



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutico “Casa de la Juventud” de San Juan de Lurigancho, 2018.

Tesis para optar el título profesional de licenciada en Psicología

AUTORA:

Bach. Katya Victoria Amao Quispe

ASESOR:

Mag. Frey Antonio Campana Cruzado

LIMA – PERÚ

2019

HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR

.....
Mg. José Rafael Rodríguez Falla

Presidente

.....
Lic. Humberto Jovino Hidalgo

Jiménez

Miembro

.....
Lic. Enrique Eduardo Cruz

Rodríguez

Miembro

.....
Mg. Frey Antonio Campana Cruzado

Asesor

AGRADECIMIENTO

En el 2014 egrese de la carrera profesional de psicología, después de cuatro años decido culminar con esta etapa universitaria, dando gracias a Dios, y a todas las personas que me motivan en la vida para lograr mis objetivos.

DEDICATORIA

Para mi madre Lucila por el esfuerzo de sacarme adelante y su amor incondicional; para mi padre Melchor porque siempre respeta mis decisiones y confía en mí, para mis queridos hermanos; J. David y J. Anderson que a pesar de las situaciones en nuestras vidas son mi motivación e inspiración.

RESUMEN

Esta investigación tuvo el objetivo de evaluar el nivel de valoración personal, autoestima, y satisfacción vital de personas adictas a sustancias psicotrópicas de la comunidad terapéutica “Casa de la juventud” de San Juan de Lurigancho, 2018, el tipo de investigación es observacional, de nivel descriptivo y diseño epidemiológico. La población estuvo conformada por todos los internos que son varones, de la comunidad terapéutica, de la cual solo se tomó en cuenta a los internos que tenían más de dos semanas desintoxicados.

Para la obtención de datos se emplearon 2 tipos de instrumentos, Escala de Autoestima de Rosenberg y Escala de Satisfacción de Vida de Ed Diener, el procesamiento y el análisis de los datos se ejecutaron a través del software SPSS 22.0, y con ello se desarrolló las tablas gráficas y porcentuales para tener como resultado las conclusiones y recomendaciones, para poder beneficiar a la comunidad terapéutica y a otras entidades interesadas en el tema.

Palabra clave: Autoestima, satisfacción vital, adicción, sustancia psicoactiva, pobreza material.

ABSTRACT

This research had the objective of evaluating the level of personal assessment, self-esteem, and life satisfaction of people addicted to psychotropic substances of the therapeutic community "Casa de la juventud" of San Juan de Lurigancho, 2018, the type of research is observational, descriptive level and epidemiological design. The population was made up of all the inmates who are males, of the therapeutic community, of which only inmates who had more than two weeks detoxified were taken into account.

To obtain data, 2 types of instruments were used, the Rosenberg Self-esteem Scale and the Ed Diener Life Satisfaction Scale, the processing and analysis of the data were executed through the SPSS 22.0 software, and with this the graphic and percentage tables to have as a result the conclusions and recommendations, in order to benefit the therapeutic community and other entities interested in the subject.

Keyword: Self-esteem, life satisfaction, addiction, psychoactive substance, material poverty.

CONTENIDO

CONTENIDO	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	5
2.1. Antecedentes.....	6
2.2. Bases teóricas conceptuales.....	10
2.2.1. Autoestima.....	10
2.2.1.1. Definición	10
2.2.1.2. Consideraciones de la autoestima.....	11
2.2.2 Satisfacción Vital.....	11
2.2.2.1 Definición	11
2.2.2.2. Consideraciones de satisfacción vital	12
2.2.3. Pobreza Material.....	12
2.2.3.1. Definición	12
2.2.4. Adicción.....	13
2.2.4.1. Definición	13
2.2.4.2. Características.....	14
2.2.4.3. Tratamiento.....	15
2.2.4.4. Rehabilitación.....	15
2.2.5. Drogas.....	16
2.2.5.1. Definición	16
2.2.5.2. Formas de consumo	16
III. METODOLOGÍA.....	18
3.1. Tipo de Investigación	19
3.2. Nivel de la investigación.	19

3.3. Diseño de la investigación.....	19
3.4. Población y muestra.....	19
3.5. Definición y operacionalización de las variables	20
3.6. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	21
a. Ficha técnica	21
b. Descripción del instrumento	22
c. Validez y confiabilidad.....	22
3.7. Matriz de consistencia:	25
3.8. Plan de Análisis	26
3.9. Principios Éticos.....	26
IV. RESULTADOS	28
4.1. Resultados.....	29
4.2. Análisis de resultados	34
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
Anexos	47

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Internos del Centro Terapéutico, Casa de la Juventud en el Distrito de San Juan de Lurigancho, 2018.....	20
Tabla 2. Autoestima.....	20
Tabla 3. Satisfacción vital	21
Tabla 4. Nivel de autoestima de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.....	29
Tabla 5. Nivel de Satisfacción de la vida de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.	30
Tabla 6. Nivel de instrucción de los personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.....	31
Tabla 7. Tiempo en rehabilitación de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.....	33
Tabla 8. Variable de edad promedio actual y edad de inicio de consumo de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.....	34

INDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Gráfico de circulo de Distribución porcentual de Autoestima de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.30
- Figura 2. Gráfico de circulo de Distribución porcentual de Satisfacción de vida de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 201831
- Figura 3. Gráfico de circulo de Distribución porcentual de grado de instrucción de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.32
- Figura 4. Gráfico de circulo de Distribución porcentual de tiempo en rehabilitación de los personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018. 33

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación toca el tema de la adicción en drogas que es muy amplio, preocupante y alarmante para toda la sociedad, que inicia desde el cultivo, hasta que la sustancia llega a la mano del consumidor; por lo tanto, también el consumo de sustancias adictivas tiene todo un proceso que conlleva a conflictos personales, familiares y sociales que puede terminar en una rehabilitación o en la muerte por sobredosis.

Según el informe sobre las drogas 2018 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito concluye que unos 275 millones de personas en todo el mundo de edades percibidas entre los 15 y los 64 años, hizo uso de drogas, en al menos una ocasión. Para el 2016 alrededor de 31 millones de personas que utilizan drogas, padecen de trastornos derivados de ello, lo que evidencia que dicha utilización de estos productos es dañina en tal medida de poder necesitar tratamiento especializado. Según recientes investigaciones, alrededor de 13,8 millones de jóvenes que contemplan edades entre 15 y 16 años hicieron uso de la planta de marihuana, en el año 2018 en todo el globo, lo que a razón porcentual de la juventud total constituye el 5,6%.

Según la OMS, para el año 2015 fallecieron alrededor de 450 mil personas por efecto del abuso en el consumo de sustancias adictivas. De las cuales, 167,750 estaban concisamente relacionadas con los males por consumo de drogas (principalmente sobredosis). Por otro lado, al resto de los fallecidos, se le atribuye indirectamente al consumo de drogas, entre ellas figuraban enfermedades por transmisión sexual, tales como el virus del VIH y la hepatitis C contraídos también como resultado de prácticas de inyección endovenosa directa.

UNODC, indica que en el 2016 el cannabis fue la droga que más se consumía en todo el mundo y en el Perú este puesto no le es ajeno; en el último año al menos 192 millones de

personas la consumieron cannabis por lo menos una vez. Las cifras siguen aumentando, el cannabis sigue atrayendo más consumidores en todo el mundo, incrementándose aproximadamente el 16% en el decenio que termino en 2016, estos números van de la mano con el aumento de la demografía global.

Siguiendo con el informe de UNODC, los países Occidentales resaltan la facilidad aparente para obtener cannabis lista para consumo, esto sumada a la falsa percepción de bajo riesgo, hace que esta droga se labre como una de las sustancias más comunes, cuyo consumo se inicia en la pubescencia. También se debe tener en cuenta que muy a menudo el cannabis se consume junto con otras sustancias, además el uso de esta droga suele ser la entrada al consumo de otras drogas.

Muchas veces los escasos valores sociales y económicos, llevan a los jóvenes a involucrarse en el cultivo, la fabricación, tráfico y venta de drogas, esto para ganar dinero o complementar un salario exiguo. Los jóvenes en estado de necesidad y que pertenecen a grupos vulnerables y/o afectados por la pobreza, pueden ser reclutados por mafias organizadas, las cuales los obligaran a trabajar en el ilícito negocio del cultivo, la producción, tráfico y venta de drogas a un nivel local. En algunos círculos sociales, los jóvenes caen más a fondo en el mundo de lo ilícito, se ven envueltos en las redes de comercialización de sustancias porque sienten la necesidad de sensaciones fuertes o quieren identificarse y ser parte de grupos o pandillas locales. Es bien sabido que los conjuntos delictivos organizados y las pandillas opten por captar a niños y adultos jóvenes para el trabajo de traficar con drogas, por estos motivos: el primero, es la imprudencia que con la que suelen actuar los grupos de edad más joven, estos no miden el peligro ni las consecuencias de su actuar, incluso al enfrentan a la policía o a grupos rivales; el segundo es la subordinación. Los jóvenes que están liados en el ilícito negocio de las drogas de mercados internacionales, suelen querer

formar parte de grandes grupos delictivos más organizados como carteles y otras mafias, y por lo general son utilizados principalmente como “mulas” para transportar las sustancias ilegales a otros países.

