

Pontificia Universidad Católica Argentina
“Facultad Teresa de Ávila”
Sede Paraná
Departamento Humanidades



*“RELIGIOSIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADULTOS JÓVENES
DE ENTRE RÍOS”.*

Trabajo Final para acceder a la Licenciatura en Psicología

TESISTA:

Mujica, Felipe Nicolás

DIRECTORA:

Dra. María Emilia Oñate

FECHA DE ENTREGA: 04 de Febrero, 2021.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi familia, principalmente a mis padres por su apoyo a lo largo de la carrera, por acompañarme siempre y no dejar que desista de mis sueños. A mis tías y abuela por acompañarme en los primeros años y a mis hermanas, cuñados y primos por estar siempre al pendiente. A mi novia por su contención y por ser mi gran apoyo a lo largo de todos estos años.

Gracias a mis amigos que han estado presentes, con los cuales he compartido cada logro y que, de una u otra forma, fueron parte de esta concreción.

Gracias a Emilia por sus consejos, apoyo y dedicación a lo largo de este último proceso.

Gracias a todos los sujetos que participaron de la investigación.

¡Gracias totales!

Felipe

RESUMEN

El propósito de la presente investigación consistió en analizar la relación entre religiosidad y consumo de sustancias en adultos jóvenes de 18 a 28 años de edad de la provincia de Entre Ríos a través de una investigación cuantitativa, de tipo correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 80 personas, de las cuales se dividieron en dos grupos, 40 consumidores de sustancias y 40 no consumidores, tomando a este último como grupo de control. De dichos integrantes que formaron parte de la muestra se generó una reducción de población para poder observar con mayor precisión el consumo problemático, reduciendo así la muestra en 20 posibles consumidores problemáticos y 20 no consumidores de sustancias.

Diferentes estudios señalan una correlación negativa entre los niveles de religiosidad y consumo de sustancias. Por lo que esta investigación no fue la excepción, a partir de esto se hipotetizó que existen diferencias significativas según la pertenencia al grupo de consumidores y no consumidores en relación a la religiosidad y que, entre religiosidad y consumo de sustancias, existe una asociación negativa y significativa, estadísticamente comprobada. A mayor nivel de religiosidad, menos consumo de sustancias.

Los instrumentos utilizados para recoger datos fueron: el cuestionario sociodemográfico, el instrumento de la Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES) y la adaptación Argentina de la Escala de Consumo de Sustancias Tóxicas.

Con la información obtenida a través de los cuestionarios, se realizó un procesamiento y análisis estadístico de los datos, utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23. Primeramente, se llevó a cabo un análisis de estadística descriptiva básica de la muestra, a fin de obtener las frecuencias, medias y desvíos típicos, puntajes observados mínimos y máximos, con el objeto de conocer los niveles con los que se presentaban las diferentes medidas de religiosidad y consumo de sustancias en los/as adultos jóvenes de Entre Ríos. Luego, a fin de identificar si existían diferencias en el grado de religiosidad en función de la pertenencia al grupo de consumidores y no consumidores se llevó a cabo una prueba t. Finalmente, con el

objetivo de determinar la asociación entre religiosidad y el consumo de sustancias se realizó un análisis de correlación de Pearson.

Según los resultados obtenidos en la presente investigación, se llegó a la conclusión que existen diferencias entre la pertenencia al grupo de “consumidores” y “no consumidores” en adultos jóvenes entrerrianos según el grado de religiosidad, tomando este último como grupo de control.

En el grupo de “consumidores” se pueden ver niveles significativamente bajos de religiosidad, por otro lado, se observó que dentro del grupo de “consumo” se manifestaron niveles elevados de utilización de tabaco, alcohol y marihuana. Se exhibieron niveles bajos de cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, energizantes, pegamento con tolueno, medicamentos para los nervios no recetados y mezcla de alcohol con medicamentos y energizantes. Por último, no existió en la muestra ningún sujeto que haya consumido paco.

En contraposición a esto, dentro del grupo de “no consumidores” se mostraron niveles significativamente elevados de religiosidad, los cuales manifestaron un nivel elevado en las actividades como el rezar, acudir a ceremonias de la religión y tener una relación cercana a Dios

En cuanto a las limitaciones, se encontraron escasas investigaciones internacionales y nulas indagaciones nacionales previas ante las variables de estudio de manera conjunta, lo cual no favoreció el enriquecimiento de conocimientos actualizados a la tesis. Se puede observar que la muestra posee un tamaño reducido, lo cual impide que los resultados puedan ser generalizados a la población total; también la investigación fue limitada en cuanto a la toma del grupo de no consumidores, puesto que fue elegido con el limitante de no consumir ningún tipo de sustancias, lo que derivó en reducir demasiado la muestra, a tal punto que fue difícil encontrar sujetos de estudio; por otro lado, las escalas presentaron limitaciones propias de los autoinformes y es que al ser una investigación puramente cuantitativa, se dejan de lado muchas cuestiones relacionadas a lo subjetivo. También, se puede señalar que existe una limitación en los datos sociodemográficos, los cuales fueron escasos, y paralelamente, podría haberse implementado otra serie de instrumentos para poder recabar más información. Por último, se puede observar que en la investigación no se logra profundizar en el concepto

de consumo problemático de una manera propicia, ya que los instrumentos no recabaron la información necesaria para ahondar en el tema, es decir, que instrumentos como el de Jackobsen no se encuentran actualizados y dan una concepción antigua del consumo.

Se recomienda para futuras investigaciones trabajar con una muestra de mayor número, la cual permitiría resultados más precisos; generar una investigación cualitativa sobre los datos propuestos, para poder conocer de mejor manera la relación que posee cada sujeto con la religión y con el consumo de sustancias, utilizar un grupo de control que no sea tan limitado, el cual pueda consumir, pero sin llegar a un consumo problemático y observar si existe la misma correlación; investigar las mismas variables en adolescentes u otro grupo etario; utilizar instrumentos que se basen en una concepción actual en cuanto al consumo de drogas; desarrollar una investigación profunda sobre qué encuentran las personas dentro de la religión que les permite sostenerse de ella para no caer dentro de un consumo problemático; diseñar un plan de contención que incluya la religiosidad como uno de los aspectos principales para aquellos sujetos que intenten dejar de consumir sustancias; advertir a todas las personas que trabajen dentro del campo de consumo de sustancias la importancia de la religión; generar una ONG que se encargue de detectar los focos de mayor consumo, proporcionando en dichos lugares charlas y grupos de contención, facilitando el diálogo acerca de la importancia de la religiosidad, brindándole a los sujetos la posibilidad de elegir si sostenerse de ella o no; hablar con las autoridades de diferentes cultos religiosos para fomentar espacios de contención para las personas que consumen sustancias. Crear una cuenta en redes sociales que brinde información sobre el tema y generar un feed back con los usuarios que les permita despejar sus dudas e inquietudes.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN

1.1.	Formulación del problema.....	10
1.2.	Preguntas de investigación.....	12
1.3.	Objetivo general.....	12
1.4.	Objetivos específicos.....	12
1.5.	Hipótesis.....	13

II. MARCO TEÓRICO

2.1.	Marco teórico.....	15
2.1.1.	Juventud y adultez emergente.....	15
2.1.2.	Consumo de sustancias.....	16
2.1.2.1.	Acercamiento a las definiciones de consumo de sustancias.....	16
2.1.2.2.	Clasificación de las sustancias en función de cómo afectan al sistema nervioso central	17
2.1.2.3.	Diferentes concepciones del consumo de sustancias.....	19
2.1.2.4.	Consumo problemático.....	22
2.1.2.5.	Ley N° 26.657.....	23
2.1.3.	Religión.....	26
2.1.3.1.	Aproximaciones a la definición de religión.....	26
2.1.3.2.	Religión y su influencia.....	27
2.1.3.3.	Religión y Psicología.....	29
2.1.3.4.	Religiones en Argentina.....	31
2.2.	Antecedentes (Estado del arte).....	32

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1.	Tipo de Investigación.....	37
3.2.	Muestra.....	37
3.3.	Descripción de la muestra.....	38
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	40

3.5.	Procedimientos de recolección de datos.....	42
3.6.	Procedimientos de análisis de datos.....	42

IV. RESULTADOS

4.1.	Niveles de religiosidad y consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos.....	45
4.2.	Diferencias en el grado de religiosidad en función de la pertenencia al grupo de consumidores y no consumidores en adultos jóvenes entrerrianos, tomando este último como grupo de control	49
4.3.	Asociación entre religiosidad y el consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos.....	41

V. DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1.	Discusión.....	53
5.2.	Conclusión.....	57
5.3.	Limitaciones.....	58
5.4.	Recomendaciones.....	59

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Consentimiento informado.....	66
Datos sociodemográficos.....	67
Escala de Religiosidad.....	68
Escala de consumo de sustancias.....	69
Salidas estadísticas.....	71

Lista de Figuras

Figura 1: Porcentaje según sexo en consumidores de sustancias.....	39
Figura 2: Porcentaje según sexo en no consumidores de sustancias.....	39
Figura 3: Media de participación religiosa y grupo de pertenencia.....	50

Lista de Tablas

Tabla 1: Puntaje observado mínimo, máximo, media y desvío típico de	
---	--

Religiosidad y Consumo de sustancias en grupo de consumidores.....	45
Tabla 2: Puntaje observado mínimo, máximo, media y desvío típico de Religiosidad y Consumo de sustancias en grupo de no consumidores.....	45
Tabla 3: Frecuencia de respuesta a los diferentes ítems que evalúan las prácticas religiosas. Teniendo en cuenta la muestra administrada a los consumidores de sustancias	46
Tabla 4: Frecuencia de respuesta a los diferentes ítems que evalúan las prácticas religiosas. Teniendo en cuenta la muestra administrada a los no consumidores de sustancias.....	47
Tabla 5: Frecuencia de respuesta a los diferentes ítems que evalúan el consumo de sustancias. Teniendo en cuenta la muestra administrada a los consumidores de sustancias.....	48
Tabla 6: Comparación de los valores medios y desvíos estándares de religiosidad y consumo de sustancias de los sujetos correspondientes al grupo “consumidores de sustancias” o “no consumidores de sustancias”.....	50
Tabla 7: Correlaciones de Pearson entre Consumo de sustancias y Religiosidad.....	51

CAPÍTULO I

Introducción

1.1. Formulación del problema.

El DSM IV (1995) expresa que entre los individuos de 18 a 24 años hay una prevalencia relativamente alta de consumo, incluyendo al alcohol. Con las drogas de abuso, la intoxicación generalmente es el primer trastorno relacionado con sustancias, que suele tener lugar en la juventud. La dependencia puede aparecer en cualquier edad, aunque lo más habitual es que en muchas de las drogas de abuso, su inicio se produzca en los 20, 30 y 40 años. En este tipo de drogas, los trastornos suelen diagnosticarse con más frecuencia en varones que en mujeres, sin embargo, la proporción según el sexo varía para cada tipo de sustancia.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se cree correcto generar un acercamiento a la población de América, a lo que Peruaga, Rincón y Selin (2002) exponen que el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas están ligadas aproximadamente a una cuarta parte de las defunciones anuales que se producen en América. En el Cono Sur de América Latina, a los 15 años de edad ya fuma cerca del 40% de los jóvenes y la gran mayoría respira en casa el aire contaminado por el humo de tabaco de los demás. En América Latina cada persona consume en promedio 6 kilos de alcohol puro por año, lo que constituye la cifra más alta del mundo menos desarrollado. Se estima que 45 millones de ciudadanos de América consumen marihuana. Si bien la carga de enfermedad que genera el consumo de drogas ilegales no llega a la magnitud de la ocasionada por las drogas legales, las consecuencias sociales son mucho mayores.

Continuando con la población de Argentina, según el SEDRONAR (2017) el consumo de sustancias en adultos jóvenes es un problema, estos son quienes tienen niveles de consumo más elevados en los diferentes tipos de sustancias. En cuanto al uso de tabaco, las personas entre 25 y 34 años son quienes lideran los niveles de consumo; paralelamente al referirse a la ingesta de alcohol, se observa la tasa más alta entre los 18 a los 24 años; por último, los jóvenes comprendidos entre los 18 y 24 años son los que muestran los niveles más elevados de uso de marihuana, cocaína y opiáceos.

Luego del texto que precede, se cree importante definir la palabra droga y religión:

La OMS define como droga toda aquella sustancia que, introducida en el organismo, puede modificar una o más de sus funciones (Kramer y Cameron, 1975). Iglesias (2002) afirma que el uso de drogas es aquel consumo de sustancias que no produce resultados negativos para el individuo, siendo este tipo de consumo el más usual al usar una droga de manera esporádica.

Según la RAE (2001) la religión es el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. Paralelamente Koenig (2012) decía que la religión involucra creencias, prácticas y rituales relacionadas a lo trascendental, donde lo trascendente es Dios. Esto a menudo implica lo místico o lo sobrenatural. Las religiones usualmente tienen creencias específicas sobre la vida después de la muerte y las reglas sobre la conducta dentro de un grupo social. También afirma que existe una relación directa entre el consumo de sustancias y la religiosidad.

Con la evidencia de riesgos importantes para la salud asociados con el consumo de sustancias, en esta tesis se indagó, cómo el consumo de sustancias en adultos jóvenes se relaciona con factores que podrían proteger al individuo de dicho fenómeno, de este modo las medidas de protección como la religiosidad puede ser un recurso psicológico muy importante de los cuales los adultos jóvenes pueden valerse para no consumir sustancias.

Pudieron llegar a esta conclusión a partir de investigaciones personas tales como Koenig (2012) quien sostiene que los efectos protectores de la religiosidad sobre el abuso de sustancias muestran que puede tener influencias efectivas importantes en la salud a lo largo de la vida. Por consiguiente, Caputo (2004) expresa que la religiosidad de los padres estaba asociada positivamente con la buena salud y los niveles más altos de educación, mientras que estaba inversamente relacionada con el abuso de sustancias.

Miller, Davies y Greenwald (2000) indican a través de su investigación, que los bajos niveles de religiosidad en adolescentes pueden estar asociados con el inicio y abuso de sustancias. Además, teniendo en cuenta los estudios de Amey, Albrecht y Miller (1996) se observa que datos de una encuesta nacional de estudiantes del último

año de secundaria en Estados Unidos, muestran que la religión brinda cierta protección contra el uso de drogas.

Por otro lado, la investigación hecha por Regnerus y Elder (2003) identificó al menos un aspecto influyente de la religión que sirve como factor protector directo en cada modo de vulnerabilidad y también documentó vías indirectas de influencia religiosa. Por último, se puede observar que en la investigación de Steinman (2005) los estudiantes que vendían drogas estaban menos involucrados en actividades religiosas y familiares.

Sin embargo, existe una carencia de estudios sobre este tema, particularmente en la provincia de Entre Ríos. Esta investigación intentará cubrir esta ausencia de conocimiento sobre la relación entre religiosidad y consumo de sustancias en esta etapa evolutiva en el contexto de la provincia de Entre Ríos.

1.2. Preguntas de investigación

- ¿Existe asociación entre la religiosidad y el consumo de sustancias en los adultos jóvenes entrerrianos?
- ¿La religiosidad constituye un predictor significativamente negativo del consumo de sustancias en los jóvenes adultos entrerrianos?

1.3. Objetivo general.

- Analizar la relación entre religiosidad y consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos.

