



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica

**AUTOCONCEPTO PERSONAL Y AUTOESTIGMA EN PACIENTES CON
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ABSTINENCIA ACTUAL**

TUTOR:

González, Giovanni.

AUTORAS:

Colmenares, Maooren.

Figueira, Carmen.

Caracas, febrero de 2015.



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica

**AUTOCONCEPTO PERSONAL Y AUTOESTIGMA EN PACIENTES CON
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ABSTINENCIA ACTUAL**

(Trabajo especial de grado presentado ante la Escuela de Psicología como requisito parcial
para optar al Título de Licenciada en Psicología)

TUTOR:

González, Giovanni.

AUTORAS:

Colmenares, Maooren.

Figueira, Carmen.

Caracas, febrero de 2015.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los pacientes de la Fundación José Félix Ribas y de la Unidad de Servicio y Recuperación de Alcohólicos Anónimos, por su disposición y colaboración con esta investigación.

Maooren y Carmen.

DEDICATORIA

A todas las personas que colaboraron con la realización de este proyecto: pacientes, directores y profesionales de la Fundación José Félix Ribas y de la Organización de Alcohólicos Anónimos.

También a aquellos pacientes que luchan día a día contra los estereotipos, los prejuicios sociales y los rechazos, a causa de su enfermedad.

Y a los especialistas del área de las adicciones, quienes deben laborar para que la comprensión de esta problemática en la sociedad vaya más allá de concepciones clínicas, manteniendo la premisa de reconocer al individuo como un ser integral y dinámico.

Maureen y Carmen.

AUTOCONCEPTO PERSONAL Y AUTOESTIGMA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ABSTINENCIA ACTUAL

Colmenares, Maureen
maoorencolmenares@gmail.com

Figueira, Carmen
psi.figueiracarmen@gmail.com

Universidad Central de Venezuela

Escuela de Psicología

RESUMEN

El drogodependiente, desde el ámbito clínico y social, ha sido sometido a juicios y actos discriminativos que han influido en su forma de autoperibirse y relacionarse. Este estudio tiene como objetivo identificar las dimensiones del autoconcepto personal propuestas por Goñi (2009) y los rasgos autoestigmatizantes señalados por Arnaiz y Uriarte (2006), mediante el Test de Apercepción Temática en 20 hombres abstinentes entre 18 y 55 años con trastorno por consumo sustancias en tratamiento. Para los resultados, la muestra fue descrita en su totalidad y por grupos (sustancias ilícitas y alcohol). En ambas clasificaciones prevalecieron sentimientos disfóricos, rasgos dependientes, escasos recursos cognitivos, pensamientos fantasiosos para la resolución de conflictos y presencia de barreras internas y externas posiblemente producto del estigma.

Palabras clave: drogodependencia, autoconcepto personal, autoestigma, abstinencia, alcohol, drogas ilícitas.

**PERSONAL SELF-CONCEPT AND SELF-STIGMA IN PATIENTS WITH USE OF
SUBSTANCES DISORDERS IN CURRENT IN ABSTINENCE**

Colmenares, Maooren
maoorencolmenares@gmail.com

Figueira, Carmen
psi.figueiracarmen@gmail.com

Universidad Central de Venezuela

Escuela de Psicología

ABSTRACT

The drug addict, from the clinical and social field, has been subjected to judgment and discriminative acts that have influenced the way they perceive themselves and interact. This study has as objective to identify the dimensions of personal self-concept proposed by Goñi (2009) and self-stigmatizing traits identified by Arnaiz and Uriarte (2006), through the Thematic Apperception Test in 20 abstinent men between 18 and 55 years with substance abuse disorder in treatment. For results, the sample was described as a total and in groups (illicit substances and alcohol). In both classifications dysphoric feelings prevailed, dependent features, few cognitive resources, fanciful thoughts for conflict resolution and presence of internal and external barriers possibly as a product of stigma.

Keywords: drugs, drugs addiction, personal self-concept, self-stigma, abstinence, alcohol, illicit substances.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIA	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Trastorno por consumo de sustancia.	3
2.1.1 <i>Contextualización</i>	3
2.1.2 <i>Conceptos referidos al trastorno por consumo de sustancias</i>	5
2.1.3 <i>Drogodependencia</i>	9
2.1.4 <i>Impacto social del trastorno por consumo de sustancias</i>	12
2.1.5 <i>Características del drogodependiente</i>	14
2.1.6 <i>Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias</i>	17
2.2 Autoconcepto.	20
2.2.1 <i>Antecedentes del autoconcepto</i>	20
2.2.2 <i>Definición del autoconcepto</i>	23
2.2.3 <i>Modelos del autoconcepto</i>	26
2.2.4 <i>Autoconcepto personal</i>	29
2.2.5 <i>Términos relacionados</i>	34
2.2.6 <i>Autoconcepto en drogodependientes</i>	41
2.3 Estigma y autoestigma	42
2.3.1 <i>Antecedentes del estigma</i>	42
2.3.2 <i>Definición de estigma</i>	45
2.3.3 <i>El estigma asociado a la drogodependencia</i>	48
2.3.4 <i>Autoestigma</i>	50
2.3.5 <i>Autoestigma y drogodependencia</i>	51

2.4 Test de Apercepción Temática	56
III. OBJETIVOS	60
3.1 Objetivo general	60
3.2 Objetivos específicos	60
IV. MARCO METODOLÓGICO	64
4.1 Sistema de variables	64
4.1.1 <i>Variable predictora: trastorno por consumo de sustancias</i>	64
4.1.2 <i>Variable predicha 1: autoconcepto personal</i>	65
4.1.3 <i>Variable predicha 2: autoestigma</i>	67
4.2 Variables extrañas	68
4.2.1 <i>Controladas</i>	68
4.2.2 <i>No controladas</i>	69
4.3 Tipo y diseño de investigación	70
4.4 Participantes	70
4.4.1 <i>Población</i>	70
4.4.2 <i>Muestra</i>	70
4.5 Recursos	71
4.5.1 <i>Materiales</i>	71
4.5.2 <i>Humanos</i>	73
4.6 Análisis de datos	74
4.7 Procedimiento	74
V. RESULTADOS	77
5.1 Resultados de la muestra total	77
5.1.1 <i>Descripción de la muestra total</i>	77
5.2 Proporciones de frecuencia de la muestra total	79
5.2.1 <i>Autoconcepto</i>	79
5.2.2 <i>Autoestigma</i>	84
5.3 Proporciones de frecuencia de la muestra de acuerdo al tipo de droga (ilícita y alcohol)	86
5.3.1 <i>Autoconcepto</i>	86
5.3.2 <i>Autoestigma</i>	96

VI. DISCUSIÓN	100
VII. CONCLUSIONES	116
VIII. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	118
8.1 Limitaciones	118
8.2 Recomendaciones	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Especificaciones del contenido de las láminas del TAT (Brinkmann, 2002)	71
Tabla 2. Escolaridad para la muestra total	77
Tabla 3. Drogas de impacto para la muestra total	77
Tabla 4. Antecedentes penales de la muestra total	78
Tabla 5. Frecuencias de las respuestas de los sujetos de la muestra general respecto a las presiones sociales	86
Tabla 6. Frecuencias de respuestas de los sujetos por grupos respecto a las presiones sociales	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Shavelson y cols. (1979)	28
Figura 2. Autoconcepto personal	32
Figura 3. Componentes del estigma	47
Figura 4. Proporción de los sujetos de la muestra total en el área emocional	79
Figura 5. Proporción de los sujetos de la muestra total en culpabilidad	80
Figura 6. Proporción de los sujetos de la muestra total en autonomía asocial	80
Figura 7. Proporción de los sujetos de la muestra total en dependencia-independencia	81
Figura 8. Proporción de los sujetos de la muestra total en capacidad-incapacidad	81
Figura 9. Proporción de los sujetos de la muestra total en realización	82
Figura 10. Proporción de los sujetos de la muestra total en conocimiento	82
Figura 11. Proporción de los sujetos de la muestra total en nivel conductual	83
Figura 12. Proporción de los sujetos de la muestra total en desenlace	83
Figura 13. Proporción de los sujetos de la muestra total en procesos internos	84
Figura 14. Proporción de los sujetos de la muestra total en impacto del ambiente	85
Figura 15. Proporción de los sujetos de la muestra total en percepción del ambiente	85
Figura 16. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en el área emocional	86
Figura 17. Proporción de los sujetos de alcohol en el área emocional	87
Figura 18. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en culpabilidad	87
Figura 19. Proporción de los sujetos de alcohol en culpabilidad	88
Figura 20. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en autonomía asocial	88
Figura 21. Proporción de los sujetos de alcohol en autonomía asocial	89
Figura 22. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en dependencia-independencia	90
Figura 23. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en capacidad-incapacidad	90
Figura 24. Proporción de los sujetos de alcohol en dependencia-independencia	91
Figura 25. Proporción de los sujetos de alcohol en capacidad-incapacidad	91

