que falten.

ÁMBITO PERSONAL	
La edad que tenía (cuando se me ofrecieron las drogas o fui consciente de ellas)	
El ser hombre o mujer	
Mi religión o espiritualidad	
Mi autoconcepto o autoestima	
Mi seguridad	
El no querer probar nuevas sensaciones o experimentar en este ámbito	
Mi capacidad para solucionar problemas	
El tener control sobre mi vida y sobre mí mismo/a	
Mi tolerancia a la frustración (saber aceptar y asumir que las cosas cambien, o no salgan como yo espero)	
Haber tenido conocimientos adecuados acerca de las drogas y mi percepción sobre los riesgos de las mismas	
Mis actitudes, creencias y valores con respecto a las drogas	
La falta de conductas problemáticas en mi entorno	
Mi autonomía	
El no haber tenido problemas para relacionarme con el resto de personas	
La conformidad con las normas sociales (aquellas que rechazan las drogas)	
<p>➤ ¿Hay algún factor no incluido de este ámbito que quieras destacar por su influencia? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

ÁMBITO FAMILIAR	
El estatus socioeconómico de mi familia	
La buena relación con mis padres	
El modelo de rechazo hacia las drogas que veía en mis padres	
El tener una historia familiar de consumo	
La sobreprotección o dureza con la que mis padres me criaron	
La permisividad que tuve por parte de mis padres	
La supervisión y las normas que tenía en casa	
La comunicación y la expresión de las emociones en mi familia	
La información que me dieron mis padres sobre las drogas	
El haber tenido en casa aceptación, ayuda y reconocimiento de mis logros	
El sentimiento de libertad para tomar decisiones propias	
La influencia positiva de mis hermanos/as en referencia a las drogas	
El vínculo afectivo existente en mi familia	
<p>➤ ¿Hay algún factor no incluido de este ámbito que quieras destacar por su influencia? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

ÁMBITO DE GRUPO DE IGUALES	
El hecho de que mis compañeros no consumieran drogas (yo también me adaptaba a esa conducta)	
El rechazo que me producían las drogas al ver las consecuencias en compañeros del grupo que sí consumían	
El apoyo que yo sentía dentro de mi grupo de amigos/as	
Mi autonomía con respecto al grupo	
Las actividades que realizábamos en grupo, alejadas del mundo de las drogas	
<p>➤ ¿Hay algún factor no incluido de este ámbito que quieras destacar por su influencia? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

ÁMBITO EDUCATIVO	
La información desde la escuela con respecto a las drogas	
La opinión que yo tenía sobre mi propio rendimiento académico (autoconcepto)	
La satisfacción y/o el éxito escolar	
Mi compromiso con las actividades académicas	
El no haber sido un/a estudiante absentista en la escuela	
La buena adaptación a la escuela	
La relación existente entre la escuela y mi familia	
Las normas escolares contra el consumo de drogas	
El buen clima escolar y de estilo académico (se favorecía la democracia, la participación, la solidaridad, la integración etc.)	
<p>➤ ¿Hay algún factor no incluido de este ámbito que quieras destacar por su influencia? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

ÁMBITO SOCIAL O DE CONTEXTO	
El empleo del tiempo libre en actividades poco relacionadas con las drogas	
El poco dinero disponible	
La influencia de los medios de comunicación	
Mi lugar de residencia	
La falta de disponibilidad y el acceso a las drogas	
La idea social sobre las drogas (leyes, normas y no aceptación)	
Los lazos sociales con los que contaba	
<p>➤ ¿Hay algún factor no incluido de este ámbito que quieras destacar por su influencia? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

- En general, ¿Qué consejo o recomendación de darías a una persona que usa o abusa de alguna droga para que no genere una dependencia?

4. DATOS SOBRE SU SITUACIÓN ACTUAL

Finalmente se presenta una escala que recoge diferentes ítems en relación a la forma en que valora su vida y sus habilidades o fortalezas actualmente. Se responde con una “x” en el espacio en blanco en el que se crea conveniente, atendiendo a que el 1 hace referencia a un rasgo o característica que no tiene presencia en su forma de ser o de actuar, y el 10 hace referencia a un rasgo o característica que está totalmente presente en su vida.

ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Me considero una persona con una autoestima fuerte										
2. Siento que tengo independencia para pensar y actuar como considere oportuno										
3. El apoyo social que recibo es suficiente y positivo, y además tengo habilidades para dar y recibir en las relaciones con los demás										
4. Soy una persona responsable y con disciplina										
5. Reconozco y desarrollo aquellas capacidades que se me dan bien										
6. Tengo la mente abierta y soy receptiva a nuevas ideas										
7. Me gusta soñar y tengo propósitos significativos en mi vida										
8. En mi vida tengo intereses de										

distinto tipo										
9. Me considero una persona con un buen sentido del humor										
10. Se percibir los sentimientos y comunicarlos										
11. Siento que soy una persona con una alta capacidad de tolerancia a la frustración y/o sufrimiento (se aceptar y asumir que las cosas cambien, o no salgan como yo espero)										
12. Soy capaz de concentrarme cuando lo necesito										
13. Tengo capacidad de afrontamiento, lo que ocurre me lo tomo con esperanza y creo que de las experiencias se aprende										
14. Creo que soy capaz de influir en lo que pasa a mi alrededor										

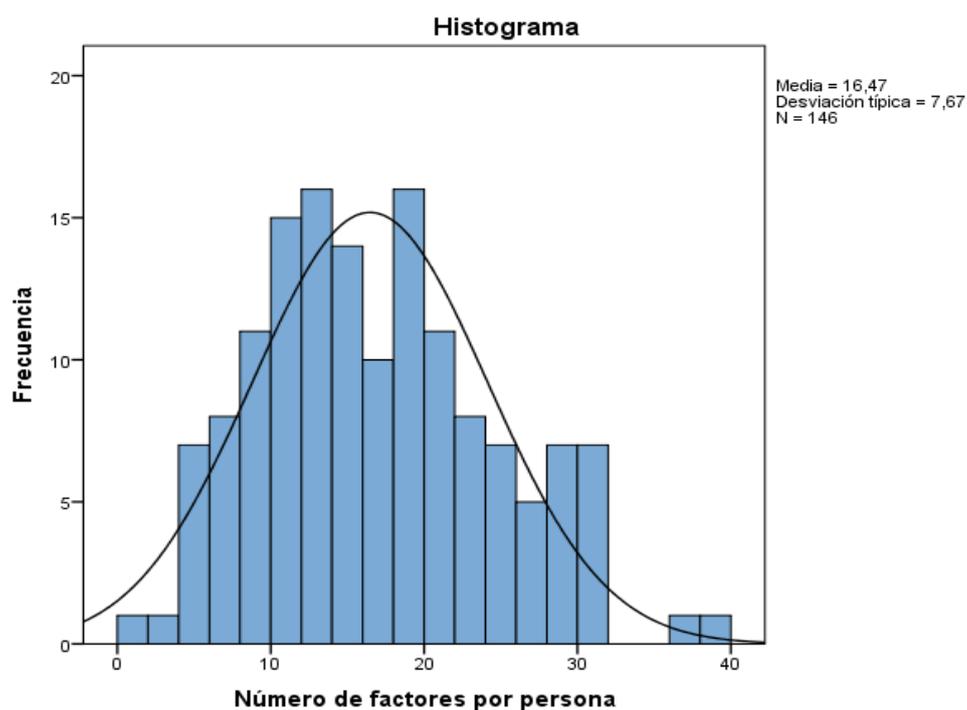
➤ En general, ¿te encuentras satisfecho/a con tu vida actual y tu situación personal?

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

❖ ANEXO 2:

Consumo	Nunca		C. Exp.		C.Ocas.		C.Hab.		C.Exc.		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tabaco	48	32,9	67	45,9	15	10,3	6	4,1	10	6,8	146	100
Alcohol	5	3,4	73	50	47	32,2	21	14,4	0	0	146	100
Cannabis	67	45,9	72	49,3	3	2	2	1,4	2	1,4	146	100
Benzodiac.	116	79,4	25	17,1	3	2	1	0,7	1	0,7	146	100
Opiáceos	143	97,9	3	2	0	0	0	0	0	0	146	100
Cocaína	140	95,9	4	2,7	1	0,7	1	0,7	0	0	146	100
D. de síntesis	142	97,3	3	2	1	0,7	0	0	0	0	146	100
Alucinógenos	137	93,8	9	6,2	0	0	0	0	0	0	146	100
Anfetaminas	142	97,3	3	2	1	0,7	0	0	0	0	146	100
Inhalantes	140	95,9	5	3,4	1	0,7	0	0	0	0	146	100

❖ ANEXO 3:



❖ ANEXO 4:

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
21-30 puntos	5	3,4
31-40 puntos	21	14,4
41-50 puntos	6	4,1
51-60 puntos	4	2,7
61-70 puntos	2	1,4
71-80 puntos	3	2
81-90 puntos	2	1,4
91-100 puntos	8	5,5
101-110 puntos	11	7,5
111-120 puntos	33	22,6
121-130 puntos	26	17,8
131-140 puntos	25	17,1
Total	146	100