1.4. Objetivos específicos.

- Describir los niveles de religiosidad y consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos.
- Identificar si existen diferencias en el grado de religiosidad en función de la pertenencia al grupo de consumidores y no consumidores en adultos jóvenes entrerrianos, tomando este último como grupo de control.
- Determinar la asociación entre religiosidad y el consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos.

1.5. Hipótesis

- Existen diferencias significativas en la religiosidad según la pertenencia al grupo de consumidores y no consumidores en adultos jóvenes entrerrianos.
- Entre religiosidad y consumo de sustancias, existe una asociación negativa y significativa estadísticamente. A mayor nivel de religiosidad, menos consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos.

CAPÍTULO II

2.1. Marco teórico

La tesis se orientó hacia el intento de analizar si existe correlación entre la “religiosidad” y el “consumo de sustancias” y en poder evaluar esa asociación estadísticamente. Para ello es pertinente el desarrollo de ambos conceptos. De igual manera, la población elegida es la juventud y adultez emergente, por lo cual también se hará un acercamiento teórico breve de esta etapa del ciclo vital.

2.1.1. Juventud y adultez emergente

Se expresa en el siguiente apartado una aproximación al encadenamiento de conceptos que intentan acercar la definición de “adulto joven”, ya que es la población con la que se trabajó en la investigación.

Para poder llevar a cabo el acercamiento teórico a la población de juventud y adultos jóvenes se cree oportuno tener en cuenta el aporte de Griffa y Moreno (2005) quienes exponen que es una etapa de transición entre la adolescencia y la adultez (entre los 18 y 25 años), sirviendo justamente como período “de prueba” en el ejercicio del rol adulto hasta llegar a asumir la autonomía y responsabilidad plena. Paralelamente Arnett (2008) distingue a la adultez joven como un período de transición entre la adolescencia y la adultez, en la cual comienzan a aparecer cualidades propias de la madurez del adulto, dejando progresivamente los comportamientos del/a adolescente, pero lo extiende postulando que inicia a los 18 hasta los 28 años.

Según García (2015) una de las características principales de esta edad es el desarrollo de la capacidad de autodeterminación y la necesidad de independencia mejor estructurada y fundamentada, a diferencia de lo que ocurre en la adolescencia, permiten al/a joven mostrarse como un ser relativamente independiente de las opiniones de su grupo coetáneos o iguales, siendo capaz de enfrentarse abiertamente a determinados criterios. Paralelamente como expresión del desarrollo moral vemos que los conceptos morales se hacen más conscientes y estructurados y el/a joven logra formularlos correctamente a través del lenguaje; el sujeto asume la responsabilidad personal de sus acciones basándose en principios morales generales y, a la vez, logra una mayor flexibilidad y argumentación de sus valoraciones morales.

Asimismo, Erikson (1950, citado en Cornachione, 2006) considera que en la crisis seis, cuando la persona transita la adultez temprana y ha desarrollado un sentimiento de identidad durante la adolescencia, está ya preparada para fusionar su identidad con la de otros. Cuando los adultos jóvenes van resolviendo progresivamente las demandas, las que con frecuencia resultan conflictivas, internas y competitivas, podría decirse que se está desarrollando un sentido ético que caracteriza a la adultez.

Teniendo en cuenta el quehacer de los individuos, Müller (2007) expone que en esta época de la vida suelen terminarse los estudios secundarios, iniciarse los planes de ingreso universitario o terciario, los cuales pueden ser modificados pronta o tardíamente; así también aparecen las primeras experiencias laborales, de mayor o menor grado de formalidad. Esto enfrenta al/a joven con ciertas responsabilidades y la necesidad de “hacerse cargo” de su vida (sus horarios, sus ingresos monetarios, etc.) teniendo aún el soporte parental, pues muchos jóvenes siguen viviendo con sus padres, o bien dependen de ellos para cubrir sus mayores gastos.

Por consiguiente, Claudia Messing (2016) considera que la adolescencia es un periodo vital que ahora se extiende desde los 10 a los 24 años. Al reconocer la ampliación temporal de la adolescencia demostraría que la sociedad ha reducido sus expectativas para la siguiente generación, cuando no es "necesariamente infantil" pasar la década de los 20 en la Universidad o probando diferentes trabajos. La salida del hogar no es un requisito para el tránsito por la juventud. Muchos, aún con trabajo estable, una carrera terminada o una familia más o menos conformada, se mantienen en el hogar paterno.

2.1.2. Consumo de sustancias

2.1.2.1. Acercamiento a las definiciones de consumo de sustancias

A continuación, se profundizará sobre los distintos conceptos de droga o sustancia para poder llegar a una mayor comprensión sobre una de las variables de estudio.

La OMS define como droga toda aquella sustancia que, introducida en el organismo, puede modificar una o más de sus funciones (Kramer y Cameron, 1975).

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se puede relacionar con lo propuesto desde el DSM IV (1994) que concibe como sustancia, tanto la droga de abuso, como medicamentos o un tóxico, ya que todos ellos generaran un cambio en el organismo. Paralelamente la CIE-10 (2000) dice que, para poder proporcionar un buen tratamiento para abandonar el consumo de sustancias, la identificación de la sustancia psicoactiva debe hacerse con todas las fuentes de información posibles.

El concepto de consumo de sustancias se ve íntegramente relacionado con tres conceptos claves que son: el uso, el abuso y la dependencia.

Por un lado, el manual DSM IV (1994) cuenta con criterios diagnósticos para la dependencia y abuso de sustancias. Tomando así a la dependencia como un grupo de síntomas tanto cognitivos, comportamentales y del estado fisiológico que denotan cómo el individuo sostiene el consumo, relacionando a este concepto con la tolerancia y abstinencia; y el abuso, se encuentra caracterizado por consecuencias negativas significativas (legal, social, interpersonal, físico), como forma desadaptativa y repetida de consumo.

Y, por otro lado, Iglesias (2002) distingue entre uso, abuso y dependencia. Distinguiendo al uso de drogas, como aquel consumo de sustancias que no produce resultados negativos para el individuo, siendo este tipo de consumo el más usual al usar una droga de manera esporádica. Luego, refiriéndose al abuso de sustancias como el uso prolongado que, continúa a pesar de los resultados negativos. Por último, la dependencia al uso excesivo de sustancias (abuso), que genera resultados negativos significativos en un periodo prolongado de tiempo.

2.1.2.2. Clasificación de las sustancias en función de cómo afectan al sistema nervioso central

Teniendo en cuenta las afecciones de las diferentes sustancias se toma a Kramer y Cameron (1975) ya que agrupan las sustancias según su efecto en el sistema nervioso central (de aquí en adelante: SNC), ésta se considera la forma más correcta de clasificar las drogas. Esta clasificación es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud y separa las sustancias psicoactivas en depresoras, estimulantes y perturbadoras:

Las drogas depresoras:

Las drogas depresoras son las sustancias que disminuyen la actividad del SNC. Lo hacen reprimiendo las estructuras presinápticas, consiguiendo, de esta manera, que la cantidad de neurotransmisores sea menor, disminuyendo también la función de los receptores postsinápticos. Son aquellas que inhiben o atenúan los mecanismos cerebrales que sirven para mantener el estado de vigilia y pueden producir diferentes grados de efectos desde la relajación, somnolencia, sedación hasta la anestesia o el coma.

Los principales grupos de sustancias depresoras del SNC son:

Los sedantes/ hipnóticos

Los opiáceos

Los neurolépticos

Algunos ejemplos de drogas depresoras son:

El alcohol

El cannabis

Las benzodiacepinas

La heroína

La ketamina

Las drogas estimulantes:

Sustancias que estimulan la actividad del SNC. Actúan bloqueando la inhibición o excitando las neuronas. La estimulación se explica por el aumento de la despolarización neuronal, el incremento de la cantidad de neurotransmisores disponibles, el aumento de la acción de los neurotransmisores, la debilidad de la membrana neuronal y la disminución del tiempo de recuperación sináptica. Son sustancias que producen euforia, aumentan el estado de alerta y la actividad motriz, y hacen que disminuya la sensación subjetiva de fatiga y el hambre.

Las drogas estimulantes son las siguientes:

Las anfetaminas

La cocaína

La cafeína

La teobromina y la teofilina

La nicotina

Las drogas perturbadoras

Agregar efectos a nivel SNC neuronal. Sustancias capaces de modificar la actividad psíquica y producir alteraciones en la percepción como alucinaciones, así como alterar el estado de ánimo y los procesos de pensamiento.

Algunos ejemplos de drogas perturbadoras son:

El LSD

Los alucinógenos

El cannabis

El metilendioximetanfetamina (Éxtasis)

2.1.2.3 Diferentes concepciones del consumo de sustancias

Luego de definir las diferentes concepciones del consumo de sustancias se intentará dilucidar desde diferentes miradas este fenómeno posibilitando ampliar el campo explicativo, iniciando para esto con un acercamiento de los conceptos de abstinencia, tolerancia y adicción.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación (2018) se define como síndrome de abstinencia, a aquel conjunto de síntomas y signos que surgen en relación con una brusca supresión de una sustancia, encontrándose desde lo general características comunes en todos los casos, por otro lado, conjuntos propios de peculiaridades correspondientes a cada una de las sustancias y también variaciones propias de cada paciente. Con respecto a la tolerancia, la define como la adaptación desde el organismo,

que provoca la necesidad de incrementar la dosis consumida para lograr el efecto esperado. Por último, define adicción como total entrega del individuo a la actividad de consumo, dirigiendo la totalidad de sus acciones diarias con relación a esa actividad, afectando las esferas familiares, sociales y laborales.

El Ministerio de Educación de la Nación (2009) considera 5 modelos claves para entender la complejidad del consumo de sustancias y explicar allí todos los factores que lo afectan. Estos modelos son el modelo ético jurídico, modelo médico sanitario, modelo psicosocial, modelo sociocultural y modelo multidimensional.

- Modelo Ético Jurídico:

Se categorizan en sujetos que tuvieron contacto o no con “la droga” bajo el criterio de legalidad. El consumidor de drogas (siempre ilícitas) viola la ley, y es por lo tanto un trasgresor. En lo que concierne al contexto, éste se encarna en la norma, vale decir que lo social queda bajo lo normativo, el discurso preventivo que resulta de este enfoque enfatiza que el uso de drogas es ilegal y moralmente malo.

- Modelo Médico Sanitario:

Se considera a las personas que consumen drogas bajo el concepto de “enfermo”. Se trata de un sujeto que estaba sano y que se enfermó a causa del consumo, en función de su toxicidad o potencial adictivo. Bajo este modelo se consideran drogas tanto las ilegales como las legales, por lo que incluye también como problema el consumo de tabaco, alcohol y medicamentos. La distinción que se hace de las sustancias tiene que ver con sus efectos y se diferencian entonces las drogas blandas de las duras, de acuerdo con su mayor o menor toxicidad.

- Modelo Psicosocial:

Este modelo ya no pone el acento en la sustancia, sino en el sujeto que la consume, lo importante será el tipo de vínculo que una persona establece con la sustancia, cualquiera sea su estatus legal o farmacológico, por esto mismo el consumo será entendido como síntoma de una enfermedad previa. Al poner el foco en la relación de las personas con las drogas, entran en juego los conceptos de uso, abuso y adicción, reconociendo solo como “uso problema” a las dos últimas categorías. Es decir que

desde el Modelo Psicosocial se presta mayor atención al consumo en cuanto si es esporádico, ocasional, reiterado o compulsivo.

- Modelo Sociocultural:

Lo que caracteriza a este modelo es su enfoque centrado sobre la estructura social, tomando los rasgos de la sociedad contemporánea y definiendo como determinantes los factores culturales y socioeconómicos. Son las presiones ejercidas desde estos factores las cuales afectan al individuo y como consecuencia de ello lo lleva al consumo de drogas, tomando a éste como forma de evadirse de una realidad que lo afecta ampliamente. Llegando a la conclusión que, en este enfoque, se toma al consumo de drogas como un síntoma social.

-Modelo Multidimensional:

Este modelo considera el consumo como un proceso complejo y multidimensional en el que se establece una dinámica entre la sustancia, los procesos individuales del sujeto y el contexto social en que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, tomando en cuenta también las dimensiones política y cultural. Se analizan los factores de riesgo y de protección como condicionantes que pueden afectar al sujeto e incidir en el consumo. El modelo preventivo apunta al interjuego entre las características individuales, personas cercanas al individuo (familia, grupo de pares, etc.) y también a personas del entorno macrosocial.

-El Modelo Ético Social:

Este modelo se centra en la problemática del uso indebido de drogas, no solo contando con la interacción de la tríada “sustancia-persona-contexto”, sino también tomando en cuenta el sentido de la vida, es decir la preocupación por la existencia como acción necesaria desde un proyecto grupal. El FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica) de Buenos Aires presentó el Modelo Ético Social el cual no niega la validez de los enfoques parciales anteriores, sino que los integra en una síntesis superadora.

2.1.2.4 Consumo problemático

La secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico (de aquí en más: SEDRONAR,2014) comunica que el consumo problemático es cualitativamente distinto de un sujeto a otro y que, de esta manera, cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto. Las diferencias pueden observarse tanto en los efectos como en las consecuencias que trae el consumo en la vida cotidiana de las personas, como ser: su vida personal y relaciones sociales, su capacidad de producir (trabajar o estudiar), sus posibilidades de elección o autonomía, su salud psicofísica, etc. Siendo un instrumento cuantitativo, esas particularidades nombradas anteriormente, ya que pueden ser observadas y al mismo tiempo cuantificadas, medidas, puestas en relación, y comparadas. A lo que Heredia y Guzmán (s/f) agregan que lo que determina el consumo no es el producto, sino la relación con el mismo y el modo de vida en que se inscribe.

Hernández López, Roldán Fernández, Jiménez Frutos, Mora Rodríguez, Escarpa Sánchez-Garnica y Pérez Álvarez (2009) formulan una crítica ante el concepto de consumo problemático exponiendo que resulta un término polisémico en actual discusión, la definición de consenso utilizada en Europa no incluye el alcohol ni el tabaco y no se adapta a los poli consumos concurrentes o simultáneos que representan la realidad actual en los/as adolescentes.

El DSM IV (1994) toma al consumo problemático como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo mayor de 12 meses:

- 1.- Consumo de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o en la casa.
- 2.- Consumo recurrente de sustancias en condiciones en las que hacerlo es físicamente peligroso para el sujeto o para otras personas.
- 3.- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

4.- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

2.1.2.5 Ley N° 26.657

En el siguiente apartado se expresará la visión adoptada por la ley argentina en el año 2013, ya que ésta cambia la concepción ante el trato para con la persona declarada incapaz por causa de enfermedades mentales o adicciones.

A partir de la Ley N° 22.914, promulgada en el año 1983, se les permitía a los jueces ordenar internaciones bajo criterio medico penal a todas aquellas personas que ellos considerasen adictas. Se resalta la consideración personal de los jueces, ya que no existía ningún criterio que dé cuenta de aquella caracterización. Los sujetos que eran internados perdían sus derechos civiles por el tiempo que la autoridad lo decidiera, ya que eran considerados incapaces.