CEDRO en su estudio epidemiológico 2017 indican que en las principales ciudades de Perú por lo menos una vez en la vida 1,189,032 personas, consumió marihuana, mientras otras 432,437 personas consumieron drogas cocainitas. En la investigación también se llegó a la conclusión que 81, 111 personas hicieron un policonsumo de marihuana, PBC y cocaína.

No existe un registro exacto de cuantos adictos hay en el país, pero se puede tener una idea a partir de los diferentes estudios clínicos que evalúan el porcentaje de las personas que consumen una droga y podrían desarrollar adicción; alcohol población adicta estimada 1'736,138, tabaco población adicta estimada 2,455,163. Marihuana: población adicta estimada 107013, cocainicas población adicta estimada 73514.

La indagación de esta tesis se realizó por la utilidad de saber cómo influye la autoestima y la satisfacción de vida en las personas adictas a sustancias psicoactivas, con el fin académico de aportar estadísticas resientes, aplicando dos escalas, una de ellas Autoestima de Rosenberg y Satisfacción Vital de Diener.

Para obtener resultados se realizó la investigación en la Comunidad Terapéutica “Casa de la juventud” de San Juan de Lurigancho, que posee un equipo multidisciplinario de expertos; médicos, psicólogos, enfermeros y consejeros los cuales ofrecen el soporte técnico dentro de los parámetros necesarios para la realización del plan de intervención terapéutica en rehabilitación que se les ofrece a los internos varones.

El estudio justifico

su realización a nivel teórico ya que me llevo a conocer el nivel de autoestima y satisfacción vital de las personas adictas a drogas psicotrópicas de la entidad de tratamiento multidisciplinario Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, sabiendo la percepción que tienen de su persona y de su vida, encontrándose internados y en rehabilitación.

Introducción, en ella está contemplada los lineamientos característicos de la problemática en la que se presentan tipologías importantes del mismo. Desde el contexto hasta la definición de los parámetros del problema, se hacer uso de indagación razonada y empírica; el enunciado está redactado de manera que es congruente, de esta manera se asegura el correcto entendimiento de lo que se quiere mostrar en la investigación; los argumentos utilizados son debidamente justificados por fuentes de suma confianza.

Revisión de la literatura, se preocupa en brindar el sustento teórico e información adecuada para exponer los criterios usados en la tesis a modo de antecedentes, dicho de otra manera, recaba información de estudios similares anteriores.

Metodología, se definen los parámetros, estructura y diseño para la investigación los cuales son claves para resolver la problemática de la tesis, dar respuesta a las preguntas y cumplir con los objetivos; así también se detalla el universo del factor a investigar, la función de cada una de las variables y los principios éticos.

Resultados y análisis de los resultados, en este se presentarán los resultados de cada objetivo que se llegó a obtener y se realiza un análisis del mismo a partir de las referencias.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

Hornillo (2015) en la investigación Evaluación de calidad de vida y sus determinantes en personas dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona, 2015, en la universidad Complutense de Madrid, España, llego a las siguientes conclusiones: La relación que pueda tener el consumo de toxico sobre la calidad de vida de los pacientes es probablemente muy compleja y depende de diversos factores. La gravedad del consumo, y la valoración subjetiva que haga el paciente de esta gravedad. Pacientes con historias previas de importante dependencia pueden mostrarse satisfechos con haber conseguido reducir el consumo en dosis con poca frecuencia, aunque no mantengan una abstinencia completa. Por otro lado, otros pacientes pueden valorar el consumo de manera muy negativa, incluso si se mantiene a niveles bajos, si consideran que el consumo es algo que les gustaría erradicar definitivamente de sus vidas. El impacto real que tenga este consumo actual sobre áreas tales como la salud, el bienestar psicológico, la economía y la calidad de las relaciones interpersonales. Es posible que un consumo controlado a niveles bajos no tenga un impacto importante, por lo menos a corto plazo, sobre la vida del paciente, quien habría encontrado la manera de “hacer sitio” en su vida a un nivel de consumo que considera aceptable. La importancia subjetiva que para el paciente tengan aspectos vitales diferentes del consumo. Los pacientes con una trayectoria de mayor cronicidad, con historia de criminalidad y/o exclusión social, pueden haber aprendido a contentarse con un desarrollo sub-óptimo de las diferentes áreas de la vida, de manera que toleren adecuadamente el impacto pernicioso que pueda tener el consumo sobre los demás aspectos.

Vasquez (2012) en su investigación Caracterización de las Adicciones y la Autoestima en los habitantes de las ciudades Jaime Roldos y Girasoles al Sur de la ciudad de Machala, periodo 2011 – 2012, en la Universidad Nacional de Loja, Ecuador. Llego a las siguientes

conclusiones: Las adicciones de mayor prevalencia e incidencia son las sustancias psicotrópicas destacándose el alcohol y las comportamentales que corresponde aquellas personas que tienen su nivel de autoestima medio. Los mayores consumidores de sustancias adictivas son del sexo masculino con un consumo excesivo de alcohol. Los principales factores que influyen en el consumo de sustancias adictivas son de tipo religioso, familiar y escolar. Las principales causas que inciden en el desarrollo de las adicciones psicotrópicas como alcohol, marihuana, cigarrillo son la falta de comunicación, amigos, riñas y abandono familiar. La agresividad, el aislamiento y la mentira son las principales actitudes que la persona adictiva adopta hacia el mundo.

De León, Cantero y Zabala (2013) realizaron la investigación Desempeño ocupacional y calidad de vida en personas con adicción a sustancias, revista en internet, España, y llegó a las siguientes conclusiones: El consumo de sustancias tiene una predominancia en varones, la cual produce una pérdida de hábitos, roles y rutinas, lo que causa alteraciones en el desempeño ocupacional haciendo efecto en la calidad de vida. Las personas que participaron del estudio manifiestan pobres resultados en las diferentes subescalas de la calidad de vida debido al consumo de sustancias. Por lo cual los datos apuntan a que los consumidores tienen una percepción negativa de su salud, lo que se refleja en la deficiencia de las actividades de la vida diaria. Las personas se perciben con mejor calidad de vida, cuando desarrollan sus actividades diarias con desempeño. Eso quiere decir que hay importancia significativa entre la ocupación y la salud. La adicción produce numerosas alteraciones en el desempeño ocupacional y problemas en la salud autopercebida, por esto, se puede concluir que las personas consumidoras de sustancias presentan un peor desempeño ocupacional, reflejándose en su calidad de vida. Debido a lo mencionado anteriormente, se puede decir que, si se actúa sobre el consumo, eliminando y/o disminuyéndolo, proporcionando una intervención a través de actividades significativas, en un entorno adecuado para la persona,

aumentara su calidad de vida. Es muy importante la intervención de un terapeuta ocupacional ya que está capacitado para la intervención en las alteraciones en el desempeño ocupacional y utiliza la ocupación como método de tratamiento, teniendo en cuenta en todo momento la actividad, persona y el entorno.

Huamancaja y Quispe (2014) en su investigación Nivel de autoestima y consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la facultad de enfermería de la universidad nacional de Huancavelica – 2014, Universidad Nacional de Huancavelica, Perú. Llegaron a las siguientes conclusiones: Existe relación negativa moderada a fuerte entre el nivel de autoestima y consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, si existe autoestima alta hay un consumo reciente del alcohol, mientras que en una autoestima media presenta síntomas de dependencia y autoestima baja presenta problemas de dependencia al alcohol. Más de la mitad de los estudiantes de la Facultad de Enfermería tienen una autoestima alta, las cuales presentan estar orgullosos de sus logros, asumen sus propias responsabilidades, demuestran amplitud de emociones y sentimientos y toleran bien sus frustraciones; con respecto a una autoestima media y una autoestima baja. Más del 50% de los estudiantes de la Facultad de Enfermería son consumidores recientes de alcohol, las cuales consumen alcohol esporádicamente y en mínima cantidad; en relación a los que presentan síntomas de dependencia y los que presentan problema de dependencia de alcohol. Casi el 50% de los estudiantes de la Facultad de Enfermería sienten que no tienen de que sentirse orgullosos(as), más de la mitad les gustaría poder sentir más respeto por sí mismos y más del 25% a veces creen que no son buenas personas. Menos del 25% de los estudiantes de la Facultad de Enfermería consumen bebidas alcohólicas de 2 a 4 veces al mes, así mismo en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado y también toman 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo.