Figura 26. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en realización	92
Figura 27. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en conocimiento	92
Figura 28. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en nivel conductual	93
Figura 29. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en desenlace	93
Figura 30. Proporción de los sujetos de alcohol en realización	94
Figura 31. Proporción de los sujetos de alcohol en conocimiento	94
Figura 32. Proporción de los sujetos de alcohol en nivel conductual	95
Figura 33. Proporción de los sujetos de alcohol en desenlace	95
Figura 34. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en procesos internos	96
Figura 35. Proporción de los sujetos de alcohol en procesos internos	97
Figura 36. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en impacto del ambiente	97
Figura 37. Proporción de los sujetos de alcohol en impacto del ambiente	98
Figura 38. Proporción de los sujetos de sustancias ilícitas en percepción del ambiente	98
Figura 39. Proporción de los sujetos de alcohol en percepción del ambiente	99

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	130
Anexo 2	132
Anexo 3	134

I. INTRODUCCIÓN

La drogodependencia, como fenómeno reconocido en la historia y la cultura de las civilizaciones, con el transcurrir de los años ha trascendido más allá de las tradicionales áreas médica y espiritual, expandiendo su práctica hacia otros contextos de la cotidianidad; tal expansión enmarca su protagonismo dentro de escenarios de narcotráfico, prostitución, delincuencia, conductas antisociales y enfermedades de transmisión sexual, los cuales muestran el declive integral que sufre la calidad de vida de los individuos y hacen de esta una de las problemáticas de salud pública más graves que ha impactado en la sociedad (Correa, 2007; Insulza, 2013).

Debido a esto, innumerables investigaciones han explorado los elementos que conforman la dinámica de dependencia y abuso de drogas, en búsqueda de dar respuesta a las necesidades del colectivo; sin embargo, es importante destacar que el enfoque predominante suele orientarse hacia el efecto que tiene el adicto sobre la sociedad y las consecuencias perjudiciales que genera, prescritas en un marco de juicios negativos, presiones externas y discriminación, a pesar de los hallazgos y evidencias científicas sobre los criterios generales, signos y síntomas que repercuten directamente en la vida del sujeto, además de los frecuentes historiales conflictivos en el núcleo familiar, cuya función muchas veces influye en el desarrollo de patologías autodestructivas (Cova, 2009; García, Palermo y Rodríguez, 2011; Barrionuevo, 2013).

En este sentido, parece que recrearse en el consumo compulsivo de tóxicos con el objetivo de alterar su estado de conciencia, ánimo, percepción y rendimiento físico o mental para evadir el malestar, se presenta como una opción de escape de todas aquellas vivencias e ideas adquiridas a lo largo del tiempo, condición que resulta contraproducente y perjudicial para la salud psíquica, en términos de las capacidades y fortalezas yoicas.

Por ello, el predominio de atributos desacreditadores, correspondientes al autoestigma (Goffman, 1995), que se conjugan para describir aspectos o actitudes del sujeto en consumo que, aun en tratamiento, delimitan un entorno de menosprecio, crítica, humillación e irrespeto,

dificultan su desprendimiento de la etiqueta impuesta y contribuyen a su aislamiento, siendo un efecto auto-obstaculizante para el desarrollo de aspiraciones, deseos y capacidades.

En diversas oportunidades la relación entre las adicciones y la percepción de sí mismo, ha sido de interés para algunos autores, destacando el carácter protector que posee el llamado autoconcepto familiar y el académico (Musitu y cols., 2007; Cava y cols., 2008), así como el factor de riesgo que implica la dimensión social (Shavelson y cols., 1976, c. p. Goñi, 2009); sin embargo, a pesar de los escasos estudios publicados en torno al tema, existen contradicciones respecto a la influencia de una variable sobre la otra, por lo que resulta de interés para la comunidad científica la exploración del autoconcepto personal en relación a la drogodependencia, siendo esta una patología que comprende la línea bidireccional entre la sociedad y el sujeto.

Finalmente, este estudio fue realizado con la motivación de explorar cómo es el autoconcepto de estos sujetos y si presentan características autoestigmatizantes, con la finalidad de obtener una descripción desde una perspectiva integral (psicológica y social) que ayude a profundizar la comprensión sobre estos. Asimismo, el abordaje de esta problemática puede aportar información válida para emplear medidas dentro de centros de rehabilitación, que favorezcan el proceso terapéutico sus pacientes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Trastorno por consumo de sustancia.

2.1.1 Contextualización.

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, se ha extendido mundialmente en las distintas sociedades, especialmente durante las últimas décadas. Expertos en el área, plantean que en la población general, comprendida entre los 15 y 64 años de edad aproximadamente, las prevalencias de consumo son más elevadas en hombres que en mujeres y, aunque el tema ha sido abordado en innumerables ocasiones, tal como lo reflejan estudios, encuestas y la misma realidad clínica de aquellos que acuden a tratamientos por abuso o dependencia de sustancias, esta problemática pareciera encontrarse en una instancia bastante lejana para su resolución (Kendler y cols., 2000, c. p. Arias, Barreiro, Becoña, Berdullas, Cortéz, Iraurgi, Llorente, López, Madoz, Martínez, Ochoa, Palau, Palomares y Villanueva, 2010; Caudevilla, 2010).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido que la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo, tienen como punto inicial la ingesta de alcohol, hecho que resulta bastante lógico pues, dada la condición legal y accesible que posee, su práctica es altamente aceptada a nivel socio-cultural, siendo la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardíacas y el cáncer. De esta forma, con el paso de los años, se ha convertido en un hábito que no distingue entre sexos ni edades debido a que, en la actualidad, es el factor común que acompaña los espacios de ocio y recreación de las personas, particularmente a los jóvenes de 14 años de edad o menos (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007; Alcoholics Anonymous World Services Inc. - A. A. W. S., 2012; OEA, 2013).

Asimismo, en los informes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodc), se estimó que para el año 2010, el 5 % de la población mundial (230 millones de personas) dentro del mismo rango de edad, habían consumido sustancias ilícitas por lo menos una vez, destacando la prevalencia de opiáceos y drogas sintéticas. Para el 2013,

reportan que hubo un incremento poblacional considerable en el núcleo de consumidores, mas, las cifras determinadas sobre el tipo sustancias de preferencia y los casos de dependencia u otros trastornos relacionados con las drogas, permanecían estables (2012; 2013).

Por su parte, entre las investigaciones más recientes elaboradas en Venezuela, se destaca un estudio realizado en el 2011 por la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) en conjunto con la Fundación de Atención Integral Juvenil (Fundainil), cuyo propósito era dar a conocer las características actuales del consumo y el uso indebido de drogas lícitas e ilícitas en la población general entre los 12 y 65 años.

Entre los hallazgos más destacados, se encontró que, del 68 % que representa a los activos en consumo de alcohol, el 8,9 % (1.951.385 personas) presenta síntomas de dependencia hacia la sustancia; mientras que, para las drogas ilícitas se obtuvo que, alrededor de 270.096 personas, mantienen patrones de consumo regular, representando el 1,28 %; en este último caso, especifican que sustancias como la marihuana y la cocaína, predominan como las drogas de mayor consumo a nivel nacional con un 1,08 % y 0,34 %, respectivamente, concluyendo que hay un patrón de dependencia del 0,61 % para los consumidores de cannabis y del 0,35 % para los llamados cocainómanos (Linares, 2013).