Stolkiner (2012) dice que los movimientos que luchaban por terminar con las internaciones prolongadas para abordarlas desde una perspectiva que intervenga en las problemáticas psiquiátricas severas de forma ambulatoria e incluyendo la perspectiva de la comunidad, comenzaron a ser oídos en varias partes del mundo. Estos movimientos darían paso a la posibilidad de una nueva estrategia en los sistemas de salud. La idea era pensar las prácticas de salud con dimensiones más amplias y menos convencionales que las que presentaban los modelos vigentes.

De Lellis (2011) alega que la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental implica una oportunidad inédita para revisar las concepciones y prácticas que se orientan a la formación de los recursos humanos en el campo de la salud mental.

La Ley N° 26.657, promulgada en 2013, expone que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. Los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y equitativo, propugnándose la responsabilidad indelegable del Estado en

garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico. El eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca.

No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (Ley N° 26.657, 2013).

Esta ley, sitúa al usuario de drogas como un ciudadano con pleno uso de derechos y permite interrogar las políticas públicas desde una perspectiva actual. El objetivo es llevar a cabo estrategias que no destierren al usuario de drogas de los sistemas sociales (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013).

El lugar que ocupan las adicciones en el campo de la salud y la garantía de que el sujeto no termine convirtiéndose en un objeto de las prácticas médicas y/o judiciales, ambas cuestiones, serán abordadas con el mismo espíritu que hallamos en los lineamientos de esta ley, es decir, reconociendo la complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado, desde una perspectiva de derechos, interdisciplinar, de incorporación de la comunidad en todo el proceso y de la dignidad humana como valor supremo (Bolpe, 2018).

Según Bolpe (2018) la nueva ley dirige la atención hacia políticas y prácticas que desincentiven el consumo y atiendan sus consecuencias como parte de las estrategias de una salud pública que procure limitar los efectos y reducir el uso, utilizando los recursos económicos, ya sea en campañas de prevención basadas en los principios de atención primaria en salud, la educación, en apoyos selectivos, en programas contra las adicciones o (en caso de no lograrlo) que apunten a circunscribir sus efectos adversos en poblaciones definidas, y atendidas a partir de sus necesidades

reales, y acercar aquellos que padecen del consumo problemático a la comunidad, en lugar de estigmatizarlos.

Por otro lado González, Moscoso y Lago (2016) dicen que todos los actores del sistema de salud se ven afectados por la sanción de la ley de salud mental y en algunos casos se manifiestan conflictos de interés. Por las características técnicas de promulgación y de unanimidades en ambas cámaras, esta ley no necesita ser aprobada por los parlamentos provinciales, lo que la hace de aplicación inmediata en todo el país. Sin embargo, se observan potenciales conflictos entre los estados provinciales y el estado nacional, ya que la legislación no se adapta a todos los contextos provinciales donde poseen legislación propia. Los propietarios privados de establecimientos monovalentes o neuropsiquiátricos deben realizar una gran inversión en el cambio de perfil de sus instituciones, y en la capacitación de sus profesionales para las nuevas funciones que deberán cumplir. Así mismo, en los hospitales generales no existen las estructuras apropiadas para internar a los pacientes con padecimientos mentales más severos. Esto deberá solucionarse con una reasignación de recursos entre servicios al interior de cada institución, lo cual requiere un proceso de transición. También debe promoverse la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales y empresas de medicina prepagas a los principios promulgados en la ley. En la medida que la cobertura de la seguridad social no se adapte a la nueva normativa, en muchos casos el beneficio del paciente en términos de calidad de vida e inserción socio laboral se ve opacado por los mayores costos que debe afrontar la familia del paciente, al tener que garantizar la contención que antes ofrecían los hospitales monovalentes. El país está atravesando una etapa de incertidumbre ante el nuevo paradigma. La nueva ley de salud mental provocó el surgimiento de obligaciones para toda la sociedad en su conjunto, por lo cual el camino hacia su plena adopción es extenso y requiere de grandes esfuerzos de articulación de todos los actores involucrados.

Es por esto que Rodríguez (2014) expresa que apostar a la producción de estos cambios, será necesario introducir modificaciones profundas en el ámbito de la formación. Será necesario poner énfasis en construir, dentro de este nuevo marco regulador de las prácticas psicológicas, alternativas de saberes y de praxis que faciliten la formación de una subjetividad profesional. La ley considera al sujeto en su

singularidad, y ante el nuevo paradigma que promueve se debe traducir en un sistema de salud mental con diversidad de herramientas y dispositivos.

2.1.3 Religión

2.1.3.1 Aproximaciones a la definición de Religión

En el siguiente apartado se darán diferentes definiciones sobre la religión para lograr entender con mayor profundidad el concepto, pero primero se cree necesario generar un acercamiento a lo propuesto por James (1902, citado en Melián 2015) quien menciona que la religión personal aún debería tomarse como primordial, incluso ante quienes la prolongan a través de la estigmatización de la misma como incompleta. Propone además que los fundadores de las diferentes iglesias comprometieron su poder primariamente al hecho de su comunión personal estrecha con lo divino (Cristo, Buda, Mahomet, como también todos los originadores de las comunidades cristianas). Y también distinguió que, en la mayoría de los libros sobre religión, se encuentran representados tres elementos esenciales como, el sacrificio, la confesión y la oración.

Bautista (2002) propone que las religiones han estado presentes en el ser humano desde siempre, es decir, que la preocupación por lo religioso es una constante en lo que respecta al hombre. Una de las formas de las religiones a considerar es la universal, que es entendida como aquella a la que están abiertas a todas las personas, encontrándose dentro, el mazdeísmo, el budismo, el cristianismo, el islamismo, etc.

Por otro lado Bautista (2002) distingue, las religiones como “tradicionales”, prevalecen símbolos naturales, enraizados en el cosmos o en momentos determinantes para la vida del hombre, en las distintas culturas refiere como experiencia de un poder, sobrehumano presente y actuante en la vida del hombre, se busca una razón desde las religiones para explicarlos, utilizando ritos, oraciones y creencias, expresándose desde las herramientas de cada contexto cultural, modo de estructurarlas en sus sistemas políticos, ordenes jurídicos, económicos e institucionalizarlas.

Ayllón (2006) describe como religión a aquella que, brinda una contestación, partiendo desde la fe, ante las principales preguntas de la filosofía, retoma las palabras de San Agustín para ahondar sobre su comprensión, así la denominación “religare”,

unión o enlace, significando tanto los deberes de culto como el vínculo del hombre con Dios. Además, subjetivamente la religión implica una adhesión intelectual bajo las doctrinas religiosas como también el cumplimiento voluntario de sus normas, religión es verdad y vida.

Las religiones según Koenig (2012) involucran creencias, rituales y prácticas en relación con lo trascendente, esto a menudo implica lo místico o lo sobrenatural. Éstas usualmente tienen creencias específicas sobre la vida después de la muerte y las reglas sobre modos de conducta dentro de un grupo social. La religión además posee ceremonias que pueden celebrarse o practicarse en privado o en público, partiendo así de lo establecido por las tradiciones que se desarrollaron con el tiempo dentro de una comunidad.

Al mismo tiempo Koenig (2012) establece la diferencia entre religiosidad y espiritualidad definiendo a esta última como una conexión con lo sagrado, lo trascendente e íntimamente conectado a lo sobrenatural, a lo místico, al orden. La espiritualidad se distingue por no poseer rituales ni una necesidad de orientarse bajo creencias ya estipuladas.

A continuación, Piedmont (2012) expresa que la religiosidad se define como un sentimiento, debido a que los sentimientos son tendencias emocionales adquiridas en la socialización, pudiendo influir intensamente en pensamientos y conductas. De acuerdo con tal conceptualización, las prácticas religiosas serían expresiones comportamentales de tales sentimientos religiosos.

2.1.3.2 Religión y su influencia

La intención de este apartado es dilucidar la capacidad que tiene la religión para afectar de manera directa el pensar y el actuar humano. Muchos autores investigaron sobre el tema y pudieron llegar a diferentes conclusiones sobre el comportamiento de los sujetos que se ven atravesados por la religión. Algunos solo se limitan a exponer los beneficios de la religión dentro de la vida humana, otros lo toman como un proceso de maduración y trascendencia.

Jung (1949) hace referencia a que una de las formas de exteriorización universal más temprana del alma humana es la religión, lo que ocasiona que todo tipo de psicología que se encargue de la estructura psicológica de la personalidad deberá al menos considerar a la religión no solo como un fenómeno histórico y sociológico, sino también como un asunto personal e importante. Y de la misma manera Seligman (2003) afirma que las religiones propagan tanto la esperanza respecto al futuro, como también la capacidad de conceder sentido a la vida.

Simkin y Martin (2014) mencionan, que existen asociaciones positivas entre religiosidad y salud mental, y con la prevalencia de trastornos mentales como también denotar un incremento en el bienestar subjetivo o psicológico.

Spranger (1923, citado en Allport 1986) define el hombre religioso como el individuo cuya estructura mental está permanentemente orientada a la creación de la experiencia de valor más elevada y absolutamente satisfactoria.

Allport (1986) destaca que el mayor valor del hombre religioso es la unidad ya que este sujeto es místico y trata de comprender el cosmos como un todo. Teniendo en cuenta este aspecto del individuo explica dos modos de vivir la religión, primero como una modalidad extrínseca, la cual es entendida como formaciones infantiles, por tanto, inmaduras a causa de la valoración de la utilidad para conseguir fines inmediatos, es decir desde una posición egoísta, no consiguiendo que la misma abarque a la vida como un todo. Y el segundo modo de vivir la religión, toma al sentimiento religioso como una inclusión a los enigmas de la vida a la luz de una teoría inteligible, es decir que la religión sea vista como un fin en sí misma, como un valor subyacente a todas las cosas y deseable por sí mismo, sometándose el sujeto a este fin, la religión viene a ser un valor “intrínseco” para el individuo y como tal es comprensivo, integrativo y motivacional.

Cuando la dimensión religiosa conocida a través de la observación, la enseñanza y la propia reflexión debe interiorizarse de modo permanente y desarrollarse de forma activa, obliga –por muy atractiva que resulte para las vivencias y los intereses de la persona- a superar aversiones, comodidades y egoísmos. No hay religión que no pida perseverancias. La religiosidad puede recompensar por sí misma, puede actuar como autorreforzante y puede revestir tanta importancia para algunas personas que estén

dispuestas a arrostrar por su causa prejuicios sociales y persecuciones. Pero no es una necesidad tan imperiosa como el hambre, la sed, la seguridad física o el reconocimiento social. Para poder desarrollarse necesita, además – tanto en el caso de los niños como en el de los adultos- una cierta presión de expectativas (control social), el refuerzo y la confirmación a través de las personas y de los grupos de referencias (los otros significantes). Estos dos influjos apoyan la evolución desde el exterior, mientras que el aprendizaje a partir de un modelo proporciona un autorrefuerzo vicario y la instrucción transmite puntos de vista personales. (Allport, 1986)

Dacquino, Arieti y Cuadrado (1982), toman a la religiosidad como la disponibilidad hacia la posibilidad de la trascendencia y además afirman, los logros alcanzados en la etapa evolutiva de la juventud a nivel psicodinámico, la estabilización de la personalidad a causa de la progresiva integración del Yo como la inserción en la sociedad, influyen y condicionan paralelamente el progreso de la religiosidad; ya que con la maduración de nuevas estructuras psíquicas, el joven consigue progresivamente el abandono de conductas prerreligiosas, como el antropomorfismo, animismo, la magia, características normales en la religiosidad del periodo de la infancia y niñez, es que la juventud por el logro de la capacidad de elaborar conceptos y de la capacidad de abstracción, consume el paso del "Dios-imagen" al "Dios-en sí mismo", mejorando la propia idea sobre él, perdiendo el énfasis puesto sobre aspectos exteriores y superficiales del pasado, para enriquecerse subsiguientemente de significado interior.

Además, destacan que, sólo en la juventud el individuo puede lograr una religiosidad madura, donde la misma, adquiere dimensiones nuevas, implicando una transformación hacia convicciones auténticas y constantes en el hombre, abriendo nuevo significado a la vida materializándose en la adscripción a una iglesia, por una elección madura y no por coacción del ambiente o la tradición, brinda una respuesta-solución ante el requerimiento de un significado existencial y posibilita un sentido al propio proyecto de vida (Dacquino, Arieti y Cuadrado, 1982).

2.1.3.3 Religión y Psicología

Teniendo en cuenta la religión y su consecuencia en el sujeto se pasa a explicar una rama de la psicología, la cual se cataloga como psicología de la religión o

psicología religiosa. Para esto se cree importante resaltar lo que Lacan (1974) expone como el triunfo de la religión por sobre las ciencias tomando así a la ciencia como un intento de explicar lo real, es decir, que permite conocer cada vez más al hombre y a su entorno, pero de la misma manera hay una tendencia de la religión por darle sentido a la vida del sujeto, este sentido es en el que se basa como principal fundamento del por qué la religión es extremadamente importante para la vida de las personas.

A continuación se intentará generar un acercamiento al concepto, teniendo en cuenta que la psicología religiosa para Vergote (1969) es, ante todo, la investigación de las actitudes, experiencias y expresiones religiosas, observándolas y analizándolas con la ayuda de diversas técnicas a las cuales toda la psicología debe recurrir (análisis de documentos personales, cuestionarios y escalas de actitudes, tests proyectivos, observaciones de comportamiento, entrevistas, escalas de análisis semántico, e incluso análisis profundos mediante la aplicación de métodos clínicos). Como en toda ciencia, la elaboración de técnicas lleva a una diferencia cada vez más fina de los diferentes factores y registros que componen su objeto.

Pöll (1969) expone que la psicología de la religión se interesa en el estudio de las funciones psíquicas que intervienen en la vida psíquica religiosa, como el sentimiento, el deseo, la voluntad, el pensamiento y la representación mental o imagen y también en sus modos unitarios de funcionamiento, tal como aparecen en múltiples formas en la actividad religiosa, las vivencias religiosas y la actitud ante lo sagrado.

Ávila (2003) hace una conclusión sobre la psicología de la religión llegando a las siguientes conclusiones:

1. La vivencia religiosa, es una vivencia psíquica relacional, que supone dos polos: el hombre religioso y un sujeto distinto, real y experimentable, el Totalmente Otro, Dios, que se presenta al hombre con voluntad salvífica.

2. El hombre religioso no percibe esta relación como una realidad sobreañadida, ni como una dimensión de la personalidad, que nada tiene que ver con el resto, sino como algo que atañe a la totalidad de su persona.

3. La vivencia religiosa es una realidad psíquica compleja en la que se integran sentimientos, actitudes y razones.

4. La articulación de esta realidad supone, como toda experiencia humana, dos niveles, uno prerracional, más intuitivo y emotivo, y un segundo momento en el que se articulan los contenidos de esta experiencia de forma razonable y se refrenda con una forma de vida.

5. Por su misma naturaleza, la vivencia religiosa no es expresable sino de forma aproximativa a través de distintos lenguajes simbólicos encarnados en realidades culturales diferentes.

6. Esta relación supone trascender su realidad inmanente y abrirse al Radicalmente Otro, al Absoluto, lo que la hace ser específicamente religiosa.

7. El encuentro con la realidad última aparece como respuesta a la necesidad de sentido para su vida. Es, por tanto, fuente de estructuración y de direccionalidad concreta. Así, la psicología de la religión ha de ser genética y dinámica.