Castro (2012) hizo la investigación, revista de psiquiatría y salud mental “Hermilio Valdizan”, Perú, y llegó a las siguientes conclusiones: Se encontró que el 17.5 % de los pacientes tienen autoestima inferior, el 50% de los pacientes tiene autoestima promedio, el 32% de los pacientes una autoestima superior. Según la etapa de tratamiento, se halló que el 52% de los pacientes en etapa de adaptación tiene una autoestima promedio, el 51.4% de los pacientes en etapa central también tiene una autoestima promedio; el 45.5% de los pacientes en etapa de operador tienen una autoestima promedio y el 55.6% de los pacientes en etapa pre alta tienen una autoestima superior. Es decir que la autoestima se incrementa conforme el paciente va avanzando en su programa de tratamiento. Existe una correlación bilateral entre la autoestima y la autoeficacia; es decir que conforme la autoeficacia se va incrementando también lo hace la autoestima.

Yaya (2017) en su investigación Calidad de vida, tiempo de consumo y tiempo de permanencia de los niños, niñas y adolescentes adictos a sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, concluyó lo siguiente: que la calidad de vida en la población es mala, ya que inician demasiado temprano el consumo de sustancias psicoactivas. La población con mayor consumo son los adolescentes. Se puede decir que entre más sean los meses en el centro, la calidad de vida disminuye, por diferentes factores; el tiempo de consumo es demasiado alto que resulta difícil interiorizar reglas y normas, así mismo para adaptarse al programa debe ser de una forma voluntaria, porque es difícil mantenerlos a la fuerza en el centro. El tiempo de permanencia está relacionada al tiempo de consumo. Se puede indicar que, de acuerdo a la madurez o desarrollo personal, los pacientes logran adaptarse al tratamiento.

2.2. Bases teóricas conceptuales

2.2.1. Autoestima

2.2.1.1. Definición

Rosenberg (1965) citado por Gongora y Casullo (2009) define la autoestima como una postura positiva o negativa hacia un objeto en exclusivo, él sí mismo. Rosenberg define a la autoestima como una manifestación actitudinal creado por dinamismos sociales y culturales. La autoestima se establece mediante el proceso de análisis que comprende valores y discrepancias. Se mide en factor a la percepción valorativa de uno mismo en comparación a la expectativa que se desea tener. Estos valores son paramétricos mediante la convivencia social que la persona experimenta diariamente. A medida que la brecha entre el sí mismo ideal y el sí mismo real es pequeña, la autoestima es mayor. Por el contrario, cuanto mayor es la brecha, menor será la autoestima, aun cuando la percepción de los demás sea positiva.

Según Rosenberg (1973), citado por Ulloa (2003, ¶ 27) la autoestima posee tres niveles; Alta autoestima: Aquí el sujeto se acepta totalmente y se define como buena. Media autoestima: Donde el sujeto no se acepta en totalidad ni se considera superior a otros. Baja autoestima: ya en este nivel la persona siente total rechazo por sí mismo y se considera totalmente inferior a los demás. (citado por Fritz y col., 1999).

Coopersmith (1967) considera que la autoestima es la valoración que el sujeto hace de sí mismo, pudiendo expresar una actitud de aprobación o desaprobación, indicando la medida en que el sujeto es capaz, importante, exitoso y valioso.

2.2.1.2. Consideraciones de la autoestima

La autoestima es importante ya que a través de ella el sujeto experimentara agrado y satisfacción consigo mismo, buscara constantemente el desarrollo personal, ante situaciones difíciles manifestara calma, teniendo la capacidad y la disposición de solucionarlo.

La autoestima es fundamental para la formación de la personalidad ya que es el concepto que cada uno tendrá de sí mismo para ir realizándose en cada área de la vida.

2.2.2 Satisfacción Vital

2.2.2.1 Definición

Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) citado por Prasson y Chaturvedi (2006) incluyeron lo siguiente en la satisfacción con la vida: deseo de cambiar la vida de uno; satisfacción con el pasado; satisfacción con el futuro; y puntos de vista de otras personas sobre la vida de uno. “La satisfacción con la vida es uno de los indicadores de la calidad de vida "aparente" junto con otros indicadores de salud mental y física. Se refiere como una evaluación de las condiciones generales de existencia derivadas de una comparación de aspiraciones al logro real de uno. (Cribb, 2000).

Diener (2000) citado por Barcelata y Rivas (2016) la satisfacción vital, es la valoración personal desde la perspectiva del individuo sobre un propósito que ellos mismos anhelan, dicha valoración depende mucho de criterios subjetivos que el individuo sienta que el entorno le impone. La reflexión por la cual se llega a estimar dicha valoración del individuo se puede llegar por el transcurrir de la vida en general o con situaciones específicas, tales como los que se tienen en familia, las interacciones recibida y expresada, el colegio, la religión o el lugar de residencia (Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Suldo, Huebner, Friedrich, & Gilman, 2009).

Uno de los indicadores de la calidad de vida, es la de Satisfacción con la vida “realizada”. Junto con otros como los de salud biológica y mental, según la observancia de dichos indicadores se puede determinar lo conforme que esta la gente con su vida. Cabe resaltar que los campos donde se utilizan estos indicadores es multidisciplinario.

2.2.2.2. Consideraciones de satisfacción vital

Veenhoven (1994) La satisfacción vital en una persona hará que goce de buena salud física, mental y que tenga resistencia psicológica lo que hará que tenga la capacidad de afrontar problemas de la vida. Una alta satisfacción vital está relacionada con la asertividad social y la empatía.

2.2.3. Pobreza Material

2.2.3.1. Definición

Spicker (2009) menciona: “La población es pobre porque no tiene algo que necesita, o cuando carece de los recursos para acceder a las cosas que necesita”. Lo que definirá la pobreza, como una situación en la que no se consigue lo deseado por falta de recursos.

Spicker (2009) “(...) la población “necesita” cosas tales como alimento, ropa, transporte o vivienda. Para Vic George, “la pobreza es el conjunto de necesidades básicas no atendidas debidamente y otras las cuales se van adquiriendo sin poder atenderse.” (1988: 208).

Baratz y Grigsby define la pobreza como “la falta de recursos económicos y consumos los cuales derivan inmediatamente en falta de salud física y mental”. Es evidente pensar que las consecuencias de no cumplir debidamente con las necesidades básicas desataran una serie de tensiones y carencias en la persona

Los comprendidos del tema que definen el bienestar, incluyen indicadores del “estar bien”, la autoestima, las aspiraciones y el estigma, así como indicadores sobre la “diferencia” contemplando estatus y poder. Se presentan dos visiones opuestas en apariencia: George expone un enfoque “absoluto” de la pobreza mientras que Baratz y Grigsby exponen en un plano “relativo”. Sin embargo, no dejan de ser enfoques sobre la disposición social de las necesidades y no de diferentes asertos de la pobreza. Uno y otro son perspectivas que coinciden en que la pobreza es una escasez de algo, y defieren en parte qué es aquello de lo que se escasea. Esta contrariedad fundamental tiene origen en la decisión subjetiva de las necesidades.

“La pobreza no se limita a un aspecto en específico, como por ejemplo el sueldo; se manifiestan todas las caras de la vida como el hogar, la enseñanza y la salud física.”.

Spicker (2009) es factible definir la pobreza como la limitación de recursos para la satisfacción de necesidades básicas o creadas sin embargo también se deben tomar en cuenta la siguiente postulación. La ONU ha definido a la pobreza como “la condición caracterizada por una privación severa de necesidades humanas básicas, incluyendo alimentos, agua potable, instalaciones sanitarias, salud, vivienda, educación e información. La pobreza depende no sólo de ingresos monetarios sino también del acceso a servicios”. (ONU, 1995: 57).

2.2.4. Adicción

2.2.4.1. Definición

Según la OMS (1969) es el consumo prolongados de sustancias psicotrópicas hasta el grado donde el consumidor (denominado adicto) hace uso de forma continua o periódica, es evidencia causal de una manía compulsiva por consumir dicha la sustancia (o las sustancias)

de agrado, luego el sujeto tendrá gran dificultad para interrumpir el uso por voluntad propia, al grado de buscar suministro de la droga sin importar medios ilícitos.