De acuerdo a las estadísticas, se deja en clara evidencia que este conflicto de salud pública va en aumento y se va desplegando con suma rapidez, aun cuando en la actualidad se tenga acceso a mayores fuentes de información acerca de los efectos nocivos que conlleva su uso, tanto en el funcionamiento cognitivo, en la percepción de sí mismo, como en el área afectiva-relacional y personal, que ocasionan en los individuos. Fedotov, director ejecutivo de la Unodc, expuso en el Informe Mundial sobre las Drogas del año 2012 que “la heroína, la cocaína y otras drogas siguen matando a unas 200.000 personas al año, destruyen familias y causan sufrimiento a otros miles de personas” (Prefacio, ¶1), por ello, se hace énfasis en las medidas centradas en la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, como elementos primordiales para reducir la demanda de drogas, establecidas por las organizaciones competentes (Unodc, 2012).

Sujetos a tales medidas, se encuentran los distintos centros o instituciones, públicos o privados, capacitados para atender a los usuarios consumidores de drogas y evaluar las necesidades de su entorno, como por ejemplo: la Fundación José Félix Ribas (Fundaribas) en sus tres modalidades: Centro Especializado de Prevención y Atención integral (CEPAI), Centro de Orientación Familiar (COF) y Comunidad Terapéutica Socialista (CTS), y la Organización de Alcohólicos Anónimos (AA) dentro del territorio nacional; la primera, tiene el objetivo de implementar alternativas de tratamiento que brinden, de manera oportuna y eficaz, atención integral a las personas con problemas o riesgos de adicción en todas sus modalidades (personal, familiar, educativa, laboral y social) y la segunda, brinda apoyo y contención a todo aquel que acuda por problemas de alcoholismo, proponiendo un trabajo espiritual, independientemente de las culturas y creencias, mediante una estructura de 12 pasos, para mantener la sobriedad (Alcohólicos Anónimos, 1983; Fundación José Félix Ribas, 2011; A. A. W. S., 2012).

Así, estas y otras instituciones más, se han enfocado en tomar acciones que ataquen el conflicto de raíz, dada la situación preocupante que se vive al observar que los inicios de consumo son cada vez más tempranos y en mayor cantidad de sujetos, aumentando la probabilidad de futuras patologías en torno a la adicción (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007; Organización de los Estados Americanos - OEA, 2013).

2.1.2 Conceptos referidos al trastorno por consumo de sustancias.

2.1.2.1 Droga y términos relacionados.

Investigaciones relacionadas con las drogas y su consumo, han contribuido a una mayor comprensión del tema, permitiendo abarcar no solo los efectos fisiológicos y/o psicológicos asociados a cada sustancia, sino también los aspectos legales implicados. En Venezuela, la Ley Orgánica de Drogas - LOD (2010) establece en su artículo 3, párrafo 12, que la droga es: “toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración pueda alterar de algún modo el sistema nervioso central del individuo y es además susceptible de crear dependencia” (p. 2).

Es importante mencionar que, ya para el año 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) había indagado sobre el término, definiéndolo como: “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pudiese modificar una o varias de sus funciones” (c. p. Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009, p. 2); pero, dado el carácter impreciso del mismo, en años siguientes, dicha organización realiza una modificación del concepto original, para llamarlo droga de abuso, delimitando que su uso está fuera de cualquier fin médico, con efectos psicoactivos que estimulan o deprimen el sistema nervioso central (SNC) como: cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento, puede ser autoadministradas en forma repetida o episódica y posiblemente producir dependencia (Gutiérrez y Ramírez, 2008; OMS, 1982, c. p. Lorenzo y cols., 2009).

También, existen otros términos vinculados y frecuentemente utilizados en el área clínica, como lo son: sustancias psicotrópicas o estupefacientes, los cuales tienen la capacidad de modificar el rendimiento psicológico y la conducta individual, induciendo cambios funcionales u orgánicos en el sistema nervioso (estados de ánimo, motricidad, percepción, etc.), con alto potencial de producir conducta abusiva y/o dependencia, y algunas son usadas con finalidades médicas para aliviar el dolor, disminuir la tensión o suprimir el apetito (Miraval, 2003; Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médicas - ANMAT, 2011).

2.1.2.1.1 Tipos de drogas.

Ya se ha afirmado que, las denominadas drogas de abuso, pueden ser estimulantes, depresoras o distorsionadoras de las funciones cerebrales y psicológicas del individuo; a continuación, se especifican los efectos de las mismas por sustancias:

- Alcohol: droga depresora del SNC, que inhibe progresivamente las funciones cerebrales y afecta la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007).

- Cannabis: en sus distintas variaciones, tiene efectos psicoactivos en el individuo y puede producir intoxicación, tolerancia o dependencia; su presentación puede ser: 1) en forma de hachís, que es un compuesto obtenido a partir de la resina de la planta, 2) como triturado seco de flores y hojas y 3) como aceite. Tiene un efecto bifásico, comenzando por una fase de estimulación, con euforia, bienestar, aumento de la percepción y ansiedad, seguida por una fase de sedación, en la que predominan la relajación y la somnolencia, pudiendo llegarse a conciliar el sueño. Existe una versión sintética que genera alteración en las funciones cognitivas, afectando la atención, la memoria reciente y dificultan la capacidad para solucionar problemas (Arias y cols., 2010).
- Cocaína: puede consumirse en forma de hojas masticadas (hojas de coca), polvos de clorhidrato de cocaína para esnifar o inyectarse y como *crack*, cuya presentación viene en forma de cristales ya que no ha sido neutralizada por un ácido para convertirse en la sal de clorhidrato, y se pueden calentar para fumar o mezclar con heroína o marihuana. Sus principales efectos son: euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiperproxexia, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, hipersexualidad, tendencia a la violencia y deterioro de la capacidad de juicio (National Institute on Drug Abuse, 2006; Arias y cols., 2010).
- Heroína: se administra fundamentalmente por vía intravenosa, pero también es posible fumarla o esnifarla. Durante los primeros consumos, produce náuseas, vómitos y disforia, una vez pasado el malestar, aparecen los síntomas buscados, como el placer, la euforia y la reducción de la ansiedad, conocido como la “fase de luna de miel”, además de otros síntomas característicos como: miosis, bradicardia, hipotensión, hipotermia, analgesia, estreñimiento pertinaz, apatía, retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y deterioro de la capacidad de juicio. Cuando la intoxicación es muy intensa puede desembocar en una sobredosis, que en muchos casos produce la muerte (Arias y cols., 2010).
- Drogas de síntesis: nombre atribuido a un amplio grupo de sustancias, producidas por síntesis química entre las que cabe señalar el éxtasis, el ácido gamma-hidroxi-butírico (GHB), la ketamina, clorhidrato de fenciclidina (PCP o polvo de ángel), las cuales se encuentran en varias presentaciones: pastillas, cápsulas, polvo o

líquidos. En general contienen distintos derivados anfetamínicos o de otras sustancias que poseen efectos estimulantes y/o alucinógenos de intensidad variable; al finalizar sus efectos, puede surgir un apetito voraz, fatiga y síntomas depresivos (DGPNSD, 2007; Arias y cols., 2010).

2.1.2.2 Clasificaciones de drogas.

Existen diversos criterios para determinar los tipos de drogas o sustancias psicoactivas, por ejemplo: efectos, status legal, origen (natural o sintético), duras o blandas, entre otros (Caudevilla, 2010), de los cuales solo se considerarán tres categorías:

- Clasificación por su status legal: “distinguiendo entre drogas legales e ilegales. El alcohol, el tabaco y el café son drogas permitidas por la mayoría de los países occidentales. El resto de las drogas se encuentran sometidas a distintas regulaciones legales” (Caudevilla, 2010, p. 3).
- Clasificación por grupos (OMS, 1975, c. p. Lorenzo y cols., 2009):
 - a) Grupo 1 (opiáceos): opio y sus derivados naturales, semisintéticos o sintéticos: morfina, heroína, metadona, etcétera.
 - b) Grupo 2 (psicodepresores): barbitúricos, benzodiazepinas y análogos.
 - c) Grupo 3: alcohol etílico.
 - d) Grupo 4 (psicoestimulantes mayores): cocaína y derivados (crack), anfetaminas y sus derivados, katina o norpseudoefedrina, etcétera.
 - e) Grupo 5: alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina y otros).
 - f) Grupo 6: cannabis y sus derivados (marihuana, hachís).
 - g) Grupo 7 (inhalantes): solventes volátiles, como tolueno, acetona, gasolinas, éter, óxido nitroso, etcétera.
 - h) Grupo 8 (psicoestimulantes menores): tabaco, infusiones con cafeína, colas, etcétera.
 - i) Grupo 9: drogas de síntesis.