8. Esta realidad inexpresable se vive no sólo en la propia intimidad, sino que se comparte con otros y se expresa grupalmente; tiene una dimensión social. La vivencia religiosa en la mayoría de los casos se recibe, crece y se vive en diálogo con otros creyentes, y tiene formas de expresión social como la oración común, las celebraciones litúrgicas, las formulaciones doctrinales, las estructuras organizativas de las distintas confesiones, por lo que reducirla al campo de lo subjetivo supone un riesgo de cercenarla, que por desgracia ha sido muy frecuente en la psicología de la religión.

2.1.3.4 Religiones en Argentina

Según Mallimaci (2015) hay una cantidad considerable de preconceptos cuando se habla de religiones en Argentina y destaca tres:

- la gran mayoría de los argentinos son católicos practicantes
- no hay personas indiferentes a lo religioso
- la mayoría de los universitarios son agnósticos o ateos.

Espósito (2008, citado en Mallimaci 2015) por medio de la encuesta sobre “creencias y actitudes religiosas en la argentina” realizada a 2403 personas (pretendiendo ser representativo de los más de 40.000.000 de habitantes) muestra que:

- El 76,5% es católico.

- 9% es protestante (Pentecostales, Bautistas, Luteranos, Metodistas, Presbiterianos, Libres y Asamblea de Dios).
- 9% es Ateo y agnóstico.
- 2,3% es Creyente en Dios, pero sin afiliación religiosa.
- 1,2% es Testigo de Jehová.
- 0,8% es Santos de los Últimos Días.
- 1,2% es de Otras religiones.

Dato distintivo, además, gran parte de los argentinos dijo creer en Dios, a pesar de no frecuentar “oficios de culto” o se enuncie como perteneciente a la institución de la iglesia (Espósito, 2008).

2.2. Antecedentes (estado del arte)

A continuación, se presentan investigaciones recolectadas, las cuales permitirán descubrir información acerca del consumo de sustancias y religiosidad, al mismo tiempo ayudarán a comprender mejor la relación entre estas dos variables. El origen de las mismas es a nivel internacional debido a que en Argentina no se encuentran estudios que incluyan ambas variables. Dichas investigaciones se organizan por orden cronológico.

Koenig (2012) quien realizó un metaanálisis en los Estados Unidos y a partir de los elementos brindados en su investigación llegó a la conclusión de que, en la religión y la salud, existen relaciones positivas y negativas. En referencia a las primeras, de las cuales forman parte la población de religiosos, se encontró bienestar, felicidad, esperanza, optimismo y agradecimiento; y entre las negativas, tomando la población de personas no religiosas, se pudo observar depresión, suicidio, ansiedad, psicosis, abuso de sustancias, delincuencia, inestabilidad conyugal y rasgos de personalidad.

En Estados Unidos Degenhardt, Chiu, Sampson, Kessler y Anthony (2007) investigaron por medio de NCS-R (encuesta de hogares cara a cara representativa a nivel nacional de 9282 encuestados, mayores de 18 años de edad, realizada en 2001-2003 utilizando una revista diagnóstica totalmente estructurada) que la incidencia de consumo de alcohol fue del 92%; tabaco 74%; uso extra médico de drogas psicoactivas, 45%; cannabis, 43% y cocaína, 16%. Arrojando datos estadísticamente sólidos entre

todos los tipos de uso de drogas y edad, sexo, ingresos, empleo, educación, estado civil, geografía, afiliación religiosa y religiosidad. Llegaron a la conclusión que los patrones epidemiológicos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas extra-médicas en los Estados Unidos a principios del siglo XXI brindan una actualización de los cálculos de NCS-R de aproximadamente 10 años atrás y son consistentes con los estudios epidemiológicos contemporáneos. Los nuevos hallazgos sobre religión y religiosidad, y los datos exploratorios sobre las tendencias del tiempo, representan avances tanto en los conceptos como en la metodología para dicha investigación.

Teniendo en cuenta a Steinman (2005), en su investigación llevada a cabo en los Estados Unidos, identificó conductas de riesgo y características psicosociales asociadas con la venta de drogas por parte de estudiantes de secundaria. A partir de una encuesta anónima pudo llegar al resultado que el 12% (doce por ciento) de los estudiantes reportaron haber vendido drogas el año pasado. En el modelo de regresión logística final, la venta de drogas se asoció con ser hombre, la violencia, la delincuencia y el consumo de marihuana. Los estudiantes que vendían drogas estaban menos involucrados en actividades religiosas y familiares, pero no diferían en sus percepciones o participación en la escuela. La competencia social, la planificación y la autoeficiencia no se asociaron con la venta de drogas.

También en los Estados Unidos Caputo (2004) examinó los efectos de la religiosidad de los padres, los procesos familiares y las influencias de los compañeros en el comportamiento de los adolescentes a la luz del control social y las teorías del aprendizaje social en la población estadounidense. Los datos se obtuvieron del National Longitudinal Survey of Youth, 1997. Los hallazgos de la muestra del estudio de 1.911, adolescentes indicaron que la religiosidad de los padres estaba asociada positivamente con la buena salud y los niveles más altos de educación, mientras que estaba inversamente relacionada con el abuso de sustancias. Los adolescentes con padres autoritarios tenían niveles más altos de delincuencia, peor salud física y peor salud mental que aquellos con padres permisivos. En comparación con la religiosidad y los procesos familiares de los padres, las influencias de los compañeros tuvieron los efectos más influyentes sobre la delincuencia, el abuso de sustancias, la educación y, en menor medida, la salud mental.

Así mismo la investigación hecha por Regnerus y Elder (2003) en el mismo país, sobre jóvenes resilientes que han documentado la influencia útil de la religión en sus vidas, comprobó que, en ausencia de influencias positivas entre los jóvenes de alto riesgo, la religión y las organizaciones religiosas en particular, a menudo sirven para promover resultados prosociales. Este estudio, por otro lado, investiga si la religión y el cambio religioso son influencias comparativamente efectivas en la reducción de la vulnerabilidad de los/las jóvenes de bajo riesgo a la bebida, el uso de drogas, la delincuencia, los problemas en la escuela y las bajas calificaciones. Utilizando datos del Estudio Longitudinal Nacional En Salud de los Adolescentes, se identificó al menos un aspecto influyente de la religión que sirve como factor protector directo en cada modo de vulnerabilidad y también documentó vías indirectas de influencia religiosa, en la cual concluyen por sus hallazgos la influencia variable de la religión en la juventud.

En otra investigación estadounidense, Miller, Davies y Greenwald (2000) tuvieron por objetivo encontrar una relación entre religiosidad y uso de sustancias en adolescentes. Los sujetos estudiados fueron 676 adolescentes a través de la Encuesta Nacional de Comorbilidad, los mismos adolescentes fueron evaluados con la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta para el uso y abuso de sustancias. La religiosidad se evaluó mediante preguntas relacionadas con las creencias y la práctica. Los análisis factoriales confirmatorios replicaron en los adolescentes los 2 factores de religiosidad, de la devoción y conservadurismo personal, previamente identificados por Kendler (s/f citado en Miller, Davies y Greenwald, 2000) entre los adultos, aunque los 2 factores estaban más altamente correlacionados en los adolescentes que en los adultos. La devoción personal y la afiliación con denominaciones religiosas más fundamentalistas se asociaron de manera inversa con el uso de sustancias y la dependencia o abuso de sustancias en una amplia gama de sustancias. Llegando a la conclusión que, los bajos niveles de religiosidad, pueden estar asociados con el inicio y abuso de sustancias por parte de los adolescentes.

Amey, Albrecht y Miller (1996) observaron que contrariamente a los estereotipos populares, los estudios actuales sobre poblaciones de adolescentes sugieren que los adolescentes negros tienen menos probabilidades de consumir drogas ilícitas que los adolescentes blancos. Este estudio investigó hasta qué punto las diferencias en la religiosidad son responsables de las discrepancias raciales en el uso de

drogas. Usando datos de una encuesta nacional de estudiantes del último año de secundaria en Estados Unidos, estos resultados indican que la religión brinda protección contra el uso de drogas.

CAPÍTULO III

Marco metodológico

3.1. Tipo de investigación

Según la profundidad de los objetivos, la presente investigación se trata de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo-correlacional, en la cual se buscó conocer la relación entre las variables religiosidad y consumo de sustancias en adultos emergentes de la provincia de Entre Ríos y el grado de asociación entre las mismas.

Según la temporalidad, se trata de un estudio transversal ya que se estudió las variables en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; siendo el tiempo carente de importancia en relación con la forma en que se dan los fenómenos o se desarrollan.

Según el tipo de fuente, puede clasificarse como una investigación de campo de campo ya que se extrajo datos e información directamente de la realidad.

3.2. Muestra

La muestra está compuesta por consumidores y no consumidores de sustancias de la provincia de Entre Ríos, cuya edad oscila entre los 18 hasta los 28 años de edad.

La muestra fue seleccionada de manera “intencional”, es decir, que fue un muestreo de conveniencia, el cual tiene la particularidad de ser no aleatorio, dado que consiste en aprovechar o utilizar para el estudio las personas disponibles en un momento dado. Específicamente se utilizó para dicha investigación la técnica de snowballing, que implicó localizar a algunos individuos, y estos conducen a otros y estos a otros (Canales, Alvarado y Pineda, 1989, citado en Muñoz, Benassini y Cedeño Plascencia, 1998).

Se conformó una muestra de 80 personas, de los cuales formaron parte 40 individuos no consumidores y 40 individuos consumidores de sustancias. Que luego fue reducida, para quedar finalmente conformada por 20 individuos no consumidores y 20 consumidores de sustancias

Los criterios de inclusión para la muestra fueron:

- Edad desde 18 a 28 años.

- Actualmente consumidor de droga: que en los últimos 12 meses haya consumido una o dos veces, o muchas veces, las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetamina, metanfetamina o energizantes, paco, pegamento, poxi-ran, psicofármacos no recetadas por el médico, o mezcla de pastillas con alcohol o energizantes.

Luego se generó una reducción de la muestra, teniendo en cuenta la concepción de consumo problemático.

- No consumidor de droga: que en los últimos 12 meses no haya consumido ninguna sustancia de las mencionadas en el ítem anterior.
- Que resida en Entre Ríos

3.3. Descripción de la muestra

Se obtuvo una muestra intencional que comprendió a 80 adultos jóvenes de Entre Ríos, principalmente de los departamentos de Paraná y Diamante. Dicha muestra se dividió en una población de 40 consumidores y 40 no consumidores de sustancias. De dichos integrantes que formaron parte de la muestra se generó una reducción de población para poder observar una mayor precisión en el consumo problemático, dejando fuera de la muestra todos aquellos consumos esporádicos y solo seleccionando en el análisis 20 consumidores de sustancias que podrían estar atravesando un consumo problemático y se dejó al azar 20 no consumidores de sustancias.

Teniendo en cuenta la muestra recolectada dentro del grupo de consumidores se pudo constatar que la población tenía entre 18 a 28 años de edad, siendo la media 22,25 años y el desvío estándar 1,970. El 70% fue de sexo masculino y el 30% de sexo femenino como puede observarse en la figura 1. En cuanto a la religión, se puede observar en la muestra que 3 de ellos practican la religión católica, mientras que 17 practicaban ningún tipo de religión.

Luego, teniendo en cuenta la muestra adquirida dentro del grupo de no consumidores de sustancias se pudo observar que la población tenía entre 18 a 28 años de edad, siendo la media 22,65 años y el desvío estándar 2,390. El 30% fue de sexo masculino y el 70% de sexo femenino como puede observarse en la figura 2. En cuanto a la religión se puede observar en la muestra que todos ellos practican la religión. Se

pudo observar en la muestra que 12 de ellos practicaban la religión católica, 5 la religión evangelista, 2 la religión adventista, 1 la religión judía.

Por último, teniendo en cuenta el total de la muestra, se puede observar que la población tenía entre 18 a 28 años de edad, siendo la media años 22,45 y el desvío estándar de 2,171.

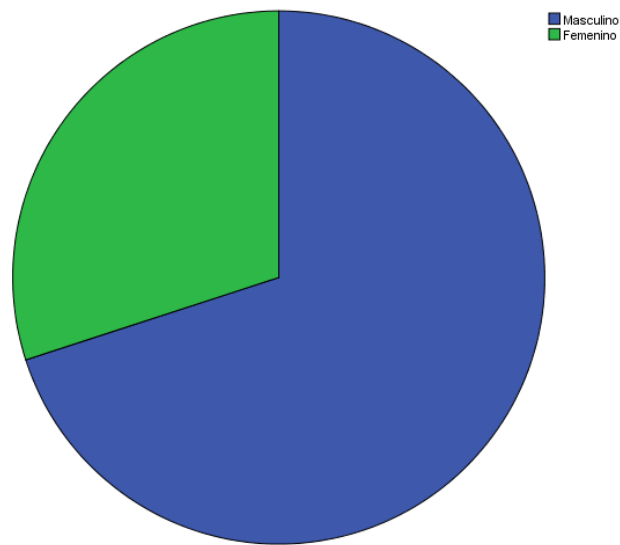


Figura 1: Porcentaje según sexo en consumidores de sustancias

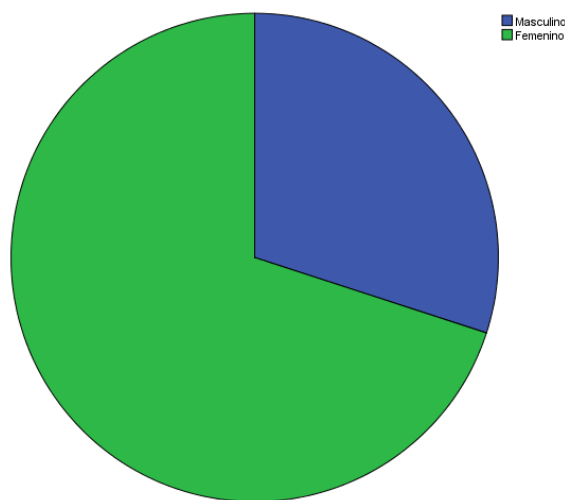


Figura 2: Porcentaje según sexo en no consumidores de sustancias

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Cuestionario sociodemográfico

Intentando recabar datos significativos en relación a los individuos que formaron parte de la muestra, se elaboró un cuestionario estructurado para que, mediante su administración, se consiguiera así pesquisa sobre: sexo, edad, etc. En el anexo se encuentra un modelo sin completar.

Por ejemplo:

Edad: Años.

Sexo: Varón....

Mujer....

¿Practica alguna religión?

Sí. No.

Evaluación de Religiosidad

Para la recolección de datos, se utilizó el instrumento de la Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES), desarrollada en Estados Unidos por Piedmont (2004), del cual en el anexo se encuentra un modelo sin completar. Este instrumento consta de dos versiones: una breve y otra extendida. En este instrumento, el Índice de Religiosidad contiene 8 ítems que miden la participación religiosa y, 4 ítems que evalúan la crisis religiosa y miden la frecuencia de la participación religiosa y actividades relacionadas, los sujetos evaluados deben puntuar con qué frecuencia: lee la Biblia/Tora/Corán desde 1 (nunca) a 7 (varias veces a la semana); lee literatura religiosa desde 1 (nunca) a 7 (varias veces a la semana); reza desde 1 (nunca) a 7 (varias veces a la semana); y participa en servicios religiosos desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Esta escala presentó en nuestro estudio un alfa de Cronbach de 0,95.