Para CEDRO (2017, p.16) La adicción es consecuencia del deterioro de la capacidad de autocontrol, con influencia en cambios de conductas recurrentes, estimuladas por sensaciones condicionadas por el renuente consumo. Algunos expertos lo llaman “síndrome de deterioro” en consecuencia por la relevancia otorgada a los estímulos condicionados debido al consumo prolongado.

2.2.4.2. Características

Tolerancia

DSM IV texto revisado (2000) cuando es necesario recurrir a cantidades más grandes y frecuentes cada vez que se desea lograr el efecto esperado o también una evidente disminución de los efectos de la sustancia sobre el organismo, aunque las dosis sean las mismas. El nivel en que se desarrolla la tolerancia, varía según los componentes de la droga. Además, para cada droga existen distintos tipos de tolerancia sobre los efectos que genera en el sistema nervioso central.

La tolerancia está relacionada con la sustancia consumida y el sistema nervioso central, este último va a obligar a aumentar progresivamente la dosis de dicha sustancia ya sea para obtener el efecto deseado o para calmar el síndrome de abstinencia, cuando la dosis es excesiva puede generar la intoxicación o muerte por sobredosis. (Veliz, 2013).

Síndrome de abstinencia

CIE 10 (2004) Lo define como el conjunto de síntomas que se producen debido al abandono prolongado completo o parcial de una sustancia psicotrópica tras un consumo extendido de

la droga, estos síntomas son variables en gravedad y clasificación. El origen y el desarrollo del síndrome es establecido en el tiempo y está conectado con el tipo de sustancia psicoactiva y dosis consumida raudamente antes del cese o disminución del consumo. El síndrome de abstinencia puede dar dificultades ya que con frecuencia se presentan temblores corporales.

Veliz (2013, p. 20) “se define síndrome de abstinencia al grupo de signos y síntomas que se presentan al abandonar el consumo de una droga de la cual la persona es dependiente”.

2.2.4.3. Tratamiento

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010) los diferentes tratamientos para la dependencia tienen como objetivo apoyar al adicto a abandonar el consumo repetitivo de la droga. No hay un solo tipo de tratamiento, cada lugar tiene su manera profesional de aplicarla y en un determinado plazo. Sabiendo que la dependencia no es fácil de abandonar, que conlleva a recaídas, no es suficiente una sola fase de tratamiento. Es un proceso largo para el dependiente, que tendrá intervenciones y control constante.

Para el tratamiento hay diferentes puntos de vista. Se puede trabajar con terapia conductual en grupo y/o individualmente, también está la terapia cognitiva, también pueden incluir diferentes fármacos. El tipo de tratamiento va a depender mucho de las drogas, el tiempo que la persona haya consumido y las diferentes oportunidades que fue intervenido. También hay consecuencias en la salud tanto física como mental, suelen tener problemas con la sociedad, la familia, y desinterés personal, lo cual se trabaja en tratamiento. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010).

2.2.4.4. Rehabilitación

OMS (1994) “(...) procedimiento que una persona dependiente va a seguir para lograr una estabilidad en su salud física, psicológica y social.”.

Para la rehabilitación es recomendable que la persona se interne en una comunidad terapéutica donde pueda llevar un tratamiento farmacológico para la desintoxicación, dependiendo del grado de su consumo de sustancias adictivas, y para prevenir las recaídas se lleva a cabo diferentes tipos de terapias, como son las de grupos, conductuales, y esto tiene que ser dirigido por un equipo multidisciplinario de profesionales. OMS (1994).

2.2.5. Drogas

2.2.5.1. Definición

OMS (1994) la droga “(...) para la medicina es una sustancia que ayudara a prevenir o curar alguna enfermedad, hasta restablecer la salud física o mental, para la farmacología es aquella sustancia química que alterara nuestro organismo (...). para el lenguaje poco formal suele referirse a las sustancias psicoactivas que llegan hacer las drogas ilegales (...)”.

Hay diferentes definiciones de drogas, pero aquí diremos que es una sustancia psicoactiva que altera el organismo vivo y genera un refuerzo positivo, provocando el ansia de repetir el consumo, ya sea por atenuar un dolor físico o emocional. Es una sustancia que tras su consumo puede dar alivio emocional, pero también tiene consecuencias secundarias, afectando comportamiento en general de una forma negativa, dañando el organismo del cuerpo y afectando a otras personas alrededor del consumidor. Esta sustancia produce tolerancia y abstinencia, generando tanto dependencia física como emocional. Pérez (2011).

2.2.5.2. Formas de consumo

Uso:

Pérez (2011) refiere que “es la curiosidad a experimentar algo nuevo, donde solo se consume en una situación precisa para la persona. El uso de la droga es de forma moderada”.

Habito

Es el consumo frecuente por costumbre, de una sustancia, de la cual no se aumenta la dosis y que no va a generar un trastorno físico y psicológico, cuando se consume o deje de consumir. Pérez (2011).

Abuso

Pérez (2011) expone que el abuso es cuando la persona hace uso prolongado y va aumentando la dosis de una sustancia, hasta generar angustia cuando no la tiene en su poder, y así va perdiendo conciencia de su entorno social hasta evitar responsabilidades (Pérez y Martín, 2007). Como resultado del abuso se encuentran problemas a niveles sociales, psicológicos y biológicos, son consecuencias que a corto plazo podría con llevar a la dependencia.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

El tipo de estudio fue observacional porque no hubo manipulación de la variable; prospectivo, porque los datos recogidos fueron a propósito del estudio (primarios); transversal, porque se realizó una sola medición a la misma población; y descriptiva, porque el análisis estadístico fue univariado. (Supo, 2014).

3.2. Nivel de la investigación.

El nivel de investigación fue descriptivo porque se buscó caracterizar a la población conociendo las variables psicológicas asociadas a la pobreza material prevalente en la población elegida. (Supo, 2014).

3.3. Diseño de la investigación

El diseño de investigación fue epidemiológico, porque se estudió la prevalencia de las variables psicológicas asociadas a la pobreza material, es decir su frecuencia o su distribución en la población. (Supo, 2014).

3.4. Población y muestra

La población estuvo conformada por 59 personas adictas a sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud, San Juan de Lurigancho. Para la investigación se empleó una población no probabilístico intencional, para seleccionar una muestra de 48 personas adictas a sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud, San Juan de Lurigancho, que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Personas adictas a sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud, San Juan de Lurigancho, que tienen de 2 semanas a mas desintoxicados.

Criterio de exclusión

Personas adictas a sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud, San Juan de Lurigancho, que tienen menos de 2 semanas desintoxicados.

Tabla 1 Internos del Centro Terapéutico, Casa de la Juventud en el Distrito de San Juan de Lurigancho, 2018

LUGAR	INTERNOS SEXO	TOTAL
Centro terapéutico Casa de la Juventud, San Juan de Lurigancho	Masculino	59

3.5. Definición y operacionalización de las variables

Tabla 2 Autoestima

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICACIONES	CATEGORIAS
(Rosenberg, 1979): La autoestima es un actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el mismo. Se mide a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg-Modificado	Valía personal Capacidad personal	Valoración positiva o negativa del auto concepto. Capacidad de hacer con éxito lo que propone	Alta: 36 - 40 Tendencia alta 27 -35 Medio 18 - 26 Tendencia baja: 9 -17 Baja 0 - 8

Fuente: Escala de autoestima.

Tabla 3. Satisfacción vital

DEFINICION	DIMENSIONES	NIVEL
El juicio o evaluación cognitiva de la propia vida. Se mide a través de la escala de Satisfacción con la vida (SWLS) (Pavot y Diener, 1993).	Estilo de vida	Muy alto 21 – 25
	Condiciones de existencia	Alto 16 – 20
	Plenitud de existencia	Promedio 15
	Logros obtenidos	Bajo 10 – 14
	Conformidad	Muy bajo 5- 9

Fuente: Escala de satisfacción vital.

3.6. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Para recoger información de la unidad de análisis: personas adictas a sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud, San Juan de Lurigancho se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos la Escala de Autoestima de Rosenberg - Modificada y la escala de Satisfacción con la vida (SWLS), las cuales se describen a continuación:

Instrumentos: Los instrumentos propuestos son los siguientes

Escala de Autoestima de Rosenberg – Modificada

a. Ficha técnica

Nombre : Escala de Autoestima de Rosenberg – Modificada.

Autores y año : Rosenberg (1965).

Procedencia : Estados Unidos de América.