2.1.3 Drogodependencia.

La OMS (1964, c. p. Lorenzo y cols., 2009), define la drogodependencia como un estado de intoxicación periódica o crónica, producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- a) Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- b) Tendencia a incrementar la dosis.
- c) Dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga.
- d) Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Asimismo, en el campo clínico han empleado y desarrollado variantes del término que, sin embargo, presentan características análogas en cuanto al contenido teórico, tal como ocurre con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en la que utilizan el concepto de dependencia o síndrome de dependencia, comprendido como un “conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo” (OMS, 1999, p. 53), denotando que su definición no dista mucho de la valorada por la OMS.

Por su parte, el DSM-V (APA, 2013) hace uso de la denominación *trastorno por consumo de sustancias*, también descrito como “un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa utilizando la sustancia a pesar de importantes problemas relacionados con ella (...) las actividades diarias de la persona giran en torno a la sustancia” (p. 526).

Otros conceptos, como el de toxicomanía y adicción, fueron los principales aplicados a esta enfermedad al inicio de las investigaciones, las cuales se remontan a más de 100 años; el primero, referido al estado de intoxicación periódica o crónica del consumidor de una sustancia, y el segundo, relacionado con la necesidad imperiosa de llevar a cabo un comportamiento que no tiene en cuenta las consecuencias nocivas para el individuo y su

entorno (familiar, laboral y social); pero, durante el último siglo, ambos se cargaron de connotaciones peyorativas, morales y legales, motivando a los especialistas a modificarlas a la palabra drogodependencia, con la finalidad de aportar una visión más objetiva dentro de la clínica (Lorenzo y cols., 2009).

2.1.3.1 Criterios diagnósticos del trastorno por consumo de sustancias (drogodependencia).

Según la CIE-10 (OMS, 1999), estas pautas diagnósticas deben realizarse “si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes” (p. 53):

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si

la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios (pp. 53-54).

En cuanto a los criterios del DSM-V (APA, 2013), se valoran los siguientes aspectos:

El criterio A, que explica por agrupaciones los criterios globales de control de daño, de deterioro social, del uso peligroso y los farmacológicos.

- a) *Criterios globales de control de daño*: correspondientes a los criterios 1, 2, 3 y 4, en los que se alude al deseo persistente del sujeto por reducir o regular el uso de sustancias, debido al incremento de consumo, al gasto inmensurable de tiempo por su obtención y la recuperación de los efectos, al punto de reducir su vida diaria a esta práctica. Asimismo, puede reportar múltiples intentos fallidos para disminuirlo o suspenderlo.
- b) *Criterios globales de deterioro social*: dividido entre los criterios 5, 6 y 7, en los que se hace referencia a las consecuencias que trae consigo el consumo persistente de las sustancias, dado que afectan el cumplimiento de obligaciones laborales, académicas, sociales y personales; sin embargo, además de la disminución de actividades por el uso de sustancias, también puede darse un incremento.
- c) *Criterios de uso peligroso de la sustancia*: clasificados como 8 y 9, en los cuales destacan la incapacidad de abstenerse al uso de las sustancias a pesar de la conciencia que tiene el individuo de los riesgos físicos que implica y de los problemas psicológicos y fisiológicos recidivantes o persistentes, probablemente causados o exacerbados por las mismas.
- d) *Criterios farmacológicos*: indicados en los parámetros 10 y 11, para señalar los signos de tolerancia, en la que el sujeto requiere una dosis notablemente mayor de la sustancia para lograr el efecto deseado, ya que con la dosis habitual el resultado es marcadamente reducido; además de la retirada, síndrome que es producido por la disminución de la concentración de una sustancia en la sangre o los tejidos, después de un uso prolongado e intensivo, los cuales pueden generar los síntomas de abstinencia,

el individuo tiende a consumir la sustancia para aliviar los mismos [Traducción propia].

2.1.4 Impacto social del trastorno por consumo de sustancias.

Diversos estudios han ilustrado el fenómeno de la drogodependencia desde el ámbito social, haciendo énfasis en el papel que juega la presión de los pares en el inicio y uso continuo de las drogas (López-Salgado y cols., 1994; Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006; Contreras, Luna y Arrieta, 2008; Esnaola, 2006; Martínez y Sanz, 2003), pero no solo estos elementos influyen en el consumo, situaciones como la violencia intrafamiliar, el abandono de alguna figura parental, el contexto en el que se desenvuelve el sujeto o la extensión del tráfico de drogas, que abarca los distintos estratos sociales, son alguno de los innumerables factores asociados a esta problemática que aumentan su complejidad, por lo que este fenómeno requiere ser abordado desde distintas perspectivas (Isella, 2002). Tal variabilidad que se desarrolla en la sociedad, pareciera indicar que son los propios valores y representaciones los que promueven un sistema naturalmente adicto, enfermo, que impacta negativamente en las personas.

En muchos casos, el efecto de las drogas, bien sea por intoxicación, abuso o dependencia, produce eventos infortunados como accidentes o sucesos de violencia y agresión, además, el consumo de sustancias es un importante factor de riesgo en la adquisición de enfermedades como el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la cirrosis, trastornos mentales, entre otras tantas (Insulza, 2013).

A pesar de la alarmante tasa de mortalidad, que se incrementa con el pasar de los años y de las cifras sobre la prevalencia del consumo, cuya proporción alcanza el 5 % de la población mundial, así como los hallazgos científicos sobre la nocividad de las sustancias y del alcohol, aún no se ha obtenido un panorama cabal sobre el impacto que tiene esta problemática en la sociedad (Insulza, 2013).

Si bien este autor destaca la escases de información publicada al respecto, menciona que la variedad de posturas coinciden en que las repercusiones más importantes en la vida incluyen el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia (Insulza, 2013).

Estos últimos han sido los conflictos más polémicos en el contexto de las drogas, al abarcar desde la producción y el tráfico, hasta los delitos callejeros cometidos bajo los efectos de sustancias o motivados por la adquisición de dinero para sus próximas provisiones, siendo los más propensos a cometerlos los alcohólicos, cocainómanos y consumidores de metanfetaminas, benzodiazepinas e inhalables (Medina-Mora, 2011; Insulza, 2013):

Cerca de 50 % de los agresores que comenten homicidios se encuentran intoxicados con alcohol o drogas ilícitas (principalmente marihuana o cocaína) al momento de cometer el crimen. El 35 % de los usuarios de metanfetaminas ha provocado lesiones a terceros después del consumo de la sustancia (Baskin-Sommers y Sommers, 2006; Darke, 2010).

En este sentido, algunos investigadores han destacado la relación particular violencia-alcohol, tanto para el que la efectúa como para quien es dirigido el acto violento, afirmando que más del 25 % de los hombres y más del 15 % de las mujeres ha hecho uso de la agresión física o verbal ante una discusión encontrándose en estado de ebriedad y, alrededor de un 50% de las mujeres han identificado que su pareja ha estado bajo efectos del alcohol al momento de agredirlas (Taylor, 2004; OMS, 2006).

De esta manera, se demuestra claramente que el consumo de alcohol y otras drogas promueven este tipo de actos, ya que actúan como facilitadores, al disminuir la inhibición, el juicio y la capacidad del individuo de interpretar las señales normativas de la sociedad en forma correcta (Heinz, 2011).