A continuación, se presentan algunos de los ítems, por ejemplo

1. ¿Con qué frecuencia lee la Biblia, Torá, Corán o las escrituras sagradas de su religión?
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Una vez al mes | <input type="checkbox"/> Varias veces por semana |
| <input type="checkbox"/> Una o dos veces al año | <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes | |
| <input type="checkbox"/> Varias veces al año | <input type="checkbox"/> Casi todas las semanas | |
2. ¿Con qué frecuencia lee otros textos religiosos además de los Evangelios, la Biblia o las escrituras sagradas de su religión?
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Una vez al mes | <input type="checkbox"/> Varias veces por semana |
| <input type="checkbox"/> Una o dos veces al año | <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes | |
| <input type="checkbox"/> Varias veces al año | <input type="checkbox"/> Casi todas las semanas | |

Evaluación Consumo de sustancias

Se utilizó la Escala de Consumo de Sustancias Tóxicas, creada por Jakobsen, Rise, Aas y Anderssen (1997), indaga sobre el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes. En el anexo se encuentra un modelo sin completar.

Para su aplicación en la Argentina se utilizó la versión adaptada del instrumento hecha por Facio, Micocci y Resett (2010) los cuales añadieron preguntas, sobre la cantidad de borracheras mensuales; el consumo de alcohol en la última semana; consumo de cigarrillos en la última semana; cantidad aproximada de cigarrillos diarios; tomar anfetaminas o psicofármacos no indicados por el médico y grado de problema que consideraba tener con el cigarrillo, por un lado y con el alcohol o drogas por otro.

Cada pregunta presenta diferentes alternativas tipo Likert que van desde tres hasta siete opciones de respuesta. En Argentina, las consistencias internas fueron mucho más altas que las halladas por el investigador noruego. En esta investigación las alfas de Cronbach son de 0,87. Cada uno de estos seis ítems se puntuó con 0, 1 y 2, para “nunca”, “una o dos veces” y “muchas veces”, respectivamente.

A continuación, se presentan algunos de los ítems, por ejemplo:

- He consumido marihuana en los últimos 12 meses.
- He consumido cocaína en los últimos 12 meses.
- He consumido paco en los últimos 12 meses.

3.5. Procedimientos de recolección de datos

En cuanto al modo de recolección de datos, se realizó con la población de adultos jóvenes entrerrianos. Primeramente, se procedió a agrupar la población, en consumidores y no consumidores de sustancias, luego se les explicó en qué consisten las pruebas y que se efectuaron únicamente con fines de investigación para acceder al título de licenciatura en psicología.

Se contactó los participantes, de manera directa, telefónica o vía e-mail, luego se le explicaron los fines de la investigación, se les aseguro la confidencialidad y el anonimato.

Los cuestionarios se entregaron en el lugar que el participante designó para que sea autoadministrado y luego, previo acuerdo, se retiró. En otros casos, en cambio, se aplicó personalmente el cuestionario en el lugar que la persona propuso. Los cuestionarios fueron entregados con un consentimiento informado (se encuentra un modelo sin completar en el anexo) que describe los objetivos de la investigación, las condiciones de participación y los datos de contacto del investigador. Se utilizó un método válido y confiable, respetando así el secreto profesional siguiendo al Código de Ética y resguardando la identidad del entrevistado.

3.6. Procedimientos de análisis de datos

Con la información obtenida a través de los cuestionarios, se realizó un procesamiento y análisis estadístico de los datos, utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.

Primeramente, se llevó a cabo un análisis de estadística descriptiva básica de la muestra, a fin de obtener las frecuencias, medias y desvíos típicos, puntajes observados mínimos y máximos, con el objeto de conocer los niveles con los que se presentan las diferentes medidas de religiosidad y consumo de sustancias en los adultos jóvenes de Entre Ríos.

Luego, a fin de identificar si existen diferencias en el grado de religiosidad en función de la pertenencia al grupo de consumidores y no consumidores se llevó a cabo una prueba t.

Finalmente, con el objetivo de determinar la asociación entre religiosidad y el consumo de sustancias se realizó un análisis de correlación de Pearson.

CAPÍTULO IV

Resultados

4.1. Niveles de religiosidad y consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos.

En relación con el primer objetivo de la presente investigación, podemos observar en la tabla 1 (grupo de consumidores) y tabla 2 (grupo de no consumidores) los puntajes mínimos y máximos, las medias y desvíos típicos obtenidos de los puntajes de religiosidad y consumo de sustancias que se hallaron en la muestra de 40 adultos jóvenes evaluados divididos en grupos de 20 consumidores y 20 no consumidores de sustancias.

Tabla 1

Puntaje observado mínimo, máximo, media y desvío típico de Religiosidad y Consumo de sustancias en el grupo de consumidores.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío típico
Religiosidad	20	-8,72	-,64	-5,5711	2,54062
Consumo	20	3,00	18,00	9,0500	4,03243

Tabla 2

Puntaje observado mínimo, máximo, media y desvío típico de Religiosidad y Consumo de sustancias en el grupo de no consumidores.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío típico
Religiosidad	40	-4,20	12,21	5,4693	4,89517
Consumo	40	,00	,00	,0000	,00000

Para realizar una descripción más detallada de la variable religiosidad se procedió a describir la frecuencia de respuesta a los diferentes ítems que evalúan las prácticas religiosas, la importancia de estas y el interés en la participación. En la tabla 3

(administrada a los consumidores de sustancias) y en la tabla 4 (administrada a los no consumidores de sustancias) se pueden observar dichas frecuencias.

Tabla 3

Frecuencia de respuesta a los diferentes ítems que evalúan las prácticas religiosas. Teniendo en cuenta la muestra de consumidores de sustancias.

Ítems	Respuestas						
	Nada/ nunca	2	3	4	5	6	Mucho/ siempre
1. Frecuencia lectura de sagradas escrituras	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2. Frecuencia lectura de otros textos religiosos	95%	5%	%	0%	0%	0%	0%
3. Frecuencia rezo	70%	5%	10%	0%	10%	0%	5%
4. Frecuencia ceremonias	80%	10%	10%	0%	0%	-----	-----
5. Relación personal y cercana con Dios	45%	20%	25%	10%	0%	-----	-----
6. Experiencias de unión a Dios y fortaleza espiritual	60%	15%	25%	0%	0%	-----	-----
7. Importancia de creencias religiosas	50%	20%	25%	5%	0%	0%	-----
8. Disminución o aumento de participación	25%	10%	10%	55%	0%	0%	0%

Nota: Los ítems 4, 5 y 6 tienen opción de respuesta entre 1 a 5. Se invirtieron los ítems necesarios para que 1 implique el mínimo (nada, nunca, disminución) y los valores superiores extremos lo contrario (mucho, siempre, aumento).

Tabla 4

Frecuencia de respuesta a los diferentes ítems que evalúan las prácticas religiosas. Teniendo en cuenta la muestra de no consumidores de sustancias.

Ítems	Respuestas						
	Nada/ nunca	2	3	4	5	6	Mucho/ siempre
1. Frecuencia lectura de sagradas escrituras	20%	10%	10%	0%	10%	30%	30%
2. Frecuencia lectura de otros textos religiosos	30%	25%	10%	4%	15%	5%	15%
3. Frecuencia rezo	0%	5%	0%	10%	0%	10%	75%
4. Frecuencia ceremonias	0%	10%	20%	20%	50%	-----	-----
5. Relación personal y cercana con Dios	5%	0%	15%	40%	40%	-----	-----
6. Experiencias de unión a Dios y fortaleza espiritual	5%	5%	25%	30%	35%	-----	-----
7. Importancia de creencias religiosas	0%	5%	5%	25%	20%	45%	-----
8. Disminución o aumento de participación	0%	15%	10%	30%	15%	10%	20%

Nota: Los ítems 4, 5 y 6 tienen opción de respuesta entre 1 a 5. Se invirtieron los ítems necesarios para que 1 implique el mínimo (nada, nunca, disminución) y los valores superiores extremos lo contrario (mucho, siempre, aumento).

Para realizar una descripción más detallada de la variable consumo de sustancias se procedió a describir, en la tabla 5 sobre los consumidores de sustancias, la frecuencia de respuesta a los diferentes ítems que evalúan que tipo de sustancias se consume y la frecuencia.

Solo se describirá el grupo de consumidores de sustancia, ya que el grupo de control de no consumidores no posee ningún tipo de consumo.

Tabla 5

Frecuencia de respuesta a los diferentes ítems que evalúan el consumo de sustancias. Teniendo en cuenta la muestra de consumidores de sustancias.

Ítems	Sin problemas	Problemas pequeños	Problemas medianos o grandes
1. En esta semana fume cigarrillos de tabaco	20%	15%	65%
2. Cantidad aproximada de cigarrillos de tabaco al día	20%	70%	10%
3. En esta semana tome bebidas alcohólicas	10%	15%	75%
4. Tomar bebidas alcohólicas hasta sentirse mareado en el último mes	40%	50%	10%
5. Consumo de marihuana en los últimos 12 meses	20%	5%	75%
6. Consumo de cocaína en los últimos 12 meses	65%	25%	10%
7. Consumo de anfetaminas, metanfetaminas o energizantes en los últimos 12 meses	55%	10%	35%
8. Consumo de paco en los últimos 12 meses	100%	0%	0%
9. Consumo de pegamento, Poxi-ran, etc. en los últimos 12 meses	90%	10%	0%
10. Consumo de pastillas para los nervios no recetadas en	75%	25%	10%

los últimos 12 meses					
11. Mezcla de alcohol con pastillas o energizantes en los últimos 12 meses					
	30%		40%		30%
Ítems	No tengo esos problemas	Pequeños	Medianos	Grandes	Muy grandes
Cigarrillos de tabaco	25%	0%	35%	25%	15%
Consumo excesivo de alcohol	35%	25%	30%	5%	5%
Consumo excesivo de drogas	45%	10%	30%	0%	15%

4.2. Diferencias en el grado de religiosidad en función de la pertenencia al grupo de consumidores y no consumidores en adultos jóvenes entrerrianos.

Con el fin de determinar si la religiosidad varía según los grupos de consumidores y no consumidores de sustancias se llevó a cabo una prueba *t* para muestras independientes. Siendo la religiosidad la variable de prueba y el consumo la variable de agrupación. Quedaron conformados dos grupos, uno de consumidores de sustancias de 20 sujetos y uno de no consumidores de sustancias de 20 sujetos, entre quienes se obtuvieron diferencias significativas ($t= 8,952$; $p<,000$). Como se puede ver en la tabla 6 la tendencia es a que los no consumidores de sustancias presentan mayores niveles de religiosidad que los consumidores.

Tabla 6

Comparación de los valores medios y desvíos estándares de religiosidad y consumo de sustancias de los sujetos correspondientes al grupo “consumidores de sustancias” o “no consumidores de sustancias”

VARIABLE	Grupo “consumidores de sustancias” n=40		Grupo “no consumidores de sustancias” n=40		Valores estadísticos	
	Media	Desvío	Media	Desvío	<i>t</i>	<i>p</i>
Religiosidad	-5,5711	2,54062	5,4693	4,89517	8,952	.000

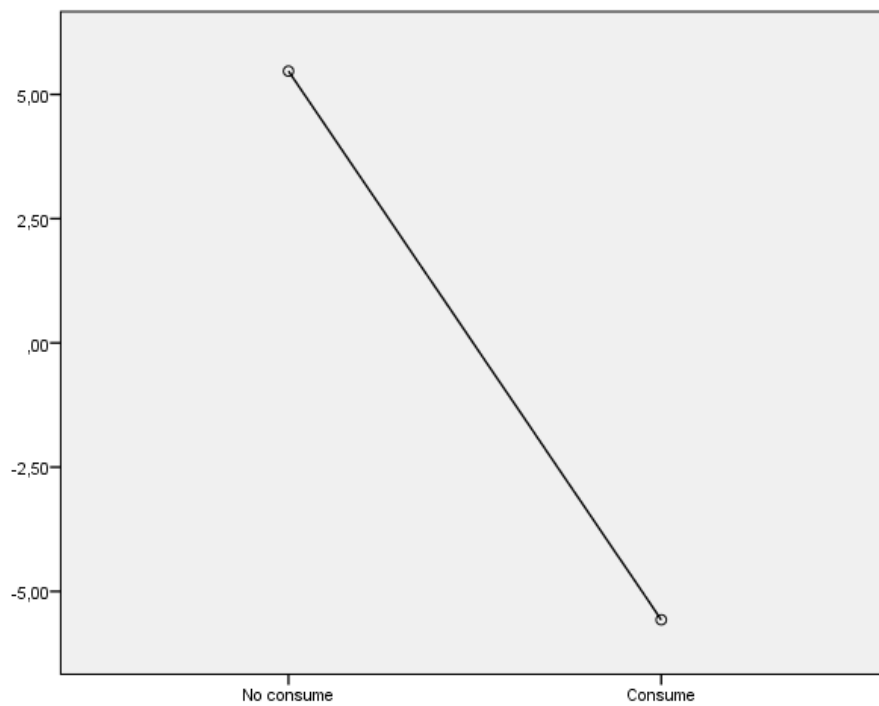


Figura 3: Media de participación religiosa y grupo de pertenencia

4.3. Asociación entre religiosidad y el consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos.

Con el fin de cumplir el objetivo propuesto de determinar si existe asociación, y en caso afirmativo en qué grado, entre Religiosidad y Consumo de Sustancias, se llevaron a cabo análisis de correlación de Pearson en el total de la muestra, es decir sobre 40 adultos jóvenes.

Como se puede ver en la tabla 6, en la muestra estudiada se advirtió una asociación significativa, negativa y elevada, entre Religiosidad y Consumo de Sustancias ($r=-,764$, $p\leq.000$). Es decir que, a mayores niveles de religiosidad menores niveles de consumo.

Tabla 7

Correlaciones de Pearson entre Consumo de sustancias y Religiosidad

Variables	2. Religiosidad
1. Consumo de sustancias	-,764**

** $p\leq 0.01$ (2 colas)

CAPÍTULO V

Discusión, conclusiones, limitaciones y recomendaciones

5.1. Discusión

El objetivo general del presente trabajo de investigación consistió en establecer una correlación entre religiosidad y consumo de sustancias en una muestra de 80 adultos jóvenes (sujetos que oscilan entre los 18 y 28 años de edad) de la Provincia de Entre Ríos, tomando a la adultez joven como un período de transición entre la adolescencia y la adultez, en la cual comienzan a aparecer cualidades propias de la madurez del adulto (Arnett, 2008). Se puede decir que, en dicha etapa, por la capacidad de elaborar conceptos y la facultad de abstracción, se ejecuta el paso del "Dios-imagen" al "Dios-en sí mismo", mejorando la propia idea sobre él, perdiendo el énfasis puesto sobre aspectos exteriores y superficiales del pasado, para enriquecerse subsiguientemente del significado interior (Dacquino, Arieti y Cuadrado, 1982).

La muestra de la investigación se dividió en “consumidores” y “no consumidores” de sustancias, tomando a este último como grupo de control. Dentro del grupo de consumidores pudieron distinguirse distintos tipos de consumo, los cuales fueron: el “uso”, “abuso” y “dependencia”. Se consideró al “uso” de sustancias, como aquel consumo de drogas que no producía resultados negativos para el individuo, siendo el consumo más usual de una droga de manera esporádica. Luego, refiriéndose al “abuso” de sustancias como el consumo prolongado que continuaba a pesar de los resultados negativos. Por último, la “dependencia” al consumo excesivo de sustancias, que generaba resultados negativos significativos en un periodo prolongado de tiempo (Iglesias, 2002).