Número de ítems : 8, se eliminaron dos ítems de la versión original por no cumplir los requisitos de calidad psicométrica en la muestra.

Puntaje : 0-40.

Tiempo : 7-8 minutos.

Significación: Valoración que una persona hace con referencia a sí misma.

b. Descripción del instrumento

Es una escala unidimensional de diez ítems que en su versión original se calificaba como si fuese de tipo Guttman. En este estudio se calificaron los ítems con el mismo procedimiento que la Escala de Satisfacción con la Vida, salvo que aquí se consideró la dirección de los ítems. A mayor puntuación, mayor autoestima.

c. Validez y confiabilidad

i) Confiabilidad: Rosenberg (1987; en Pequeña, 1999) informó que la escala obtuvo un coeficiente de reproductibilidad de 0.92 y un coeficiente de estabilidad de 0.72; además se sabe que Silber & Tipett (1987; en Pequeña, 1999) informaron que la escala alcanzó una confiabilidad test-retest de 0.85 con un intervalo de dos semanas.

ii) Validez: Rosenberg (1973; en Pequeña, 1999) estudió la relación entre autoestima y depresión, hallando que las personas que obtenían menores puntajes de autoestima en la escala, aparentaban estar deprimidas al ser evaluadas mediante las escalas de Leary; posteriormente se evaluó la relación entre autoestima y depresión en una muestra de 5024 sujetos, hallándose resultados similares.

iii) Consistencia interna en la muestra: Se obtiene un valor en el coeficiente Alpha de Cronbach de 0.76, lo que indica una alta confiabilidad.

iv) Estructura factorial en la muestra: La varianza de la escala es explicada por 2 factores que alcanzan a cubrir el 53.07%, logrando el primer factor un 27.98%. (Morales, 2016).

Escala de Satisfacción con la Vida

a. Ficha técnica

Nombre : Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Autores y año : Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985)

Procedencia : Inglaterra

Adaptación : Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita (España, 2000).

Número de ítems : 5

Puntaje : 0 – 25

Tiempo : 5 minutos.

Significación : Grado de satisfacción de una persona con su vida.

b. Descripción del instrumento

Los ítems son positivos y se responden en una escala de cinco puntos. Para obtener el PD se suman las respuestas (5 puntos: Totalmente de Acuerdo; 4 puntos: De Acuerdo; 3 puntos: Indiferente; 2 puntos: En Desacuerdo y 1 punto: Totalmente en desacuerdo). A mayor puntaje, mayor satisfacción con la vida.

c. Validez y confiabilidad

i) Confiabilidad: Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita (2000) realizaron un estudio sobre las propiedades psicométricas de esta escala en 697 estudiantes varones y mujeres de 11, 13 y 15 años de edad de la comunidad de Valencia (España). El análisis de consistencia interna muestra que obtiene un indicador muy bueno ($\alpha = 0.84$) y que ningún ítem aumentaría este coeficiente de ser eliminado.

ii) Validez: Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita (2000) informan que al efectuar un análisis factorial exploratorio se encontró una matriz de correlaciones apropiada para proseguir el análisis; la prueba de esfericidad de Bartlett indicó que los ítems no eran independientes (Prueba de Bartlett=1375.71; $p < 0.001$) y el coeficiente de Documento sin título Kaiser, Meyer-Olkin indicó que los ítems explicaban adecuadamente las correlaciones entre pares de ítems (K-M-O = 0.86). Se extrajo una estructura monofactorial que explicó el 53.7% de la varianza total, teniendo todos los ítems pesos factoriales entre 0.63 y 0.83. El análisis factorial confirmatorio mostró que el modelo fue bastante aceptable al tener un buen ajuste a los datos (Consiente Ji cuadrado/ grados de libertad < 3). En este segundo análisis factorial las saturaciones factoriales oscilaron entre 0.69 y 0.88. Al evaluarse la validez de constructo se encontró correlaciones positivas con sentimientos de felicidad ($r = 0.046$; $p < 0.001$) y con satisfacción en el ámbito escolar ($r = 0.32$; $p < 0.001$), en tanto hubo una correlación negativa con sentimientos de soledad ($r = -0.31$; $p < 0.001$).

iii) Consistencia interna en la muestra: Se obtiene un valor en el coeficiente Alpha de Cronbach de 0.76 que indica una alta confiabilidad.

iv) Estructura factorial en la muestra: La Escala de Satisfacción con la Vida presenta una estructura monofactorial en la que el 52.32 de la varianza es explicada por un único factor. Esto es indicador de una buena validez de constructo (Morales 2016).

3.7. Matriz de consistencia:

Título: Variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutico “casa de la juventud” de san juan de Lurigancho, 2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLE	MARCO METODOLOGICO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son las variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>- ¿Existe relación entre la variable autoestima y la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018?</p> <p>- ¿Existe relación entre la variable satisfacción vital y la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Establecer las variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>OE1: - Identificar el nivel de autoestima de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.</p> <p>OE2: - Identificar el nivel de satisfacción vital de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.</p>	<p>Variables psicológicas asociadas a la pobreza material</p>	<p>Tipo de estudio: cuantitativo</p> <p>Nivel de estudio: descriptivo simple.</p> <p>Diseño: no experimental.</p> <p>Población: 59 pobladores</p> <p>Muestra: 48 pobladores</p> <p>Técnicas: encuesta.</p> <p>Instrumentos: Escala de Autoestima de Rosenberg. Escala de satisfacción con la vida. Escala de Motivación de logro. Escala de desesperanza de Beck.</p> <p>Métodos de análisis de datos Tablas de frecuencia y gráficos.</p>

3.8. Plan de Análisis

El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows versión 22.0, en español, conjunto de herramientas de datos para el análisis estadístico.

3.9. Principios Éticos

Koepsell y Ruíz (2015, p. 180). Estas afirmaciones son muy importantes para la ética de la investigación con seres humanos son: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Los investigadores, las instituciones y de hecho, la sociedad están obligados a garantizar que estos principios se cumplan cada vez que se realiza una investigación con seres humanos, sin que ello se considere como un freno a la investigación sino como un valor científico que actúa en beneficio de la disciplina y la sociedad en general, pues sólo así es posible asegurar el progreso de la ciencia.

Respeto por las personas

Se basa en reconocer la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones, es decir, su autonomía. A partir de su autonomía protegen su dignidad y su libertad.

El respeto por las personas que participan en la investigación (mejor “participantes” que “sujetos”, puesto esta segunda denominación supone un desequilibrio) se expresa a través del proceso de consentimiento informado.

Beneficencia

La beneficencia hace que la investigadora sea responsable del bienestar físico, mental y social del participante. La investigación se realizará cumpliendo con las normas y estándares

contemplados en el Reglamento de Investigación de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote – ULADECH. Asimismo, se respetará las normas éticas establecidas por la American Psychology Association (APA). Por último, la investigadora garantiza que esta investigación será original y genuina.

Justicia

En primer lugar, se debe tener en cuenta que la justicia restringe expresar a peligros a un grupo para favorecer a otro, ya que hay que compartir de modo equitativo peligros y beneficios. Así como, por ejemplo, cuando la investigación se reparte con objetivos públicos, los beneficios de la razón o tecnológicos que se traspasen deben estar a disposición de toda la población, habiendo que recalcar que no sólo de los grupos favorecidos que puedan obtener a costear el acceso a esos beneficios, por consiguiente, la justicia solicita de imparcialidad y de una repartición igualitaria de los bienes, en conclusión, toda persona debe percibir un trato digno.