Dadas estas circunstancias, la respuesta ha sido aislar al adicto del contexto social y también cercar al conjunto familiar, argumentando que es una problemática que compete solo al núcleo parental; no hay que olvidar el rol que juegan los otros en la percepción del sí mismo, condición que muchas veces se encuentra determinada por las creencias y prejuicios de la sociedad hacia el sujeto, como ocurre con la persona que presenta un trastorno por consumo de sustancias (López-Salgado y cols., 1994; Observatorio Peruano de Drogas – OPD, 2010).

Ciertamente, dada la dificultad para abordar este complejo fenómeno por medio de políticas públicas, es precisa la integración de las distintas posturas y disciplinas para establecer nuevos enfoques, propuestas y técnicas que ahonden en la temática y su relevancia social.

2.1.5 Características del drogodependiente.

Los pacientes con trastorno por consumo de sustancias, también llamados drogodependientes, se destacan por presentar ciertos rasgos evidentes ante la sociedad como son el inconformismo social, la baja motivación en el ámbito académico, la necesidad de independencia, las expresiones de rebeldía, la tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas, intensas e inmediatas, la tolerancia frente a situaciones de desadaptación social o las tendencias antisociales tempranas, son unos de los tantos estereotipos que pretenden bosquejar la personalidad del drogodependiente y, si bien, esta descripción no dista de la realidad, es fundamental rescatar que estos adjetivos no deben ir en miras de esquematizar al que sufre de esta enfermedad, sino de mostrar aquellas características que lo conforman (Observatorio Peruano de Drogas – OPD, 2010).

Cattan (2005) plantea que el drogodependiente no tiene una personalidad propia, por lo que la delimitación de estos aspectos brinda una comprensión que contribuye a la evaluación exhaustiva del individuo en los centros de atención, siendo abordado desde las distintas perspectivas del trabajo multidisciplinario.

Desde el punto de vista psicosocial, se conoce que estos pacientes, en su mayoría tienen dificultades con la socialización, con bajos umbrales para la frustración, lo cual dificulta el manejo del fracaso y el dolor, sus déficits en habilidades de afrontamiento y resolución de conflictos dejan en evidencia el retraso en el desarrollo personal que poseen, teniendo un impacto negativo en su autoestima y autoconfianza; por consiguiente, es la recurrencia al alcohol u otras drogas las que lo ayudarán a lidiar con sus condiciones vulnerables, a desinhibir su comportamiento o a escapar de aquello que lo agobian (Cattan, 2005).

No obstante, los elementos psíquicos amplían el panorama que explica estas conductas y se asocian a eventos traumáticos o intolerables para el yo durante las primeras etapas de vida, como: la dependencia afectiva, el permanente temor al abandono, una figura del padre ausente o distante, una madre sobreprotectora y omnipresente, la búsqueda constante del placer y gratificación, los comportamientos infantiles y egocéntricos, la tendencia a la ansiedad o depresión, la escasa tolerancia a la frustración, las dificultades para establecer y mantener relaciones personales, la escasa capacidad de autocontrol y baja autoestima, la incapacidad de asumir responsabilidades y un locus de control externo (Cova, 2009).

Mediante estos factores, se toma que las demandas del entorno resultan de gran peso para el desarrollo de la personalidad y la noción de sí mismo, destacando así la percepción de los padres respecto a sus hijos, que en algunos casos tiende las sobrevaloraciones poco realistas respecto a la valía del niño, lo que da origen a un estilo narcisista; por lo tanto, este último adoptará una autoimagen sobreestimada que será insostenible en el mundo externo (Kernberg, 2005).

Todo este conjunto de aspectos, desde la perspectiva freudiana, sugieren que el sustrato químico es un quitapenas por el cual es posible sustraerse de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio que ofrece mejores condiciones de sensación; es un método tosco, pero también uno de los más eficaces y mayormente utilizados desde tiempos remotos como modo para evadir el sufrimiento (Isella, 2002, p. 5).

Asimismo, muchos especialistas vinculan la patología a otras como: las narcisistas, los trastornos de ansiedad y, en especial, la depresión, siendo esta última, una de las más importantes dentro del proceso de recuperación. Con bastante frecuencia, los síntomas depresivos suelen pasar desapercibidos al solaparse con el consumo de sustancias psicotrópicas; sin embargo, estos llegan a ser tan determinantes como la propia adicción, al punto de condicionar la evolución terapéutica de los individuos en tratamiento (Braña, Díaz, Sanabria y Varela, 2002 c. p. Esnaola, 2006; Mendoza, Carrasco y Sánchez, 2003).

Del mismo modo ocurre con los pacientes que padecen de alcoholismo, ya que también presentan una tendencia a sufrir de trastornos de ánimo como la depresión o la distimia y de trastornos de ansiedad, en los que se manifiestan signos de impulsividad, poca capacidad de juicio o tendencias suicidas, requiriendo de un tratamiento farmacológico; aunque, es importante precisar el diagnóstico pues, puede deberse a una intoxicación o a una abstinencia alcohólica, tal como ocurre con los estupefacientes (Torrens, 2001).

Por su parte, las características antisociales de estos pacientes vienen dadas por los sustratos cargados de hostilidad “sobrevienen en una alteración del sistema de valores y una incapacidad de asumir normas de autocrítica, capacidad de culpa y preocupaciones frente a sí mismo y hacia los demás, que devienen en conductas delictivas” (Medici y Saenz, 2010, p. 38).

Desde la perspectiva psicoanalítica, se explica que el temor de dañar o destruir el objeto amado, genera en el niño un sentimiento de culpa y consecuentemente una tendencia a la reparación del mismo, se ponen en juego las tentativas del yo para inhibir sus pulsiones agresivas; cuando no hay una adecuada integración del yo ni un vínculo positivo con el entorno, aparece el elemento regresivo Klein (s. f., c. p. Clancy, 2010), que, en el caso de los adultos con esta patología, bloquean cualquier sentimiento empático e intención compensatoria.

La negación aparece como una de las defensas que cumple la función de separar al adicto de la consciencia sobre las consecuencias de esta enfermedad en su vida, con la

finalidad de reducir la ansiedad, proteger y mantener el sistema adictivo, estableciendo una condición egosintónica para la persona. Abadi (2001) argumenta que la necesidad de negar la dependencia afectiva por temor al sufrimiento hace que el adicto trate a las personas como cosas, dándoles valor en la medida en que las necesite; por lo que el estilo adictivo dirigido hacia personas o actos, podrán ser remplazados, siempre que ocupen el lugar del objeto faltante.

En relación a lo último, Santín (2006) explica que la fijación de una necesidad a un objeto es constante, el sujeto hace todo lo posible por continuar y mantener esta dependencia y puede ser dirigida hacia cualquier elemento que pueda adquirir una característica adictiva y que sustituya la necesidad inconsciente, producto de un dolor subyacente.

También, los mecanismos como la minimización, al restar importancia o significado a los eventos propiciados por el individuo bajo los efectos de las drogas; la racionalización, al pretender asignar una razón lógica a algo que por naturaleza es irrazonable; la justificación, para excusar el uso de las sustancias en virtud de algo que ocurrió en el pasado, por algún hecho actual o cualquier otra circunstancia; y la proyección, en la que refleja en los demás los problemas propios de sí mismo y de su realidad, a veces para culpabilizar a otros de sus conflictos, son características manifiestas en la dinámica y funcionamiento del adicto (Alvarado, s. f.).

2.1.6 Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.

El trastorno por consumo de sustancias, es reconocido como una enfermedad o condición en la que el sujeto requiere de un tratamiento multidisciplinario y personalizado, siendo su eje principal el carácter voluntario y la disposición del paciente para una posterior evaluación integral. Dicho tratamiento, expresa Sanz (1996), consta de una serie de pasos o etapas que toda institución o centro de atención debería adaptar al método de trabajo:

- a) Evaluación: se valora la problemática personal, familiar y social derivada de la drogodependencia. Suele incluir una evaluación psicológica, médica y social, una

historia de consumo de drogas y la información complementaria avalada por familiares y personas allegadas. Sus resultados determinan el tipo de rehabilitación más adecuado al caso (p. 27).