De los integrantes que formaron parte de la muestra se generó una reducción de la población para poder observar, con mayor precisión, el consumo problemático, dejando fuera de dicha muestra todos aquellos consumos esporádicos. Sólo se sostuvo, entonces, el análisis 20 consumidores de sustancias que podrían estar atravesando un consumo problemático y se dejó al azar 20 no consumidores de sustancias. En este sentido, se toma al consumo problemático según el SEDRONAR (2014) como un consumo que es cualitativamente distinto de un sujeto a otro y que, de esta manera, cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto. Las diferencias pueden observarse tanto en los efectos como en las consecuencias que trae el consumo en la vida cotidiana de las personas, como ser: su vida personal y relaciones

sociales, su capacidad de producir (trabajar o estudiar), sus posibilidades de elección o autonomía, su salud psicofísica, etc. A lo que Heredia y Guzmán (s/f) agregan que lo que determina el consumo no es el producto, sino la relación con el mismo y el modo de vida en que se inscribe. La Ley N° 26.657 (2013) expone que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en dicha ley. El eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca.

El primer objetivo específico implicaba la descripción de los niveles de religiosidad y del consumo de sustancias de los adultos jóvenes de la provincia de Entre Ríos. Los resultados obtenidos, a través de la Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES) desarrollada en Estados Unidos por Piedmont (2004), que fue utilizada para la indagación de la religiosidad, reflejaron niveles bajos de religiosidad en el grupo de “consumidores”, mientras que se observaron niveles altos de religiosidad en el grupo de “no consumidores”, esta situación se evidenció mediante la aplicación de la Escala de Consumo de Sustancias Tóxicas creada por Jakobsen, Rise, Aas y Anderssen (1997), utilizada para indagar sobre el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes, entre otros.

El segundo objetivo específico consistió en identificar si existían diferencias en el grado de religiosidad en función de la pertenencia al grupo de “consumidores” y “no consumidores” en adultos jóvenes entrerrianos. Lo que se observó en los resultados de esta investigación es que son muy diferentes, podría decirse que dentro del grupo de “consumidores” existía una cantidad considerable de personas que no estaban en contacto con lo religioso, mientras que en el grupo de “no consumidores” pasaba todo lo contrario, los “no consumidores” parecía ser un grupo que, en su mayoría, tenía un contacto estrecho con la religión. Esto puede verse en la investigación de Regnerus y Elder (2003) quienes constataron que la religión sirve como un factor protector para los jóvenes, paralelamente Miller, Davies y Greenwald (2000) pudieron observar que los bajos niveles de religiosidad podrían estar relacionados con el inicio y abuso de sustancias; y Koenig (2012) encontró bienestar, felicidad, esperanza, optimismo y agradecimiento en las personas que practican la religión. Es por esto que podría decirse que los bajos niveles de religiosidad pueden estar asociados con el inicio y abuso de

sustancias por parte de los adolescentes (Miller, Davies y Greenwald, 2000) ya que la religión brinda protección contra el consumo de drogas (Amey, Albrecht y Miller, 1996).

Teniendo en cuenta esto, los resultados sobre religiosidad en “no consumidores” fueron, en su mayoría, respuestas que atribuían un acercamiento a lo religioso, por lo que se pudo observar que, en general, las personas pertenecientes a este grupo leían las escrituras sagradas de su religión, rezaban, concurrían a misa o las ceremonias de su religión, tenían una relación cercana y se sentían muy unidos a Dios, y además creían que sus creencias religiosas son importantes para ellos. Subjetivamente la religión implica una adhesión intelectual bajo las doctrinas religiosas como también el cumplimiento voluntario de sus normas (Ayllón, 2006), lo cual explicaría la diferencia que existe entre el grupo de “consumidores” y “no consumidores”. También existen asociaciones positivas entre religiosidad y salud mental, y con la prevalencia de trastornos mentales como también denotar un incremento en el bienestar subjetivo, o psicológico (Simkin y Martin, 2014) lo cual podría servir como contención para las personas que están en riesgo de generar un consumo problemático, como pudieron constatar Regnerus y Elder (2003) quienes en su investigación observaron al menos un aspecto influyente de la religión que sirve como factor protector directo en cada modo de vulnerabilidad.

Por el contrario, el grupo de “consumidores” no poseían una relación estrecha con la religión, a lo que Koenig (2012) en su investigación pudo observar que personas no religiosas, se encuentran más vulnerables ante la depresión, suicidio, ansiedad, psicosis, abuso de sustancias, delincuencia, inestabilidad conyugal y rasgos de personalidad.

También, en este grupo se observó que la mayoría poseía un consumo de alcohol, marihuana y tabaco que provocaba problemas de mediana o gran escala, a esto se los denomina consumo problemático ya que las sustancias generan un deterioro o malestar clínicamente significativos (DSM, 1994), de igual modo, el consumo problemático es cualitativamente distinto de un sujeto a otro y que, de esta manera, cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto (SEDRONAR, 2014). Es por esto que no hay que dejar de lado los consumos de las demás sustancias, tales como la cocaína, anfetamina, metanfetamina, medicamentos no

recetados, mezcla de alcohol con medicamentos y energizantes, pegamento con tolueno, etc. Las adicciones, sean del tipo que sean, son, como todo lo humano, fenómenos sumamente complejos que implican simultáneamente a todas las esferas de quien las sufre (cognitivas, emocionales, sociales, etc.) (Ovejero Bernal, 2000).

Finalmente, el tercer objetivo pretendía determinar la asociación entre religiosidad y el consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos, lo cual llevó a un contraste significativo en los resultados obtenidos, es decir que la información recolectada brindó una correlación negativa entre las variables de consumo de sustancias y religiosidad.

Los resultados obtenidos en la correlación entre religiosidad y consumo de sustancias en otros estudios realizados (Koenig, 2012; Caputo, 2004; Regnerus y Elder, 2003; Miller, Davies y Greenwald, 2000; Amey, Albrecht y Miller, 1996) fueron semejantes a las encontradas en esta exploración. Por lo que se llegó a la conclusión que las hipótesis presentadas al comienzo de esta investigación reflejan los resultados obtenidos posteriormente. Es decir, que existen diferencias significativas entre la pertenencia al grupo de consumidores y no consumidores en adultos jóvenes entrerrianos según la religiosidad y que, entre religiosidad y consumo de sustancias, existe una asociación negativa e importante que fue demostrada estadísticamente. A mayor nivel de religiosidad, menos consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos.

La importancia de esta investigación radica en la relación directa que existe entre la religiosidad y el no consumo de sustancias, es decir, que las personas encuentran resguardo en la religión lo que les permite no adentrarse en el consumo. Este dato no es menor, ya que, estando en conocimiento de este resultado, se podrían generar intervenciones para lograr una recuperación de personas que se encuentran dentro del consumo problemático y paralelamente una prevención para aquellos que no se encuentran en consumo. Asimismo, se considera relevante dicha investigación por la escasez de estudios que engloban estas dos variables en Argentina, lo que permitirá, a futuros investigadores, considerar los resultados aquí expuestos para profundizar otras exploraciones sobre esta temática.

5.2. Conclusión

Analizando los datos obtenidos en la presente investigación, se arribó a las siguientes conclusiones:

- Existen diferencias en el grado de religiosidad en función de la pertenencia al grupo de consumidores y no consumidores en adultos jóvenes entrerrianos, tomando este último como grupo de control.
- Se observaron niveles significativamente altos de religiosidad en los “no consumidores”. Contrariamente en el grupo de “consumidores” se pudieron visualizar niveles significativamente bajos de religiosidad.
- Dentro del grupo de “consumo” se manifestaron niveles elevados de consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Se exhibieron niveles bajos de consumo de cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, energizantes, pegamento con tolueno, medicamentos para el sistema nervioso no recetados y mezcla de alcohol con medicamentos y energizantes. Por último, no existió en la muestra ningún sujeto que haya consumido paco.
- Dentro del grupo de “no consumidores” se mostraron niveles significativamente elevados de religiosidad, los cuales manifestaron un nivel elevado en las actividades como el rezar, acudir a ceremonias de la religión y tener una relación cercana a Dios.

Acorde a lo expuesto en esta conclusión, se puede decir que en las hipótesis de investigación de este estudio halló sustento empírico:

- Existen diferencias significativas en la religiosidad según la pertenencia al grupo de consumidores y no consumidores en adultos jóvenes entrerrianos.
- Entre religiosidad y consumo de sustancias, existe una asociación negativa y significativa estadísticamente. A mayor nivel de religiosidad, menos consumo de sustancias en adultos jóvenes entrerrianos.

5.3. Limitaciones

La primera limitación se encontró en las escasas investigaciones internacionales y nulas investigaciones nacionales previas ante las variables de estudio de manera conjunta, lo cual no nutrió de conocimientos actualizados a la tesis.

Se pudo observar limitaciones referidas a la muestra, la cual, al tener un tamaño reducido, no permitió que los resultados puedan ser generalizados a la población total. Si bien los dichos resultados pudieron aproximarse a una descripción, no pretende abarcar toda la realidad.

También la investigación fue limitada en cuanto a la toma del grupo de no consumidores, puesto que dicho grupo fue elegido con el limitante de no consumir ningún tipo de sustancias, lo que llevó a reducir demasiado la muestra, a tal magnitud que fue difícil encontrar sujetos de estudio.

Las escalas presentaron limitaciones propias de los autoinformes. La Escala de Jacobsen, Por ejemplo, en las respuestas “muy grandes, grandes, medianas, pequeñas”, estuvieron condicionadas a la cantidad de veces que cada encuestado consideró como “mucho”. Los sujetos pudieron tener una percepción diferente en lo referido a la complejidad del problema que tenían con las drogas. Lo mismo sucedió con la escala de religiosidad.

Se puede observar que en la investigación no se logra profundizar en el concepto de consumo problemático de una manera propicia, ya que los instrumentos no recababan la información necesaria para ahondar en el tema. Es decir, que instrumentos como el de Jackobsen no se encuentran actualizados y dan una concepción antigua del consumo.

Otra limitación, fue que, al ser una investigación puramente cuantitativa, se dejaron de lado muchas cuestiones relacionadas a lo subjetivo, tales como la relación que tenía cada persona tanto con la religión, como con las sustancias.

Por último, se pudo señalar que existe una limitación en los datos sociodemográficos, los cuales fueron escasos, y paralelamente, podría haberse implementado otra serie de instrumentos para poder recabar más información.

5.4. Recomendaciones

Se recomienda para futuras investigaciones:

Trabajar con una muestra de mayor número, la cual permitiría resultados más precisos.

Generar una investigación cualitativa sobre los datos propuestos, para poder conocer de mejor manera la relación que posee cada sujeto con la religión y con el consumo de sustancias.

Utilizar un grupo de control que no sea tan limitado, el cual pueda consumir, pero sin llegar a un consumo problemático y observar si existe la misma correlación.

Investigar las mismas variables en adolescentes u otro grupo etario.

Desarrollar una investigación profunda sobre que encuentran las personas dentro de la religión que les permite sostenerse de ella para no caer dentro de un consumo problemático, y a partir de allí, diferenciar si no lo hacen por prohibición de la norma de su religión o si no lo hacen porque se sienten acompañados.

También se recomienda:

Diseñar un plan de contención que incluya la religiosidad como uno de los aspectos principales para aquellos sujetos que intenten dejar de consumir sustancias.

Advertir a todas las personas que trabajen dentro del campo de consumo de sustancias la importancia de la religión.

Generar una ONG, dirigida por profesionales de la salud, que se encargue de detectar los focos de mayor consumo y proporcionar en dichos lugares charlas y grupos de contención. Dentro de las reuniones demostrar la importancia de la religiosidad, para que luego los sujetos puedan elegir si sostenerse de ella o no.

Hablar con las autoridades de diferentes iglesias para que creen un espacio de contención para las personas que consumen sustancias.

Crear una cuenta en redes sociales que brinde información sobre el tema y generar un feed back con los usuarios que les permita despejar sus dudas e inquietudes.

Crear un equipo en los centros de salud un equipo de profesionales que se encargue de la contención de los sujetos que están atravesando un periodo de consumo problemático, incorporando a sus familias como medio de apoyo.

Referencia Bibliográfica

- Alberto s/internación Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). Experiencias Territoriales de Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires: Dirección de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud.
- Allport, G (1986). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Barcelona: Editorial Herder.
- Amey, Albrecht & Miller (1996). Racial differences in adolescent drug use: The impact of religion. *Substance use & misuse*. 31 (10), 1311-1332.
- Arnett, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*. Naucalpan de Juárez, Edo. de México: Pearson Educación.
- Ávila, A. (2003). *Para conocer la psicología de la religión*. Verbo divino.
- Ayllón (2006). *Introducción a la ética: historia y fundamentos*. Madrid, España: Ariel.
- Bautista, E. (2002). *Aproximación al estudio del hecho religioso*. Verbo divino.
- Bolpe, M. P. (2018). El lugar de las adicciones en la nueva Ley de salud mental. Breve revisión histórica y consecuencias en la práctica. *Palavras. Revista de Epistemología, Metodología y Ética del Psicoanálisis*, 4, 1-13. Recuperado de www.revistas.unlp.edu.ar/palavras
- Caputo, R. K. (2004). Parent religiosity, family processes and adolescent outcomes. *Families in society*, 495-505.
- Cornachione Larrinaga, M. (2006). *Psicología del desarrollo. Adultez*. Buenos Aires: Brujas.
- Dacquino, Arieti & Cuadrado (1982). *Religiosidad y psicoanálisis: introducción a la psicología y a la psicopatología religiosa*. Central Catequística Salesiana.
- De Lellis, M. (junio, 2011). A propósito de la ley nacional de salud mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación de psicólogos. *Revista Diálogos*, 2(2), 7-

24. Recuperado de www.psico.unlp.edu.ar/sites/.../politicas_argentinas_de_salud_mental.doc

Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C. & Anthony, J. C. (2007). Epidemiological patterns of extra-medical drug use in the United States. *Drug and alcohol dependence*, 210-223.

DSM IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.

Facio, Resett & Micocci (2010). ¿Viviendo solo o todavía en el nido? Algunos correlatos y antecedentes psicosociales del estatus residencial en la adultez emergente. *Congreso internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Buenos Aires, Argentina: Facultad de psicología.

García, L. D (2015). *El desarrollo psicológico humano como proceso de continuidad y ruptura: la "situación social del desarrollo"*. México: Instituto Mexicano de Seguro Social.

Gonzalez, G., Moscoso, N. S. & Lago F. (2016). ¿Cómo afecta la ley de salud mental 26.657 a los diferentes actores del sistema de salud argentino? *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, vol 24, 2, 57-63.

Griffa & Moreno (2005). *Claves para una psicología en desarrollo*. Buenos Aires: Paidós.

Heredia & Guzmán (s/f). *Representaciones sociales sobre prevención del consumo problemático de sustancias en agentes pertenecientes a fuerzas de seguridad pública*. Obtenido de <http://jornadasnoafh.unse.edu.ar/memorias/53re.pdf>

Iglesias (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Buenos Aires: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Jakobsen, Rise, Aas & Anderssen (1997). Nancitoal sexual interaction and problema behaviour among young adolescents. *The Norwegian Longitudinal Health Behaviour Study*, 71-83.