Integridad

Es importante que la investigadora se esfuerce por hacer lo correcto en el cumplimiento del desarrollo de la investigación, así mismo se debe tomar en cuenta la responsabilidad, la veracidad de la información obtenida y el respeto de la confianza que brindan al participante.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla 4. Nivel de autoestima de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

NIVEL	PUNTAJE	FRECUENCIA	%
ALTO	36 – 40	0	0
TENDENCIA ALTA	27 – 35	12	25.0
MEDIA	18 – 26	28	58.3
TENDENCIA BAJA	9 – 17	8	16.7
BAJA	0 – 8	0	0

Fuente: Las variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

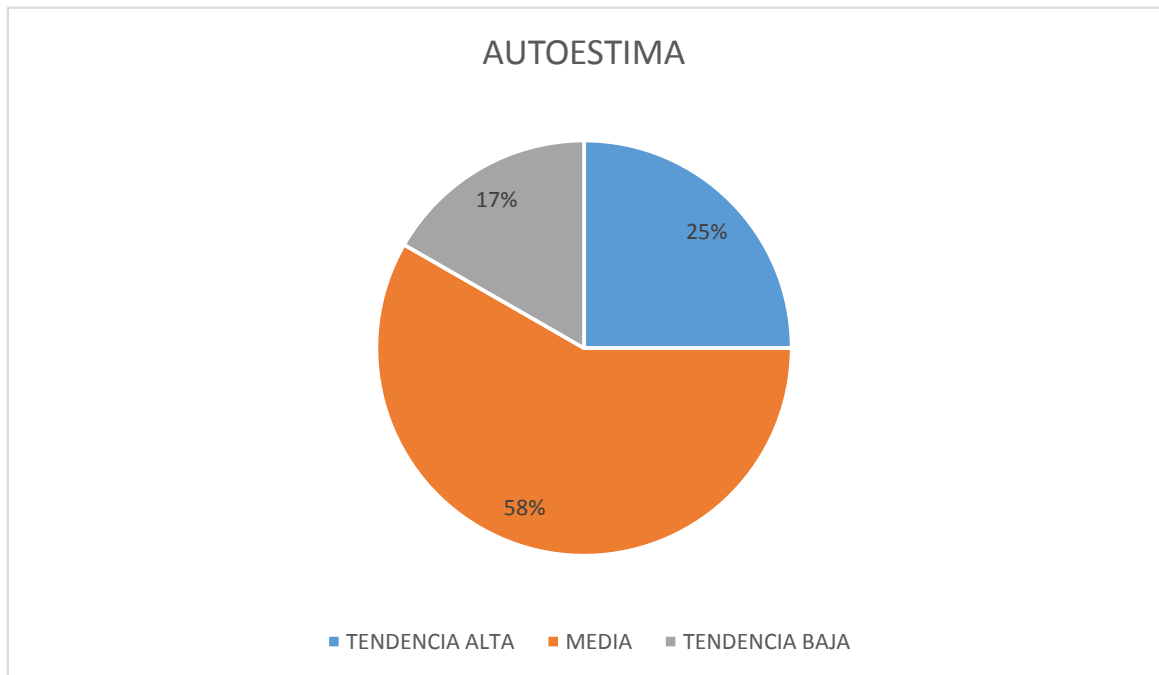


Figura 1. Gráfico de círculo de Distribución porcentual de Autoestima de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

En la tabla 4 figura 1 se puede apreciar que el 58 % de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, se ubican en el nivel medio de autoestima, el 25% se ubica en la tendencia alta y el 17% de personas adictas a sustancias psicoactivas se encuentra en el nivel tendencia baja.

Tabla 5. Nivel de Satisfacción de la vida de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

NIVEL	PUNTAJE	FRECUENCIA	%
ALTA	19 – 25	39	81.2
MUY ALTA	12 – 18	9	18.8
BAJO	05 – 11	0	0

Fuente: Las variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

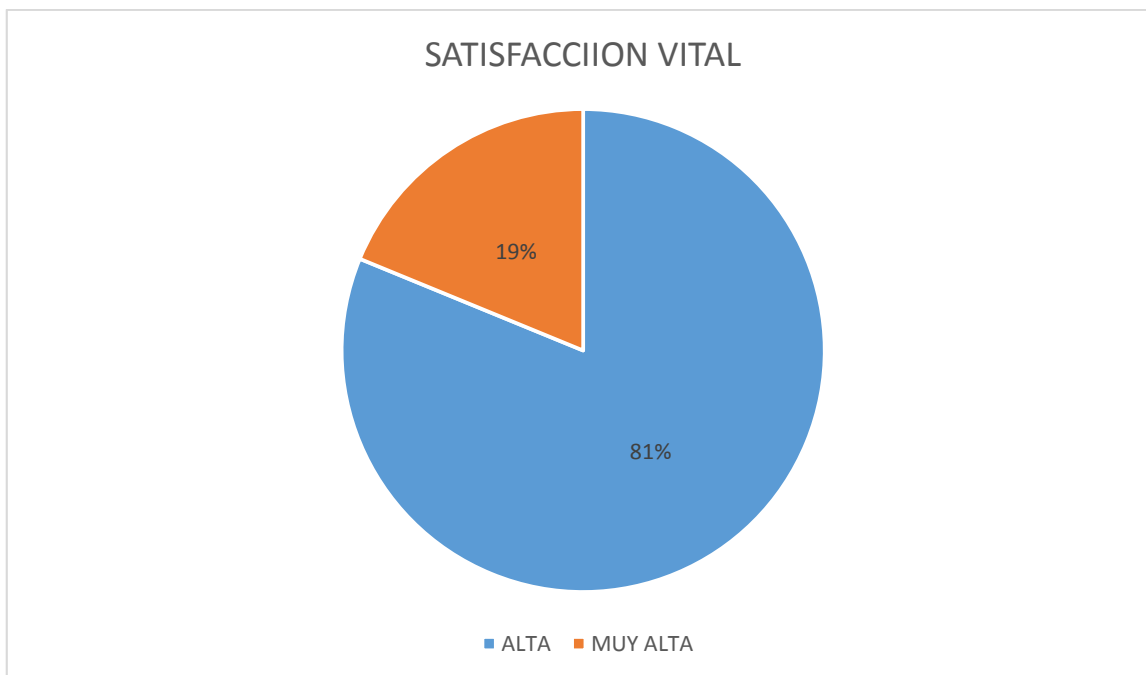


Figura 2. Gráfico de círculo de Distribución porcentual de Satisfacción de vida de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018

En la tabla 5 y figura 2 se puede apreciar que el 81% de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, se ubican en el nivel muy alto de satisfacción vital, el 19% está en un nivel alto.

Tabla 6. Nivel de instrucción de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
SECUNDARIA INCOMPLETA	22	45.8
SECUNDARIA COMPLETA	10	20.8
PRIMARIA INCOMPLETA	6	12.5

PRIMARIA COMPLETA	4	8.3
SUPERIOR INCOMPLETA	6	12.5

Fuente: Las variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

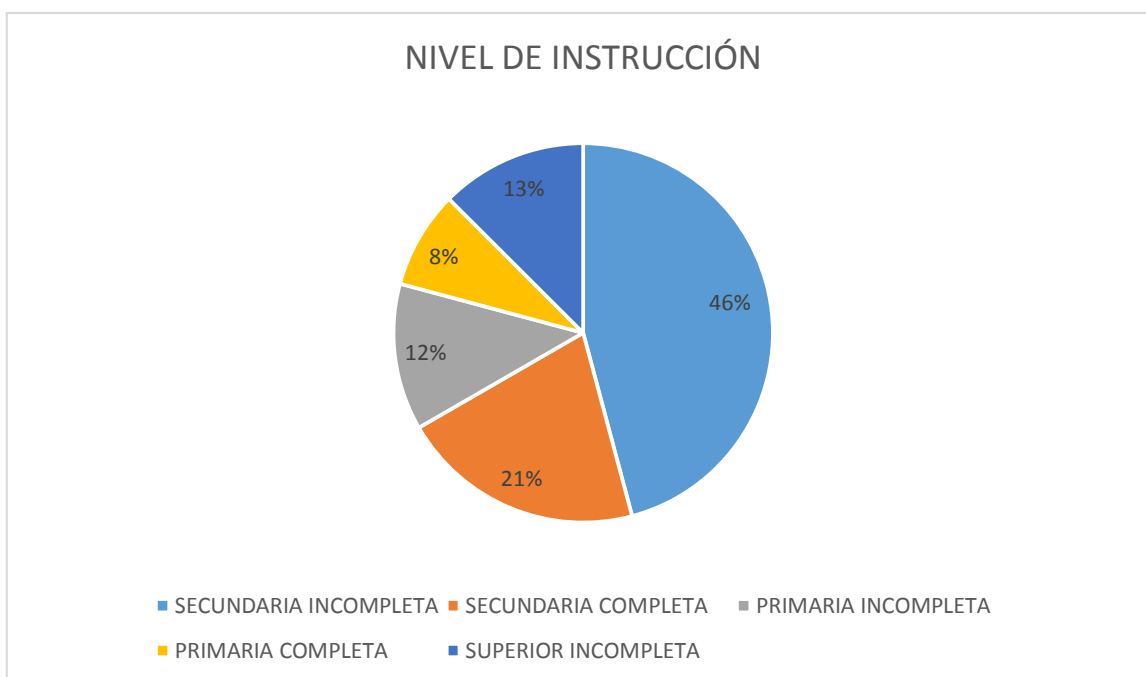


Figura 3. Gráfico de círculo de Distribución porcentual de grado de instrucción de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

En la tabla 6 figura 3 se puede observar que el 12% de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, tiene como nivel de instrucción primaria incompleta, teniendo el 8% primaria completa, el 46% tiene secundaria incompleta y el 21% de internos personas adictas a sustancias psicoactivas tienen secundaria completa, solo el 13% tiene como nivel de instrucción superior incompleta.