- b) Desintoxicación: los resultados de la evaluación determinan la necesidad y forma de realizar la desintoxicación, que es el proceso de retirada de la droga y superación del posible síndrome de abstinencia. Suele incluir ayuda farmacológica, aunque no siempre es necesaria ni conveniente (p. 27).
- c) Deshabitación: en esta fase el sujeto aprenderá las estrategias necesarias para enfrentarse a sus factores de riesgo para una recaída, tanto internos como externos, así como a cualquier situación vital en la que presente dificultades o falta de habilidades (p. 27).

Cabe resaltar que durante esta etapa, la labor del equipo multidisciplinario debe enfocarse en que el sujeto pueda modificar su antiguo estilo de vida, alejado de los hábitos de consumo; Lorenzo y cols. (2009), mencionan los siguientes aspectos a considerar:

- **Ámbito familiar:** formas de comunicación adecuadas, asunción de responsabilidades y fomento de actividades gratificantes compartidas.
- **Ocio y tiempo libre:** cambio de grupo de relación, e inicio y mantenimiento de actividades de ocio que sean gratificantes e incompatibles con el consumo.
- **Formación académica:** instaurar hábitos de asistencia a clase y estudio para aquellas personas que estén realizando una actividad académica o para las que sea necesario iniciarla.
- **Laboral:** comienzo y/o mantenimiento de una actividad laboral estable o cambios en la misma, si están asociados al consumo.
- **Salud:** instaurar y mantener hábitos saludables, así como de tratamiento y seguimiento de enfermedades, en el caso de que existan.

Igualmente, otra particularidad indispensable que puede anexarse al proceso de deshabitación, consiste en el período mínimo de sobriedad. La abstinencia, entendida como la privación del consumo de drogas o de bebidas alcohólicas, va ligada a una cuestión de

principios u otros motivos (OMS, 1999 CIE-10), pero también es un factor necesario para hacer el diagnóstico diferencial entre el trastorno por consumo de sustancias y otras patologías que se puedan solapar bajo los efectos de las drogas; esta precisión ha generado que muchos profesionales estipulen un tiempo mínimo, entre semanas (alrededor de cuatro), meses e incluso años, dado los efectos y la duración que tienen las sustancias en el organismo (Decker y Ries, 1996); por lo tanto, se sugiere discriminar si:

1) La psicopatología ha comenzado antes que el consumo regular de sustancias; 2) los síntomas y problemas que el sujeto presenta suelen ser distintos a los que presentan las personas que muestran abuso o dependencia de drogas; 3) si el trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia es posible que no sea inducido; 4) la existencia de antecedentes familiares con el mismo trastorno; 5) el fracaso terapéutico tanto en reducir la conducta adictiva como con otros trastornos psiquiátricos; y, 6) pueden observarse también efectos secundarios excesivos del uso de fármacos tras un periodo de abstinencia, respuesta inexistente cuando se trata de un trastorno no inducido (San-Molina, 2003, c. p. Arias y cols., 2010).

d) Reinserción. La fase de deshabitación debe solaparse con la integración progresiva del individuo en su medio familiar y social, reestructurando su conducta hasta hacerla responsable y autónoma, sin dependencia de la sustancia (p. 27).

Es importante destacar que estos programas se ajustan tanto a un diseño individual como grupal; no obstante, en el trabajo grupal la modalidad de intervención ofrece una serie de ventajas:

Se asegura la interacción pudiendo realizar ensayos de las diferentes habilidades, se obtiene una información más realista acerca de la adecuación de la ejecución, los miembros del grupo sirven de modelo unos a otros de manera que se ofrecen diferentes estilos con diferente grado de competencia y se favorece el surgimiento de situaciones espontáneas de práctica (Lorenzo y cols., 2009, p. 99).

2.2 Autoconcepto.

2.2.1 Antecedentes del autoconcepto.

El término autoconcepto, si bien ha sido utilizado fundamentalmente dentro del área psicológica en los últimos siglos, se han identificado ciertos elementos que remontan su origen a la filosofía antigua. A continuación, se delimitarán las perspectivas teóricas más importantes.

2.2.1.1 Bases filosóficas.

En orden cronológico, Musitu y Román (1982) plantean que Aristóteles es quien añade una descripción sistemática de la naturaleza del yo (c. p. Cazalla-Luna y Molero, 2013, p. 51), puntualizando que es la: “capacidad humana por la cual cada uno puede referirse a su propia persona a la vez como igual y no igual” (Munné, 2000, c. p. López, 2010, pp. 1-2).

A través de esta idea, este filósofo demarca la palabra identidad como la naturaleza del yo, la cual conforma la individualización en el existir del sujeto, pero no es producida ni determinada por una cadena histórica ni contextual.

Más adelante, René Descartes supone que “la memoria biográfica del sujeto (*mémoire*) es la encargada de su continuidad biográfica” (López, 2010, p. 2) y agrega que “solo la mente pensante, la autorreflexión, produce seguridad en el individuo (...) un nuevo *self*, separado del mundo material y de la historia, como un individuo aislado que debe conquistar tierras desconocidas”, tomando en cuenta que, la mayor parte de las creencias son “prejuicios que nos han enseñado pero que no hemos razonado nosotros mismos” (Seoane, 2005, p. 43).

2.2.1.2 Perspectivas psicológicas.

2.2.1.2.1 Movimiento intelectual norteamericano.

William James, al introducir “el estudio del origen de la conciencia de sí mismo”, presenta el primer tratamiento sistemático del concepto en la época científica, resultando un planteamiento significativo para el desarrollo de teoría del self y lo conmemora como

precursor de los estudios del autoconcepto; de su trabajo deriva lo que actualmente se conoce como la concepción jerárquica y multidimensional del mismo (Rodríguez, 2008, c. p. Cazalla-Luna y Molero, 2013).

En su obra, James elabora una división entre dos aspectos fundamentales del *yo* como *sujeto* y *objeto*, entendiendo al *yo sujeto* como el responsable de la construcción del *yo objeto*, y a este último como la entidad que recoge la globalidad de conocimientos sobre nosotros mismos, formando así el autoconcepto (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

Del mismo modo, los autores hacen una distinción del autoconcepto en cuatro componentes:

- a) El *yo-material*, formado por el cuerpo y por todas aquellas propiedades materiales que entendemos como propias;
- b) El *yo-social*, que comprende las percepciones interiorizadas procedentes de las personas de su entorno;
- c) El *yo-espiritual* conformado por el conjunto de capacidades, rasgos, impulsos y motivaciones propias y
- d) El *yo-puro* (corporal), sentimiento de unidad que cada cual va experimentado a lo largo de su vida y que otorga identidad a los comportamientos y emociones vividas a lo largo de las etapas evolutivas de la persona (Cazalla-Luna y Molero, 2013, p. 52).

Aunado al tema, G. Herbert Mead comparte con James que el autoconcepto se estructura por las diversas identidades sociales correspondientes a los diferentes roles de esa persona, debido a su capacidad de tomarse a sí misma como objeto (Cazalla-Luna y Molero, 2013). Mead añade que la sociedad se establece previamente en un sistema de relaciones a través del lenguaje, creencias y costumbres, de manera que el individuo tiene que desempeñar papeles definidos por una serie predeterminada de derechos y obligaciones, alcanzando normas generales que constituyen el final de la socialización (Seoane, 2005).

Ambos representantes, darán pie al desarrollo de la teoría social del interaccionismo simbólico, reconociendo que no es posible el análisis del individuo sin tener en cuenta el aspecto social de él (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

2.2.1.2.2 Enfoques contemporáneos del autoconcepto.

Alrededor de los años 30, Gordon Allport, teórico considerado por el psicoanálisis americano y por los psicólogos humanistas, propone que “cada persona es distinta de todas las demás y hasta la personalidad adulta es independiente de su infancia (...) los motivos de los adultos tienen autonomía funcional con respecto a las experiencias previas en que se originaron” (Seoane, 2005, p. 52).

