

**Título** Desmoralización, impulsividad y consumo de sustancias: Un estudio en adultos jóvenes argentinos

---

**Tipo de Producto** Material Didáctico

---

**Autores** Wyss, Gertrudis

---

## Código del Proyecto y Título del Proyecto

---

C17S07 - Desmoralización, impulsividad y consumo de sustancias: un estudio en adultos jóvenes argentinos

---

## Responsable del Proyecto

---

Wyss, Gertrudis

---

## Línea

---

Psicología Clínica

---

## Área Temática

---

Psicología

---

## Fecha

---

Octubre 2017

---

**INSOD**

Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas  
Proyectuales

**UADE** 



### **Seminario interno de transferencia-Texto completo**

Lugar: Fundación UADE

Fecha: 10/10/2017

Marco: Semana de la Salud Mental de UADE

#### **Introducción:**

El consumo de drogas impacta tanto en múltiples esferas, como en distintos niveles, afectando el desarrollo económico y social, aumentando a su vez, los costos de atención a la salud al asociarse con lesiones o con enfermedades infecciosas y/o crónicas (Medina Mora, Real, Villatoro & Naterra, 2013).

En las últimas décadas, las investigaciones poseen una perspectiva multi-causal del fenómeno, y se ha tratado de dilucidar cuáles factores resultan mayormente relevantes en la explicación del consumo de sustancias (Buelga, Ravenna, Musitu, y Lila 2006; Kokkevi, Arapaki, Richardson, Florescu y Kuzman, y Stergar, 2007). El consumo de sustancias tiene como base factores individuales, factores ambientales, factores familiares (Griffin & Botvin, 2010).

Conocer los antecedentes o factores que pueden contribuir al consumo de sustancias, así como aquellos que contribuyen a su mantenimiento, son necesarios para facilitar el desarrollo de programas de prevención para reducir la prevalencia del consumo, y desarrollar intervenciones eficaces para reducirlo (Rooke, Norberg, Copeland, y Swift, 2013).

Los factores de nivel individual que inciden en el consumo de drogas abarcan desde factores cognitivos, actitudinales, sociales, de personalidad, farmacológicos, biológicos, hasta del desarrollo. Las características psicológicas que se asocian con el consumo de sustancias incluyen una baja autoestima, una baja asertividad y un bajo autocontrol conductual (Griffin & Botvin, 2010).

En relación a los factores individuales que pueden contribuir al consumo de sustancias, en este estudio se exploró la desmoralización.

Si bien se han encontrado algunas investigaciones que dan cuenta de una posible relación entre la desmoralización y el riesgo de consumo de sustancias, la literatura pareciera no ser extensa y este estudio pondrá a prueba la hipótesis de que a mayor nivel de Desmoralización, mayor consumo de sustancias en población hispano-parlante. Este estudio deja por fuera drogas como el alcohol, tabaco o cafeína.

### **Desarrollo**

¿Por qué desmoralización y riesgo de consumo de sustancias?. Porque se cree que contrastar en este estudio la hipótesis de que a mayor nivel de Desmoralización, mayor consumo de sustancias, resultaría útil para trabajar este aspecto de los factores individuales asociados al consumo de sustancia en programas de prevención y promoción de salud.

¿Qué entendemos por desmoralización?.



Jerome Frank

La desmoralización (Frank, 1974) describe aquel estado mental donde el sujeto se cree incapaz de resolver problemas, y conlleva a su vez, sentimientos de impotencia, aislamiento y desesperación.). En la literatura científica, el concepto de 'demoralization' se asocia a (1) baja auto estima (2) impotencia (3) ausencia de sentido de agencia (4) pesimismo. La incompetencia subjetiva se convirtió en el núcleo de la desmoralización de Figueiredo (1983, 1993, Figueiredo y Frank 1982)

La 'remoralization', en oposición a 'demoralization', se asocia con (5) **sentimiento de auto - control** y (6) **restablecimiento de la esperanza**. En esta línea, Howard, Lueger, Maling y Martinovich (1993) refieren a la restauración de la moral de una persona como

remoralización. Estas conceptualizaciones teóricas están relacionadas con bienestar psicológico, opuesto a padecimiento psíquico; cabe destacar entonces, que no tienen nada en común con la “moral” tal como se entiende en nuestro contexto socio-cultural local.

El concepto ´remoralización ´ surge originariamente en la psiquiatría social, como ´empoderamiento ´, en las concepciones de Rogers dentro de la tradición humanístico – existencial. También está asociado a ´fuerza del ego ´, de Kernberg dentro de la tradición de psicoanálisis del yo; y de ´autoactualización ´ de Maslow; dentro del humanismo. Fue Jerome Frank quien finalmente acuña el término ´demoralization ´ cuando se refiere a los factores terapéuticos comunes a todas las terapias, en Frank, Jerome; citado en Mahoney (Mahoney y Michael, 1988). Este sentimiento de incapacidad, falta de agencia, falta de confianza en uno mismo, baja auto estima, expectativas negativas respecto al futuro, falta de esperanza y pobre auto-concepto, está vinculado a todo el espectro de la psicopatología. Desde Aaron Beck en adelante, todos los autores coinciden en que, más allá de la sintomatología; las percepciones del sí – mismo y de los otros; la representación del mundo, como así también el sistema de creencias, juegan un rol fundamental en la determinación del sufrimiento psíquico.

La ´desmoralización ´ es una representación mental o creencia de que una/o no es capaz de resolver problemas, es impotente frente a las dificultades, sucumbiendo ante el aislamiento y la desesperación.