Jung, C. G. (1949). *Psicología y Religión*. México: Paidós.

- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality and health. *ISRN psychiatry*.
- Kramer, J. F., & Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas: Compilación basada en informes de grupo de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS*.
- Lacan, J (1974). *El triunfo de la religión*. Discurso a los católicos. México: Paidós.
- Ley 22.914 Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos (1983). Obtenido de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/812_clinica/cursada/archivos/ley_22914.pdf
- Ley 26.657 (2010). *Derecho a la protección de la salud mental*. Argentina.
- López, H., Fernández, R., Frutos, J., Rodríguez, M., Sánchez-Garnica, E., & Álvarez, P. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention, 199-212*.
- Mallimaci, F. (2015). *El mito de la Argentina laica. Catolicismo, política y estado*. Buenos Aires: Capitán Intelectual.
- Melian, I. (2015). *La corrupción en España y sus causas*. España.
- Messing, C. (2016). *Desmotivación, insatisfacción y abandono de proyectos en los jóvenes. Orientación vocacional y vínculos familiares*. Buenos Aires: Noveduc.
- Miller, L., Davies, M. & Greenwald, S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1190-1197*.
- Ministerio de Educacion de la Nacion (2009). *Prevención del consumo problemático de drogas desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nacion (2018). *Pautas y herramientas para la atención integral*. Ciudad autónoma de Buenos Aires: DNSMyA.
- Moro, Canay, Brasesco, Rosendo, & Cadenas (2019). *Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Presidencia de la Nación.

- Müller, M. (2007). *Orientación Vocacional: Aportes Clínicos y Educativos*. España: Miño y Davila.
- Muñoz, R., Benassini, M., & Cadeño Plascencia, L. (1998). *Como elaborar y asesorar una investigación de tesis*. México: Pearson Educación.
- Ovejero Bernal, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una investigación eficaz. *Espacio abierto*, 199-215.
- Piedmont, R. L. (2004). *Assessment of spirituality and religious sentiments (ASPIRES)*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/311769356_Assessment_of_Spirituality_and_Religious_Sentiments_ASPIRES_Scale.
- Pöll, W. (1969). *Psicología de la religión*. Barcelona: Editorial Herder.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <http://www.rae.es/rae.html,126>.
- Regnerus, M. D. & Elder, G. H. (2003). Religion and vulnerability among low-risk adolescents. *Social Science Research*, 633-658.
- Rodríguez, J. A. (2014). Incidencia de los instrumentos de derechos humanos en la práctica profesional del psicólogo. En VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademia.org>
- Sánchez Antelo, V. (2012). Primeros debates sobre legislación del uso de drogas en Argentina a comienzos del siglo XX: la propuesta del Dr. Leopoldo Bard y su contexto sociohistórico. *Salud colectiva*, 8, 275-286.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. (2017). *Resumen de los resultados del estudio 2017 de consumo de sustancias psicoactivas*. Argentina: Presidencia de la nación.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Ediciones B.

Simkin, H. & Etcheys, M. (2014). Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del modelo de los cinco factores de la Personalidad. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 265-275.

Steinman, K. J. (2005). Drug selling among high school students: related risk behaviors and psychosocial characteristics. *Journal of Adolescent Health*, 36-71.

Vergote (1966). *Psicología religiosa*. Madrid: Taurus Ediciones, S.A.

World Health Organization (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial medica panamericana: Madrid.

ANEXOS

INSTRUMENTOS

Datos sociodemográficos

Edad: Años.

Sexo: Varón....

Mujer....

¿Practica alguna religión?

Sí. No.

¿Qué religión practica?

Católico....

Evangelista....

Adventista....

Judío....

Otros.....

En este último año ha consumido algún tipo de sustancia.

Sí. No.

RELIGIOSIDAD

En cada pregunta marque con una cruz la alternativa que corresponde a su caso.

- ¿Con qué frecuencia lee los Evangelios, la Biblia o las escrituras sagradas de su religión?
 Nunca Una vez al mes Varias veces por semana
 Una o dos veces al año 2 o 3 veces al mes
 Varias veces al año Casi todas las semanas
- ¿Con qué frecuencia lee otros textos religiosos además de los Evangelios, la Biblia o las escrituras sagradas de su religión?
 Nunca Una vez al mes Varias veces por semana
 Una o dos veces al año 2 o 3 veces al mes
 Varias veces al año Casi todas las semanas
- ¿Con qué frecuencia reza?
 Nunca Una vez al mes Varias veces por semana
 Una o dos veces al año 2 o 3 veces al mes Todos los días
 Varias veces al año Casi todas las semanas Más de una vez por día
- ¿Con qué frecuencia concurre a Misa o a las ceremonias propias de su religión?
 Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre
- ¿En qué medida tiene usted una relación personal y cercana con Dios?
 No la tengo La tengo poco Algo Mucho Muchísimo
- ¿Tiene experiencias en las que se siente muy unido a Dios y eso lo fortalece espiritualmente?
 Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre
- ¿Cuán importante son sus creencias religiosas?
 Extremadamente importantes Muy importantes Bastante importantes
 No muy importantes Casi no tienen importancia No son importantes
- Durante los últimos 12 meses, su interés por la religión y su participación en ella...
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Han aumentado No han cambiado Han disminuido
9. Siento que Dios me está castigando.
 Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni acuerdo Ni desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
10. Siento que Dios me abandonó.
 Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni acuerdo Ni desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
11. No me siento integrado dentro de mi grupo religioso.
 Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni acuerdo Ni desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
12. No quiero incluir a Dios en las decisiones que tomo en mi vida diaria.
 Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni acuerdo Ni desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

Escala Jakobsen-Paraná

En cada oración, marca con una cruz la alternativa que es cierta aplicada a vos

1°) En esta última semana fumé cigarrillos de tabaco						
6-7 días....	4-5 días....	2-3 días....	1 día.....	Ningún día....		
2°) La cantidad aproximada de cigarrillos de tabaco que fumo en un día es						
Más de 20....	20....	15-19....	10-14....	5-9....	1-4...	Ninguno....
3°) En esta última semana tomé bebidas alcohólicas						
6-7 días...	4-5 días	2-3 días	1 día	Ningún día		
4°) En el último mes, he tomado bebidas alcohólicas hasta sentirme mareado, descompuesto						
Nunca en este mes....	1-2 veces en este mes	3 o más veces en este mes. ¿Cuántas?.....				
5°) He consumido marihuana en los últimos 12 meses						
Muchas veces	Una o dos veces			Nunca		
6°) He consumido cocaína en los últimos 12 meses						
Muchas veces	Una o dos veces			Nunca		
7°) He consumido anfetaminas, metaanfetaminas o energizantes en los últimos 12 meses						
Muchas veces	Una o dos veces			Nunca...		
8°) He consumido paco en los últimos 12 meses						
Muchas veces...	Una o dos veces...			Nunca...		
9°) He consumido pegamento, Poxi-ran, etc., en los últimos 12 meses						

Muchas veces....	Una o dos veces....	Nunca....
10°) He consumido pastillas para los nervios no recetadas por el médico en los últimos 12 meses		
Muchas veces....	Una o dos veces....	Nunca....
11) He mezclado alcohol con pastillas, energizantes en los últimos 12 meses		
Muchas veces....	Una o dos veces....	Nunca....
12°) He usado otras drogas durante los últimos 12 meses		
NO....	SÍ ¿Qué usaste y con que frecuencia?	
13°) Mis problemas con el consumo excesivo de cigarrillos de tabaco son		
Muy grandes...	Grandes...	Medianos.... Pequeños.... No tengo esos problemas..
14°) Mis problemas con el consumo excesivo de alcohol son		
Muy grandes...	Grandes....	Medianos.... Pequeños.... No tengo esos problemas....
15°) Mis problemas con el consumo excesivo de drogas son		
Muy grandes....	Grandes....	Medianos.... Pequeños.... No tengo esos problemas.....

SALIDAS ESTADISTICAS

Descriptivos

Frecuencias NO CONSUMIDORES

Estadísticos

Edad

N	Válido	20
	Perdidos	0
Media		22,65
Desviación estándar		2,390
Mínimo		18
Máximo		26

Frecuencias

Estadísticos

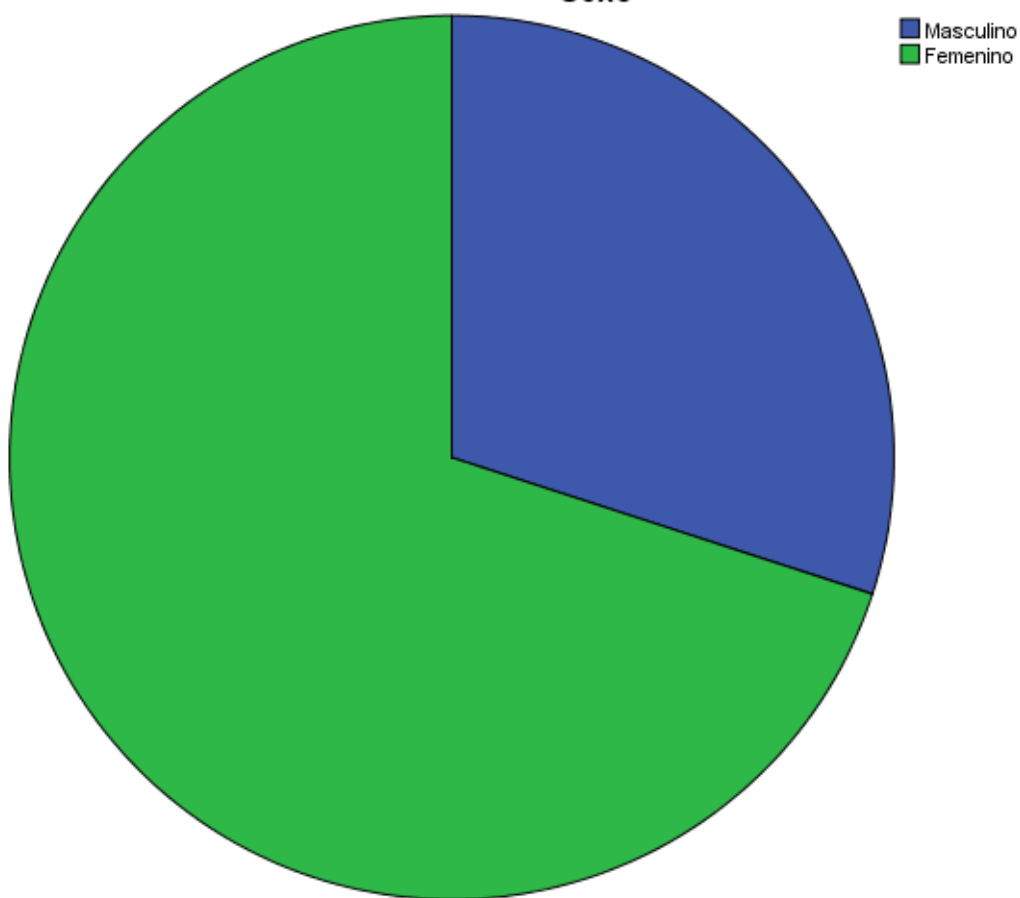
Sexo

N	Válido	20
	Perdidos	0

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	6	30,0	30,0	30,0
	Femenino	14	70,0	70,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Sexo



Frecuencias

Estadísticos

Sexo

N	Válido	40
	Perdidos	0

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	20	50,0	50,0	50,0
	Femenino	20	50,0	50,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

Religión

N	Válido	40
	Perdidos	0

Religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Católico	15	37,5	37,5	37,5
Evangelista	5	12,5	12,5	50,0
Adventista	2	5,0	5,0	55,0
Judío	1	2,5	2,5	57,5
Ninguna	17	42,5	42,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

Edad

N	Válido	40
	Perdidos	0
Media		22,45
Desviación estándar		2,171
Mínimo		18
Máximo		28

Edad DE LOS 40

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18	1	2,5	2,5	2,5
	19	2	5,0	5,0	7,5
	20	2	5,0	5,0	12,5
	21	12	30,0	30,0	42,5
	22	5	12,5	12,5	55,0
	23	4	10,0	10,0	65,0
	24	8	20,0	20,0	85,0
	25	2	5,0	5,0	90,0
	26	3	7,5	7,5	97,5
	28	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

Religión

N	Válido	20
	Perdidos	0

Religión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Catolico	12	60,0	60,0	60,0
	Evangelista	5	25,0	25,0	85,0
	Adventista	2	10,0	10,0	95,0
	Judío	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

		ParticipaciónReligiosa	ConsumoTotal
N	Válido	20	20
	Perdidos	0	0
Media		5,4693	,0000
Desviación estándar		4,89517	,00000
Mínimo		-4,20	,00
Máximo		12,21	,00

Frecuencias

Estadísticos

		A11. ¿Con qué frecuencia lees la Biblia o las escrituras sagradas de su religión? A11 de 1 a 7	A12. ¿Con qué frecuencia lees otros textos religiosos además de la Biblia o las escrituras sagradas de su religión? A12 de 1 a 7	A13. ¿Con qué frecuencia rezas? de 1 a 7	A14. ¿Con qué frecuencia concurrís a Misa o a las ceremonias propias de su religión? 1 a 5
N	Válido	20	20	20	20
	Perdidos	0	0	0	0

Estadísticos

		A15. ¿En qué medida tiene usted una relación personal y cercana con Dios? 1 a 5	A16. ¿Tiene experiencias en las que se siente muy unido a Dios y eso lo fortalece espiritualmente? 1 a 5	A17inv. ¿Cuán importante son sus creencias religiosas? 1 a 6	A18inv. Durante los últimos 12 meses, su interés por la religión y su participación en ella... 1 a 7
N	Válido	20	20	20	20
	Perdidos	0	0	0	0

Tabla de frecuencia

AI1. ¿Con qué frecuencia lees la Biblia o las escrituras sagradas de su religión? AI1 de 1 a 7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	4	20,0	20,0	20,0
	Una o dos veces al año	2	10,0	10,0	30,0
	Varias veces al año	2	10,0	10,0	40,0
	Casi todas las semanas	6	30,0	30,0	70,0
	Varias veces por semana	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

AI2. ¿Con qué frecuencia lees otros textos religiosos además de la Biblia o las escrituras sagradas de su religión? AI2 de 1 a 7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	6	30,0	30,0	30,0
	Una o dos veces al año	5	25,0	25,0	55,0
	Varias veces al año	2	10,0	10,0	65,0
	2 o 3 veces al mes	3	15,0	15,0	80,0
	Casi todas las semanas	1	5,0	5,0	85,0
	Varias veces por semana	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

A13. ¿Con qué frecuencia rezás? de 1 a 7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Una o dos veces al año	1	5,0	5,0	5,0
	Una vez al mes	2	10,0	10,0	15,0
	Casi todas las semanas	2	10,0	10,0	25,0
	Varias veces por semana	15	75,0	75,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

A14. ¿Con qué frecuencia concurrís a Misa o a las ceremonias propias de su religión? 1 a

5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	casi nunca	2	10,0	10,0	10,0
	a veces	4	20,0	20,0	30,0
	frecuentemente	4	20,0	20,0	50,0
	casi siempre	10	50,0	50,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

A15. ¿En qué medida tiene usted una relación personal y cercana con Dios? 1 a 5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No la tengo	1	5,0	5,0	5,0
	algo	3	15,0	15,0	20,0
	mucho	8	40,0	40,0	60,0
	Muchisimo	8	40,0	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

A16. ¿Tiene experiencias en las que se siente muy unido a Dios y eso lo fortalece espiritualmente? 1 a 5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	1	5,0	5,0	5,0
	casi nunca	1	5,0	5,0	10,0
	a veces	5	25,0	25,0	35,0
	frecuentemente	6	30,0	30,0	65,0
	casi siempre	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

AI7inv. ¿Cuán importante son sus creencias religiosas? 1 a 6

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casi no tienen importancia	1	5,0	5,0	5,0
	No muy importantes	1	5,0	5,0	10,0
	Bastante importantes	5	25,0	25,0	35,0
	Muy importantes	4	20,0	20,0	55,0
	Extremadamente importantes	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

AI8inv. Durante los últimos 12 meses, su interés por la religión y su participación en ella...