Tabla 7. Tiempo en rehabilitación de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
MAS DE SEIS MESES	31	64.6
MAS DE UN MES	2	4.2
MAS DE UN AÑO	15	31.3

Fuente: Las variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

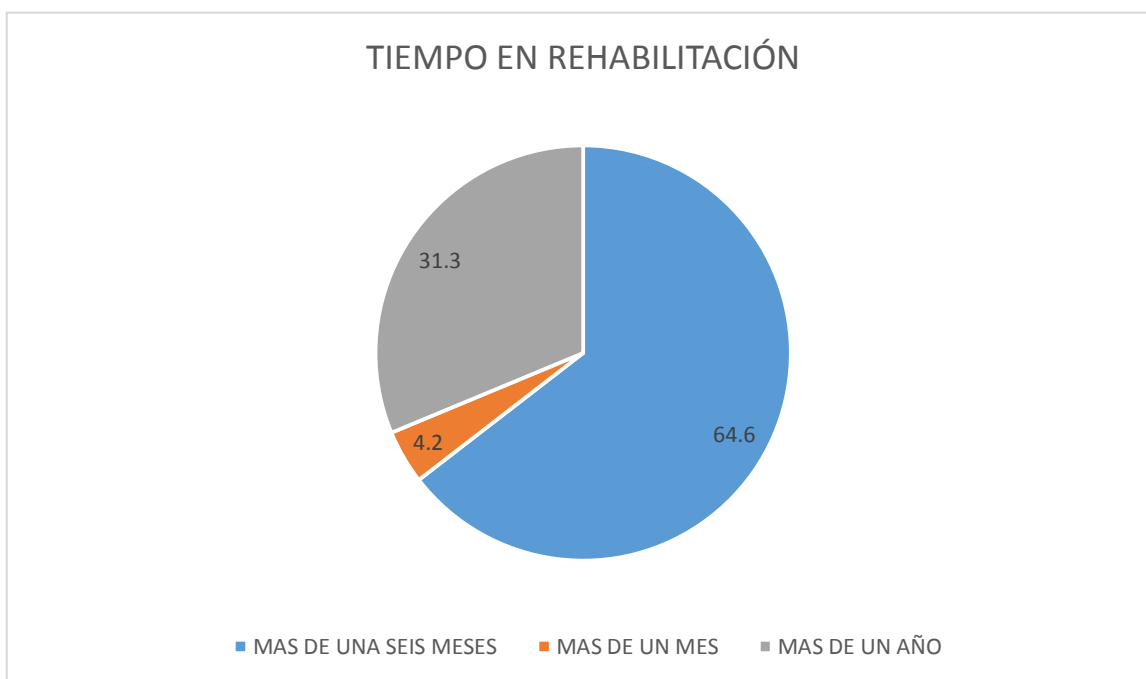


Figura 4. Gráfico de círculo de Distribución porcentual de tiempo en rehabilitación de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

En la tabla 7 figura 4 se puede observar que el 4.2% de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud

de San Juan de Lurigancho, tiene más de un mes en rehabilitación, el 64.4% tiene en rehabilitación más de un año y más de seis meses en rehabilitación el 64.6 de las personas adictas a sustancias psicoactivas.

Tabla 8. Variable de edad promedio actual y edad de inicio de consumo de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

Variable	Media
EDAD PROMEDIO ACTUAL DE PERSONAS ADICTAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	28.65
EDAD DE INICIO DE CONSUMO	13.94

Fuente: Las variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, 2018.

4.2. Análisis de resultados

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, en la cual los internos evidentemente presentaron carencias para lograr satisfacer las necesidades básicas ya que la dependencia a la droga a generado que abandonen deberes y responsabilidades hacia su persona y con sus familiares. Con los resultados obtenidos podemos decir que personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, se ubican en el nivel medio de las variables que forman parte de la investigación en el aspecto psicosocial que se tuvo que abordar en cuanto a autoestima y satisfacción vital.

Sobre la escala de autoestima, se obtuvo que el 58% de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, se ubican en el nivel medio de autoestima, el 25% se localiza en tendencia alta y el 17% de personas adictas a sustancias psicoactivas se encuentra en el nivel tendencia baja. (Tabla 4). Según estas evidencias la mayoría de las personas adictas a sustancias psicoactivas en rehabilitación van presentando mejoría en sí mismos de modo que poco a poco pueden ir enfrentando el síndrome de abstinencia y la dependencia a las drogas, que son aspectos difíciles en su vida cotidiana. La baja autoestima que muestra el otro grupo de personas adictas a sustancias psicoactivas evidencian que aún tienen una imagen negativa de sí mismos, teniendo una menor capacidad para relacionarse mejor en su medio y enfrentar la rehabilitación. Dada las evidencias se puede deducir que la salud emocional está progresando ya que hay una mejora en la valía personal, apreciación y valoración hacia sí mismos de la mayoría de las personas adictas a sustancias psicoactivas, dicha investigación se corrobora con los estudios realizados por Castro (2012) en su investigación Autoestima y autoeficacia en pacientes adictos en el centro de rehabilitación de ñaña, con el objetivo de describir los niveles de autoestima en las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación, quien concluye que la autoestima se incrementa conforme el paciente va avanzando en el programa de tratamiento.

Acerca de la escala de Satisfacción vital se obtuvo que el 81% de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, se ubican en el nivel alto y el 19% de las personas adictas a sustancias psicoactivas en rehabilitación se encuentran en el nivel de satisfacción vital muy alta (tabla 5). Según los resultados la mayoría de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho, están satisfechos con la vida que llevan ahora en rehabilitación,

mostrando logros y expectativa, por tanto, dichos resultados demuestran que estas personas adquieren un bienestar con el estado de vida que poseen actualmente estando en rehabilitación, progresando y encontrándole sentido a sus vidas, mediante el tratamiento que desarrollan en la comunidad terapéutica. Tales resultados se corroboran con las investigaciones realizadas por De León, Cantero y Zabala (2013) con su investigación Desempeño ocupacional y calidad de vida en personas con adicción a sustancias, con el objetivo de estudiar el efecto que causa las drogas en la calidad de vida, concluyo que las personas se perciben con mejor calidad de vida, cuando desarrollan sus actividades diarias con desempeño. Habiendo importancia significativa entre la ocupación y la salud. Cuando se actúa sobre el consumo, eliminándolo y/o disminuyéndolo, proporcionando una intervención a través de actividades, un entorno adecuado para la persona, aumentara la calidad de vida. Es muy importante la intervención de un terapeuta ocupacional ya que está capacitado para la intervención en las alteraciones en el desempeño ocupacional y utiliza la ocupación como método de tratamiento, teniendo en cuenta en todo momento la actividad, persona y el entorno.

Respecto al nivel de instrucción de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho en su mayoría el 46% no culminó la secundaria (tabla 6), indicando que en la adolescencia son más propensos a abandonar sus deberes y responsabilidades sin tener control de su conducta.

En cuanto al tiempo en rehabilitación de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho el 64% tienen más de 6 meses internados (tabla 7). Según los resultados la mayoría de los internos toman conciencia del daño causado en su persona por las drogas y deciden continuar con el tratamiento después del síndrome de abstinencia, para corroborar

el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010) menciona que el tratamiento puede darse en variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo, por lo general no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante.

Para concluir vemos la variable de la edad de inicio de consumo 14 años de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho (tabla 8). Estos resultados nos indican que los adolescentes en su mayoría están predispuestos al consumo de drogas, tal resultado lo corrobora la UNOC que manifiesta que el cannabis esta entre las sustancias más comunes cuyo consumo se inicia en la adolescencia. Y la variable de edad promedio actual que es de 29 años de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica Casa de la Juventud de San Juan de Lurigancho (tabla 9). Indica que las personas adultas están más dispuestas a llevar tratamiento para su rehabilitación, corroborándolo por la OMS (1994), para la rehabilitación es recomendable que la persona se interne en una comunidad terapéutica donde lleve un tratamiento para la desintoxicación y para prevenir las recaídas

V. CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

La presente investigación tuvo como finalidad definir las variables psicológicas asociadas a la pobreza material de personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación de la Comunidad Terapéutica “Casa de la Juventud” en la cual los internos evidencian progreso de sí mismos teniendo en cuenta las necesidades básicas que obtienen de la comunidad terapéutica, esto se corrobora con los resultados obtenidos, la mayoría de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación se encuentran en el nivel medio de las variables que forman parte de la investigación en el aspecto psicosocial, en cuanto a autoestima y satisfacción vital.