Los argumentos de este psicólogo entraron en conflicto con lo expuesto por Freud en su primera tópica (consciente, preconsciente e inconsciente) de la denominada psicología profunda, ya que, mientras el psicoanálisis trabaja sobre la subjetividad del individuo, la causalidad sobre su posición y su funcionamiento psíquico en el proceso de constituirse y de operar, Allport concedía mayor relevancia a lo consciente, al menos en el adulto normal, así como al presente y al futuro en vez de las experiencias pasadas; de allí deriva la autonomía funcional de los adultos, estableciendo que la personalidad no es general o universal, sino particular y específica para cada individuo (Solís y Unzueta, 2002, c. p. Calderón y Lora, 2010; Seoane, 2005; Díaz, 2012).

En otro punto, la concepción fenomenológica también destaca por sus contribuciones sobre la corriente humanista. Esta, parte de la noción del sí mismo como el constructo central dentro de la personalidad y aborda la conducta humana desde un marco interno al sujeto, fruto de la interpretación subjetiva de la realidad que este experimenta, lo que constituye la autopercepción: cómo se ve cada uno a sí mismo, cómo ve las situaciones en las que se encuentra inmerso y cómo se interconectan ambas percepciones (Snygg y Combs, 1949, c. p. Seoane, 2005; Rogers, 1951 y 1959,).

Así, Rogers interviene con su teoría de “la tendencia a la realización (*actualizing tendency*)”, exponiendo que el self conoce perfectamente lo que quiere y emplea los medios para conseguirlo, condición que resulta un potencial innato; sin embargo, también existe una sociedad que condiciona la valoración personal y modifica las creencias de sí mismo, lo cual origina conflictos psicológicos al darse una incongruencia entre self real, el autoconcepto y el self ideal (Seoane, 2005).

Por último, Erik Erikson realizó aportes fundamentales sobre la personalidad a lo largo del ciclo vital, una versión más amplia del espectro de las clásicas etapas de Freud y desarrolla el concepto de crisis de identidad para explicar, desde la perspectiva social y cultural, la confusión de roles que suelen ocurrir en la adolescencia y en las distintas situaciones sociales. Asimismo, destacó la importancia de los factores sociales, culturales e históricos en el desarrollo personal (Erikson, 1950; 1968, c. p. Seoane, 2005).

2.2.2 Definición del autoconcepto.

Considerando el trayecto histórico del autoconcepto, teóricos de la modernidad han rescatado, replicado y derivado distintas ideas en cuanto a la descripción y explicación de este término; sin embargo, antes de ahondar en estas perspectivas, es preciso realizar una aclaración conceptual entre el autoconcepto (*self-concept*) y el *self*, dada la controversia que ha surgido en torno al uso de ambos como sinónimos, confundiendo definiciones académicas con nociones del lenguaje común. De este modo, el autoconcepto se encuentra circunscrito a la idea que se tiene sobre algo, como una construcción cognitiva, mientras que el self, es la entidad a la cual se refiere el autoconcepto u otros constructos, como la autoestima, es decir, los incluye dentro de sí (Baumeister, 1998, c. p. Moreno, 2004).

Entonces, una vez expuesto esta distinción, los supuestos actuales conciben al autoconcepto como el representante adecuado dada su precisión y pertinencia con el contenido de evaluación; en este sentido, Shavelson, Hubner y Stanton en 1976 plantearon una propuesta ampliamente aceptada para la época, en la que postulaban que la percepción del sí mismo se va desarrollando con base en las experiencias con el medio y es especialmente influido por la evaluación de las personas cercanas, los refuerzos y las atribuciones del propio comportamiento. De esta visión, posteriormente, otros autores añaden que el sujeto se clasifica

como un ser físico, social y espiritual, aspectos que comprenden integralmente la vida del mismo (c. p. González, Leal, Segovia, Arancibia, 2012; García y Musitu, 1999, c. p. Cazalla-Luna y Molero, 2013).

En esta misma línea de ideas, Bullock y Lutkenkhaus (1988) exponen que el modo en que la persona se define a sí misma, parte del conocimiento que adquiere a lo largo de la vida, proviniendo del desarrollo social, emocional, cognitivo y agregan, además, la utilización de una serie de estrategias, las cuales son dirigidas hacia un objetivo específico (c. p. Véliz, 2010).

Fierro (1990), por su parte, apoya que el “concepto de sí mismo equivale a autoconocimiento, entrando en esta toda clase de actividades y de contenidos cognitivos que incluyen percepciones, imágenes, juicios, razonamientos y esquemas mnésicos” (p. 87).

De este modo, los últimos treinta años del siglo XX, reflejan tres destacados panoramas que componen el autoconcepto: 1) visto como la construcción de la noción del sí mismo a partir de la perspectiva de los otros, 2) como disposiciones ambientales o 3) como esquemas cognitivos adquiridos, con o sin la inclusión del carácter afectivo, constituyendo así, las bases esenciales para la formación de la personalidad, la competencia social, los sentimientos y pensamientos de la persona, su aprendizaje y valoración, comportamiento y modo de relacionarse con los demás (Clemes y Bean, 1996, c. p. Cazalla-Luna y Molero, 2013; Clark, Clemes y Bean, 2000, c. p. Cazalla-Luna y Molero, 2013).

No obstante, Cardenal y Fierro (2003) hacen énfasis en la tendencia más valorativa de la percepción del sí mismo, mencionando que esta se conforma por un “conjunto de juicios, tanto descriptivos como evaluativos acerca de uno mismo, y consideran que el autoconcepto expresa el modo en que la persona se representa, conoce y valora a ella misma” (c. p. Véliz, 2010, p. 32).

Por otro lado, desde el interaccionismo y la perspectiva social, también se ha empleado el término dentro de sus investigaciones; en cuanto al primero, surge como propuesta que el

ambiente posibilita ciertas experiencias, las cuales serán tratadas según las posibilidades evolutivas, y la segunda, contempla que las concepciones acerca de sí mismo se conforman por la información adquirida de los otros significativos que influyen, directa o indirectamente, en los individuos (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

Tomando en cuenta cada uno de los planteamientos expuestos hacia el concepto, es oportuno realizar ciertas puntualizaciones:

- a) El autoconcepto no es heredado, sino que es el resultado de la acumulación de autopercepciones obtenidas a partir de las experiencias vividas por el individuo en su interacción con el ambiente (Núñez y González, 1994, c. p. Cazalla-Luna y Molero, 2013).
- b) A medida que pasan los años, se va formando un autoconcepto cada vez más estable y con mayor capacidad para dirigir nuestra conducta.
- c) Las autopercepciones se desarrollan en un contexto social, lo cual implica que el autoconcepto está vinculado al contexto inmediato, por lo tanto, dependen de las características evolutivas de la persona en cada etapa de su desarrollo.

Así, este constructo se constituye como una característica inherente al ser humano, pudiendo variar según sus experiencias y juicios, lo cual le atribuye una condición dinámica pues, es mediante sus interacciones sociales, especialmente con personas significativas, que el sujeto irá integrando datos e información novedosa que le permitirán definirse y reconocerse (Madrigales, 2012).

2.2.2.1 Características del autoconcepto.

Partiendo del modelo de Shavelson y cols. (1976, c. p. Goñi, 2009), se establecen algunas características fundamentales que abarca la definición del autoconcepto:

- a) Jerárquico: las facetas del autoconcepto, situadas en la base, pueden formar una jerarquía desde las experiencias individuales en situaciones particulares, hasta llegar al autoconcepto general.
- b) Estable: el autoconcepto general tiende a ser estable, pero conforme a su descenso se vuelve más específico y dependiente de las situaciones, por tanto, puede tener variaciones.
- c) Experimental: al incrementar la edad y la experiencia, el autoconcepto llega a diferenciarse cada vez más, al integrarse por diferentes dimensiones que se presentan en de forma jerárquica.
- d) Valorativo: el individuo no solo desarrolla una descripción de sí mismo en una situación particular o clase de situaciones, estas varían en importancia y significación; las valoraciones pueden realizarse comparándose con patrones absolutos, tales como el ideal al que le gustaría llegar o con patrones relativos, tales como observaciones.
- e) Diferenciable: el autoconcepto es diferenciable de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado, por ejemplo, el autoconcepto representa aspectos cognitivos del sujeto, mientras que la autoestima involucra lo afectivo en la experiencia.