1 a 7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	.	3	15,0	15,0	15,0
	.	2	10,0	10,0	25,0
	No han cambiado	6	30,0	30,0	55,0
	.	3	15,0	15,0	70,0
	.	2	10,0	10,0	80,0
	Han aumentado	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Frecuencias CONSUMIDORES

Estadísticos

Edad

N	Válido	20
	Perdidos	0
Media		22,25
Desviación estándar		1,970
Mínimo		20
Máximo		28

Frecuencias

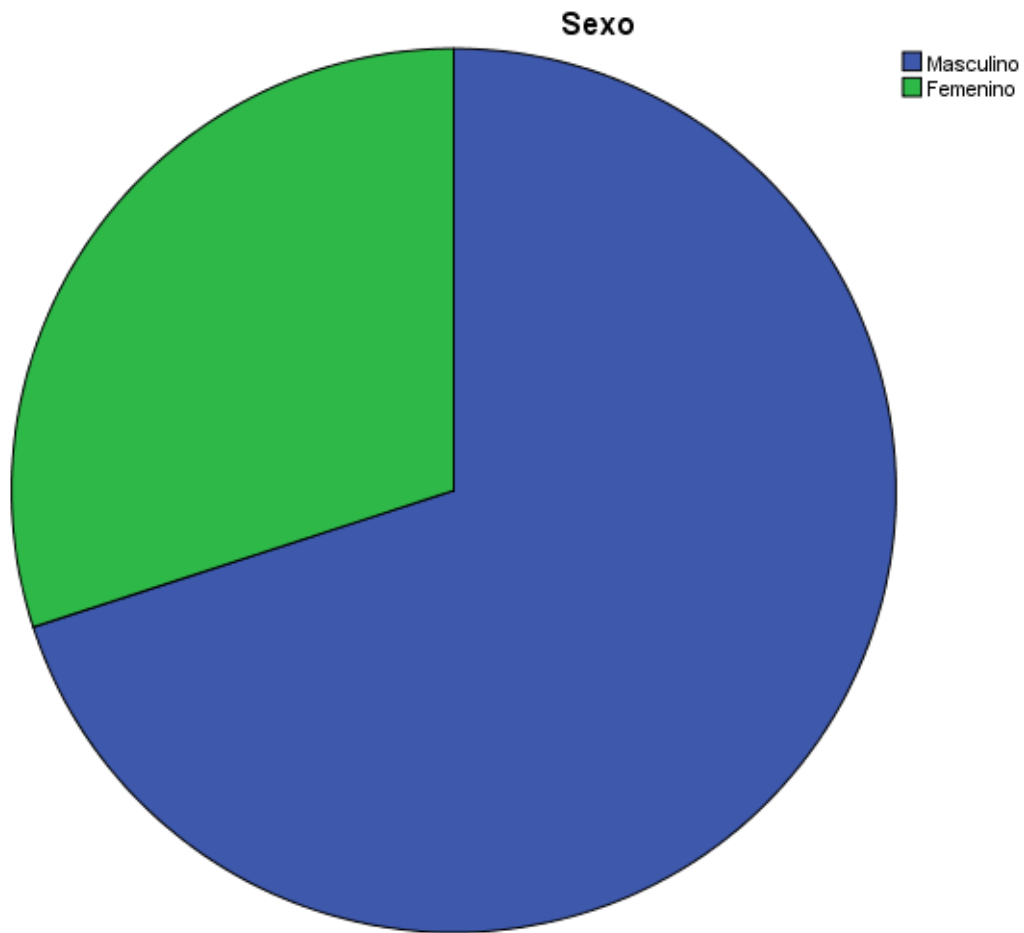
Estadísticos

Sexo

N	Válido	20
	Perdidos	0

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	14	70,0	70,0	70,0
	Femenino	6	30,0	30,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	



Frecuencias

Estadísticos

Religión

N	Válido	20
	Perdidos	0

Religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Catolico	3	15,0	15,0	15,0
Ninguna	17	85,0	85,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

	ParticipaciónReligiosa	ConsumoTotal
N Válido	20	20
Perdidos	0	0
Media	-5,5711	9,0500
Desviación estándar	2,54062	4,03243
Mínimo	-8,72	3,00
Máximo	-,64	18,00

A11. ¿Con qué frecuencia lees la Biblia o las escrituras sagradas de su religión?

A11 de 1 a 7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	20	100,0	100,0	100,0

A12. ¿Con qué frecuencia lees otros textos religiosos además de la Biblia o las escrituras sagradas de su religión? A12 de 1 a 7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	19	95,0	95,0	95,0
Una o dos veces al año	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

A13. ¿Con qué frecuencia rezas? de 1 a 7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	14	70,0	70,0	70,0
Una o dos veces al año	1	5,0	5,0	75,0
Varias veces al año	2	10,0	10,0	85,0
2 o 3 veces al mes	2	10,0	10,0	95,0
Varias veces por semana	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

AI4. ¿Con qué frecuencia concurrís a Misa o a las ceremonias propias de su religión? 1 a 5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	16	80,0	80,0	80,0
	casi nunca	2	10,0	10,0	90,0
	a veces	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

AI5. ¿En qué medida tiene usted una relación personal y cercana con Dios? 1 a 5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No la tengo	9	45,0	45,0	45,0
	La tengo poco	4	20,0	20,0	65,0
	algo	5	25,0	25,0	90,0
	mucho	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

A16. ¿Tiene experiencias en las que se siente muy unido a Dios y eso lo fortalece espiritualmente? 1 a 5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	12	60,0	60,0	60,0
	casi nunca	3	15,0	15,0	75,0
	a veces	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

A17inv. ¿Cuán importante son sus creencias religiosas? 1 a 6

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No son importantes	10	50,0	50,0	50,0
	Casi no tienen importancia	4	20,0	20,0	70,0
	No muy importantes	5	25,0	25,0	95,0
	Bastante importantes	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Al8inv. Durante los últimos 12 meses, su interés por la religión y su participación en ella...

1 a 7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Han disminuido	5	25,0	25,0	25,0
	.	2	10,0	10,0	35,0
	.	2	10,0	10,0	45,0
	No han cambiado	11	55,0	55,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

		Mis problemas con el consumo excesivo de cigarrillos de tabaco son	Mis problemas con el consumo excesivo de alcohol son	Mis problemas con el consumo excesivo de drogas son
N	Válido	20	20	20
	Perdidos	0	0	0

Mis problemas con el consumo excesivo de cigarrillos de tabaco son

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tengo esos problemas	5	25,0	25,0	25,0
	Medianos	7	35,0	35,0	60,0
	Grandes	5	25,0	25,0	85,0
	Muy grandes	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Mis problemas con el consumo excesivo de alcohol son

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tengo esos problemas	7	35,0	35,0	35,0
	Pequeños	5	25,0	25,0	60,0
	Medianos	6	30,0	30,0	90,0
	Grandes	1	5,0	5,0	95,0
	Muy grandes	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Mis problemas con el consumo excesivo de drogas son

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tengo esos problemas	9	45,0	45,0	45,0
	Pequeños	2	10,0	10,0	55,0
	Medianos	6	30,0	30,0	85,0
	Muy grandes	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

		TabacoSemana Recod	TabacoDiarioRe cod	AlcoholSemana Recod	AlcoholMareado MesRecod
N	Válido	20	20	20	20
	Perdidos	0	0	0	0

Estadísticos

		MarihuanaRecod	CocaínaRecod	AnfetaminaReco d	PacoRecod	PoxiRecod
N	Válido	20	20	20	20	20
	Perdidos	0	0	0	0	0

Estadísticos

		PastillasNerviosRecod	MezclaRecod
N	Válido	20	20
	Perdidos	0	0

Tabla de frecuencia

TabacoSemanaRecod

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin problemas	4	20,0	20,0	20,0
	Problemas pequeños	3	15,0	15,0	35,0
	Problemas medianos o grandes	13	65,0	65,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

TabacoDiarioRecod

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin problemas	4	20,0	20,0	20,0
	Problemas pequeños	14	70,0	70,0	90,0
	Problemas medianos o grandes	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

AlcoholSemanaRecod

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin problemas	2	10,0	10,0	10,0
	Problemas pequeños	3	15,0	15,0	25,0
	Problemas medianos o grandes	15	75,0	75,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

AlcoholMareadoMesRecod

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin problemas	8	40,0	40,0	40,0
	Problemas pequeños	10	50,0	50,0	90,0
	Problemas medianos o grandes	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

MarihuanaRecod

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin problemas	4	20,0	20,0	20,0
	Problemas pequeños	1	5,0	5,0	25,0
	Problemas medianos o grandes	15	75,0	75,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

CocaínaRecod

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin problemas	13	65,0	65,0	65,0
Problemas pequeños	5	25,0	25,0	90,0
Problemas medianos o grandes	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

AnfetaminaRecod

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin problemas	11	55,0	55,0	55,0
Problemas pequeños	2	10,0	10,0	65,0
Problemas medianos o grandes	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

PacoRecod

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin problemas	20	100,0	100,0	100,0

PoxiRecod

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	Sin problemas	18	90,0	90,0	90,0
	Problemas pequeños	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

PastillasNerviosRecod

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin problemas	13	65,0	65,0	65,0
	Problemas pequeños	5	25,0	25,0	90,0
	Problemas medianos o grandes	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

MezclaRecod

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin problemas	6	30,0	30,0	30,0
	Problemas pequeños	8	40,0	40,0	70,0
	Problemas medianos o grandes	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Prueba T

Estadísticas de grupo

Consumidores Problema Mediano O Grande		N	Media	Desviación estándar
Participación Religiosa	No consume	20	5,4693	4,89517
	Consume	20	-5,5711	2,54062

Estadísticas de grupo

Consumidores Problema Mediano O Grande		Media de error estándar
Participación Religiosa	No consume	1,09459
	Consume	,56810

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias
		F	Sig.	t
Participación Religiosa	Se asumen varianzas iguales	10,642	,002	8,952
	No se asumen varianzas iguales			8,952

Prueba de muestras independientes

		prueba t para la igualdad de medias		
		gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
ParticipaciónReligiosa	Se asumen varianzas iguales	38	,000	11,04036
	No se asumen varianzas iguales	28,543	,000	11,04036

Prueba de muestras independientes

		prueba t para la igualdad de medias		
		Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
			Inferior	Superior
ParticipaciónReligiosa	Se asumen varianzas iguales	1,23324	8,54380	13,53692
	No se asumen varianzas iguales	1,23324	8,51636	13,56437

Unidireccional

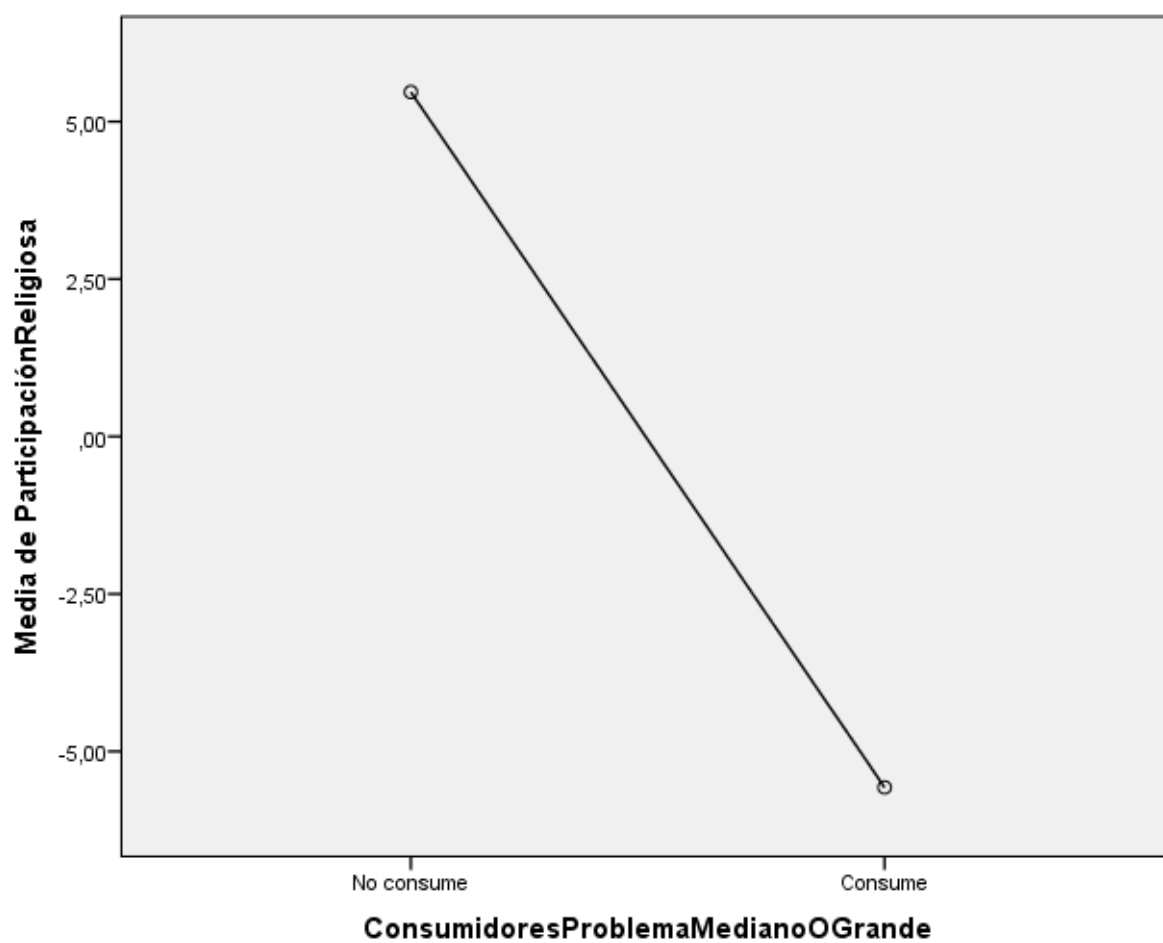
ANOVA

ParticipaciónReligiosa

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.

Entre grupos	1218,896	1	1218,896	80,144	,000
Dentro de grupos	577,932	38	15,209		
Total	1796,828	39			

Gráficos de medias



Correlaciones

Correlaciones

		ParticipaciónRel igiosa	ConsumoTotal
ParticipaciónReligiosa	Correlación de Pearson	1	-,764**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	40	40
ConsumoTotal	Correlación de Pearson	-,764**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	40	40

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).