A través de la aplicación de los instrumentos psicológicos se evidencio que las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación tienen un nivel alto de satisfacción vital, lo cual significa que dichos internos están en un proceso de adaptación con la satisfacción de vida que les ofrece el centro terapéutico Casa de la Juventud.

En cuanto a la escala de autoestima un alto porcentaje se ubica en el nivel medio, lo que evidencia que hay una mejora en el ámbito emocional, cognitivo y conductual; preocupándose por sí mismos, intentando tener una relación social saludable.

En relación al nivel de instrucción mediante la evidencia muestran que las personas adictas a sustancias psicoactivas en su mayoría no culminaron la secundaria, por lo cual tenían poca motivación personal, no teniendo deseos de poder alcanzar objetivos y metas en un futuro.

Respecto al tiempo que tienen en rehabilitación se puede decir que gran parte de las personas adictas a sustancias psicoactivas han superado los seis meses dentro de la comunidad terapéutica Casa de la juventud, demostrando que desean recuperarse de la adicción teniendo predisposición a la mejora y el cambio personal.

Tenemos como datos importantes la edad de promedio actual de las personas adictas a sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación que vienen a tener entre la 28.65 años determinando que los adultos son conscientes del daño que ya ha generado la adicción en su persona, tomando la decisión de internarse y estar en rehabilitación. Y la edad de inicio de consumo que vendría hacer a los 13.94 años, indicando que la mayoría eran adolescentes cuando empezaron a consumir drogas.

Teniendo en cuenta todos estos datos, podemos decir que los adolescentes más vulnerables al consumo de drogas, son los que tienen la autoestima muy baja, dejándose llevar por sus pares, afectando los estudios y muchas veces abandonándolos, disminuyendo su satisfacción de vida y por lo cual se limitan a gozar de las buenas oportunidades que la vida les puede brindar, llegando a una edad de madurez donde muy pocos adictos se dan cuenta que han perdido tiempo, teniendo la predisposición de rehabilitarse, con la finalidad de tener una mejor calidad de vida.

VI. RECOMENDACIONES

6.1. Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación, se confirma que en rehabilitación, llevando un tratamiento óptimo, hay un progreso en la autoestima y en la satisfacción vital de los internos, pero no es indicador de estar completamente rehabilitado, solo es una evidencia de mejora por el tratamiento que aplica la Comunidad terapéutica Casa de la Juventud.

Por lo tanto, la recomendación es que el interno continúe en la comunidad terapéutica, y que los familiares no lo retiren en cuanto vean un cambio en su forma de pensar y en su actitud, ya que para rehabilitarse es importante que la persona se encuentre preparada para salir a enfrentar su entorno social, los cambios que debe de haber en la familia y en la voluntad para no recaer en el consumo, recordar que el tratamiento es progresivo y a largo plazo.

Es importante que, durante el desarrollo de su autoestima y la satisfacción vital dentro de la comunidad terapéutica, la familia lo refuerce con palabras positivas y mostrando el interés en su rehabilitación, asistiendo a sus consultas psicológicas y sus charlas grupales dentro de la Comunidad Terapéutica, ya que esto reforzará el cambio tanto familiar como personal del interno y así lograr la rehabilitación en la familia.

En los centros de rehabilitación es necesario e importante implementar un equipo de profesionales (psicólogo(a), psiquiatra, doctor(a), enfermero(a)) para que puedan auxiliar al paciente en los momentos de crisis psicobiológica durante el síndrome de abstinencia y durante el proceso de rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000) DSM – IV – TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, España: Ed. Mason.

Barcelata, B. y Rivas, D. (2016), Revista Costarricense de Psicología, psicológico y satisfacción vital en adolescentes mexicanos tempranos y medios. Consultado el 15 de noviembre de 2018, de la base de datos redalyc.org, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476754931005>

Castro, L. (2012, 1 de enero). Revista de Psiquiatría y Salud Mental “Hermilio Valdizan”. Autoestima y autoeficacia en pacientes adictos en el centro de rehabilitación de Ñaña. Consultado el 03 de noviembre de 2018, de la base de datos Hospital Hermilio Valdizan, http://www.hhv.gob.pe/revista/2012/2012_12_01.pdf

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2017) El Problema de las Drogas en el Perú 2017, Perú: Ed. CEDRO

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2017) Epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares 2017, Perú: CEDRO

De León, D., Cantero, P. y Zabala, M. (2013, 18 de noviembre). Originales, estudios e investigaciones. Desempeño Ocupacional y calidad de vida en personas con adicción a sustancias. Consultado el 02 de noviembre de 2018, de la base de datos, TOG (A Coruña), <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original1.pdf>

Góngora, V. y Casullo, M. (2009). Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación. Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población

clínica de la Ciudad de Buenos Aires. Consultado el 15 de noviembre 2018, de la base de datos Redalyc.org, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645443010>

Hornillos, C. (2015) Evaluación de la Calidad de Vida y sus determinantes en personas dependientes de Opiáceos en tratamiento con metadona (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.

Huamancaja, A. y Quispe, H. (2014) Nivel de autoestima y consumo de bebidas alcoholicas en estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2014 (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Huancavelica, Perú.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010) Principios de tratamiento para la drogadicción, EE.UU: Ed. NIH

Laespada, T., Iraurgi, L. y Arostegui E. (2004) Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Consultada el 22 de noviembre 2018, de la base de datos Dialnet, <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>

Moreta, R. Gabior, I. y Barreta, L. (2017) Salud y Sociedad, El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios ecuatorianos. Consultado el 18 de noviembre de 2018, de la base de datos redalyc.org, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439752880005>

Organización Mundial de la Salud (2004) Guía de bolsillo de la clasificación CIE – 10 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, España: Ed. Medica Panamericana, S.A.

Organización Mundial de la Salud (1994) Glosario de términos de alcohol y drogas, España: Ed. Solana e Hijos A. G., S.A.

Prasson, R. y Chaturvedi, K. (2016). The Research-International Journal of Management Humanities and Social Sciences. Life Satisfaction: A Literature Review. Consultado el 18 de noviembre de 2018, de la base de datos the researcher, <http://theresearcherjournal.org/pdfs/01021220163.pdf>

Pérez, F. (2011) Perfiles de personas adictas a sustancias psicoactivas y eficacia del tratamiento en proyecto hombre burgos (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.

Spicker, P., Alvarez, S. y Gordon, D. (2009) Definición de pobreza: doce grupos de significado. Argentina: Ed. CLACSO.

Ulloa, N. (2003) Niveles de autoestima en Adolescentes institucionalizados, Hogar de Menores: Fundación Niño y Patria. Valdivia, II semestre 2002 (tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Chile.

Vasquez, A. (2012) Caracterización de las Adicciones y la Autoestima en los habitantes de las ciudades Jaime Roldos y Girasoles al Sur de la ciudad de Machala, periodo 2011-2012 (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

Veliz, C. (2013) La autoeficacia y sus efectos como modelo de intervención en personas adictas a sustancias psicoactivas internos en la comunidad terapéutica “Volver a vivir” de la ciudad de Manta, 2012, (tesis de pregrado). Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, Ecuador.

Yaya, E. (2017) Relación entre calidad de vida, tiempo de consumo y tiempo de permanencia de los niños, niñas y adolescentes adictos a sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima (tesis de maestría). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

Anexos

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG RSE

(Rosenberg 1965; Atienza, Balaguer, et Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, encerrando con un círculo la alternativa elegida.

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

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000 Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (solo uno por afirmación). Se sinceró con tu respuesta.

Nº	Indicador	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
11	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
22	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
33	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
44	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
55	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

SOLICITO: Permiso para aplicar pruebas psicológicas para mi proyecto de investigación de TESIS

SEÑOR DIRECTOR

DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA CASA DE LA JUVENTUD

Yo, KATYA VICTORIA AMAO QUISPE, identificada con DNI N° 46838004, con domicilio MZ 54 Lote 12 Gp. 6 Sector A – Huáscar. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo.

Que habiendo culminado la carrera profesional de Psicología en la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, solicito a Ud. permiso para aplicar 2 (dos) pruebas psicológicas para mi proyecto de investigación sobre “VARIABLES PSICOLOGICAS ASOCIADOS A LA POBREZA MATERIAL DE PERSONAS ADICTAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS para optar el grado de Psicóloga.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Lima, 13 de noviembre 2018

Katya Victoria Amao Quispe
DNI N° 46838004