### ***Diferenciando Desmoralización de Depresión***

En la depresión, de Figueiredo argumentó que tanto el placer anticipatorio como el consumado están ausentes, pero en la desmoralización, sólo el placer anticipatorio se inhibe. La gente carecía de motivación tanto en la depresión como en la desmoralización. Sin embargo, de Figueiredo concluye que, en la depresión, el fracaso de actuar surge de la disminución de la motivación incluso cuando una persona conoce la dirección de la acción. En la desmoralización, el sentido de incompetencia y la incertidumbre futura, inhibían la acción incluso en presencia de una motivación significativa.

Aunque comparten síntomas de angustia, la desmoralización se distingue de la depresión por incompetencia subjetiva en la primera y Anhedonia en la segunda.

En esta línea, aunque un estado de desmoralización puede parecer un trastorno depresivo mayor, los investigadores muestran que es diferente y se puede distinguir de la depresión (Clarke & Kissane, 2002; De Figueiredo, 1993; Mangelli et al., 2005). La depresión se caracteriza por anhedonia - menor interés o placer en todas o casi todas las actividades -mientras que la desmoralización se define por la falta de mirar al futuro con Agradable anticipación. El individuo que está desmoralizado puede realmente disfrutar del presente (De Figueiredo), pero sufre de incompetencia subjetiva debido a la incertidumbre sobre qué curso de acción a tomar; La persona deprimida sufre de apatía incluso cuando la acción es necesaria y el tipo de acción necesaria es clara. En un estudio de morbilidad psiquiátrica entre los enfermos médicos Clarke, Mackinnon, Smith, McKenzie y Herrman (2002) encontraron estructuras separadas de síntoma latente de anhedonia y desmoralización.

Además, encontraron que la ideación suicida también se asociaba de manera diferente en Desmoralización y depresión. Los estados de depresión y desmoralización a menudo se solapan pero no están necesariamente conectados. Asimismo, Mangelli et al. encontró que su muestra de pacientes con enfermedades médicas están tanto deprimidos como desmoralizados, y que el 44% de los pacientes deprimidos no estaban desmoralizados y el 70% de los desmoralizados no estaban deprimidos.

### *¿Cómo se evalúa la desmoralización?*

Existe una escala, ideada por Wiede Vissers (Holanda) que mide la Desmoralización-Remoralización; se llama Remoralization Scale. Fue adaptada en Argentina para población general (Musso, Scherb, Wyss, Cascallar & Vissers, 2012) y para población clínica (Wyss, Gianni, Gogni & Scherb, 2015).

Se trata de un instrumento auto-administrable que mensura el nivel de auto-apreciación. La consistencia interna de la escala en su versión holandesa original es de .91, y el coeficiente de correlación de Pearson en el análisis test re-test resulta de .89, dando cuenta entonces de que se trata de un excelente instrumento por las propiedades psicométricas que presenta: alta consistencia interna, destacada fiabilidad test re-test, buena validez de constructo y discriminante. Consta de 12 ítems agrupados unidimensionalmente, con un formato de respuesta tipo Likert desde *Totalmente en desacuerdo* a *Totalmente de acuerdo*.

La fuerza de este instrumento radica en que es una medida transteórica (fue creada para ser utilizada en el marco de cualquier fundamento teórico psicológico) y transdiagnóstica (puede ser utilizada en cualquier persona, independientemente del trastorno que posea o no). Es de muy corta duración, por lo cual se puede utilizar como medida de cribado en programas de prevención de salud mental, distinguiendo aquellos sujetos que requieren intervención de aquellos que no y puede ser utilizada (junto a otras medidas) para evaluar progreso terapéutico más allá de la reducción sintomática. En este sentido, cabe destacar que: un Tratamiento psicoterapéutico exitoso a menudo produce más que simplemente una reducción de los síntomas (Goldfried y Wolfe, 1996, Perkins, 2001; Wampold, 2001). Además, la reducción de síntomas no implica necesariamente cambios positivos en por ejemplo, el sentido subjetivo de bienestar o la calidad de las relaciones sociales (Mirin & Namerow, 1991).

### *¿Dónde se realizó este estudio de Desmoralización, impulsividad y consumo de sustancias?*

En la Ciudad de Buenos Aires, con población general y población clínica.

Hipótesis del estudio:

- Cuanto mayor sea la Desmoralización, mayor será la impusividad y el consumo de sustancias

- **Metodología**

Diseño: El diseño propuesto es transversal. El estudio resultaría descriptivo correlacional, dado que describe las manifestaciones del fenómeno desmoralización y abordó la relación de dicho fenómeno con la variable consumo de sustancias.

Muestreo: La muestra es no probabilística. A través de la metodología bola de nieve.

Participantes: Una muestra no clínica de 68 jóvenes argentinos con nivel socio-económico medio. Criterio de exclusión: No aplica. La muestra clínica estuvo conformada por menos de 20 sujetos con problemas de consumo de sustancias.

Instrumentos de recolección de datos:

**Encuesta socio-demográfica**: Indaga sexo, edad, nivel educativo, estado civil, familia conviviente, lugar de residencia, ocupación, medicación prescrita.

**Escala de Revalorización** (RS; Vissers et al., 2010; Traducción al español por UADE).

**Drug abuse screening Test (DAST-20; Gálvez et al., 2010)**: Se trata de un instrumento autoadministrable de 20 items con formato de respuesta dicotómica (SI-NO), que evalúa consumo de sustancias (exceptuando alcohol y tabaco).

**Escala de impulsividad Estado**: Indaga el nivel de impulsividad.

## **Resultados**



Datos en  
crudo-Seminario de tr