En función de dichas características, es importante reconocer que, más allá de la postura adoptada, existe un consenso en cuanto al impacto de las opiniones de los otros sobre la construcción del autoconcepto del individuo, asumiéndose que, su desarrollo psicológico se da a lo largo de toda su existencia y es durante la infancia que comienza a incorporar las herramientas concernientes a la organización de la personalidad que lo guiarán para toda la vida.

2.2.3 Modelos del autoconcepto.

Shavelson y cols. (1979), elaboran un importante estudio sobre las primeras bases de los modelos del autoconcepto, proponiendo las siguientes estructuras:

a) Modelo unidimensional.

El autoconcepto, entendido desde la dinámica unidimensional, constituye el primer eje en la formación y evolución del constructo; es decir, se fundamenta en las primeras teorías, señaladas anteriormente, acerca de la constitución del self: el yo como sujeto y el yo como objeto, los cuales actúan en conjunto y aportan la globalidad de conocimientos sobre nosotros mismos, y, por tanto, conformaría el autoconcepto (c. p. Cazalla-Luna y Molero, 2013).

En este sentido, se habla de una autopercepción global, cuyos componentes se combinan de manera lineal para crear la percepción de sí mismo que se desarrolla con base en las experiencias del sujeto, haciendo resaltar el carácter social, el cual ejerce un papel importante, tal como lo expresa Cooley (1922) con la metáfora del looking-glass self, al destacar que los otros constituyen una especie de espejo social (c. p. Cazalla-Luna y Molero 2013).

Actualmente, se mantienen vigentes algunos instrumentos unidimensionales que permiten obtener una única medida global del autoconcepto; tal es el caso de la Escala de Rosenberg (1965), compuesta por 10 ítems, la cual explora aspectos generales como: el grado de satisfacción con uno/a mismo/a, los sentimientos de utilidad y el reconocimiento de reunir cualidades propias de una buena persona, resultando ser un cuestionario válido y fiable para evaluar la autoestima global (Fleming y Courtney, 1984, c. p. Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004).

b) Modelo multidimensional.

A mediados de los años setenta, se produce un notable cambio en la forma de entender el autoconcepto, al reemplazar la visión unidimensional, por una concepción jerárquica y multidimensional del mismo; entre los numerosos modelos que se avienen a esta concepción, destaca el propuesto por Shavelson y cols. (1976); según esta nueva perspectiva, “el autoconcepto general se convierte en el resultado de un conjunto de percepciones parciales del propio yo” (c. p. Goñi, 2009, p. 32), categorizándose en varios dominios (académico, personal,

social y físico) y de los que derivarán otros subdominios, facetas, componentes o dimensiones de mayor especificidad.

En la figura 1, se puede observar las posiciones correspondientes de cada elemento, ubicando el autoconcepto general en el ápice de la jerarquía, el cual se divide en los dominios de autoconcepto académico y no académico, el primero referido al área escolar y el segundo, constituido por los subdominios autoconcepto social, emocional y físico.

Modelo de Shavelson, Huebner y Stanton (1979)

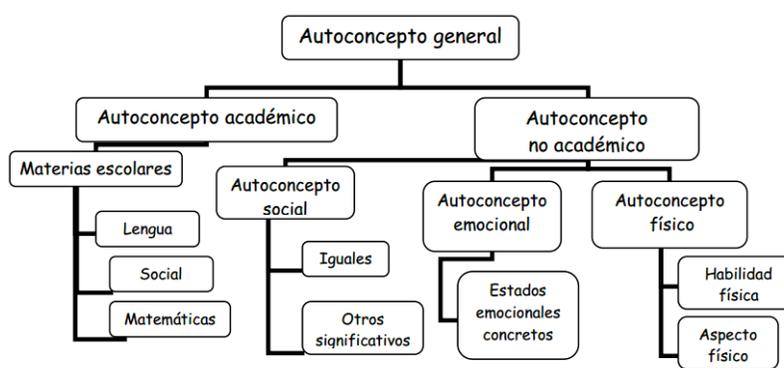


Figura 1. Modelo de Shavelson y cols. (1979).

Nota. Goñi, E. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

El modelo multidimensional, desde hace unos años, se ha convertido en el patrón principal de referencia para la investigación sobre el autoconcepto, dado a su estructura, organización y carácter multifacético, además de su jerarquía y estabilidad, dos aspectos, vale acotar, pueden variar de acuerdo a la dimensión o faceta en la que se encuentre (Shavelson y cols., 1976, c. p. Goñi, 2009).

De igual forma, Goñi (2009) afirma que se han realizado estudios de autoconcepto en adolescentes que comprueban que, las diferentes dimensiones internas del concepto de sí mismo, pueden seguir procesos a lo largo de los años bien diferenciados, lo que indica que la organización de este, podría modificarse hasta una edad muy avanzada (L'Écuyer, 1985, c. p.

Garaigordobil, Durán y Pérez, 2005), despertando el interés de diversos autores para delimitar las áreas o aspectos específicos a explorar:

- a) Académico: es la “representación que el alumno tiene de sí mismo como aprendiz, es decir, como persona dotada de determinadas características o habilidades para afrontar el aprendizaje en un contexto de instrucción” (Miras, 2004, c. p. Goñi, 2009).
- b) Social: explora la relación con padres, familia e iguales, en torno a la aceptación social, basándose en que el autoconcepto refleja las comparaciones sociales y las interacciones con otros (Cooley, 1902, c. p. Cazalla-Luna y Molero 2013; Markus y Wurf, 1987, c. p. Goñi, 2009).
- c) Físico: basado en la percepción de la habilidad física y la apariencia, considerando elementos como la coordinación, salud, fuerza, flexibilidad y resistencia (Goñi, 2009).
- d) Personal: describe los diferentes aspectos que interesan a la persona en su esfera particular, como ser individual, entendiéndose el afecto y la moralidad (Goñi, A., 1996; Goñi, E., 2009).

2.2.4 Autoconcepto personal.

Si bien este constructo es uno de los dominios menos estudiados, algunos autores hicieron referencia a ciertas terminologías en sus investigaciones, las cuales contribuyeron para el sustento teórico del mismo; el primer paso fue dado en el año 1972 por Fitts, con la creación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, la cual incluía un apartado del área ético-moral y otra del sí mismo personal. Según Fitts (1972, c. p. Goñi, E., Ruiz, y Goñi, A., 2007), “el sí mismo personal alude al sentido de autovalía del individuo, sentimiento de adecuación como persona y auto-evaluación de la personalidad separada del cuerpo o de las relaciones con otros” (p. 188). Casi en paralelo, otros de los precursores del autoconcepto, planteaban otra dimensión, dentro de este mismo constructo: el autoconcepto emocional, compuesto de estados emocionales particulares (Shavelson y cols., 1976, c. p. Goñi, 2009)

Por medio de esta línea investigativa, Goñi (2009) logra compilar la información necesaria para determinar los componentes que vendrían a conformar el autoconcepto

personal, entendiéndolo como un conjunto de percepciones o cogniciones que cada individuo tiene de sí mismo, implicando cierto grado de autoconciencia por parte de este, destacando el reconocimiento de los límites propios, deseos, aspiraciones y contradicciones en el desarrollo afectivo y la expresión de sentimientos, como una suerte de introspección.

A su vez, puntualiza ciertas características que permiten mostrar coherencia teórica y solidez al presente tipo de autoconcepto:

- a) **Multidimensionalidad:** se distinguen varias dimensiones cuyo número no está claramente establecido, las cuales se subdividen en aspectos más concretos. Los componentes personales del sí mismo, abren la posibilidad para que el sujeto perciba diferentes facetas de sí; de esta manera, aunque alguna de ellas sea concebida como incompetente, podrá compensar la falta sumando o dando mayor importancia al resto de las dimensiones (Goñi, 2009).
- b) **Estructura jerárquica:** sus dimensiones están dispuestas de manera jerárquica, es decir, los distintos componentes se superponen en forma piramidal, de acuerdo al grado de relevancia. En consecuencia, el autoconcepto personal se ubica en la misma posición jerárquica del autoconcepto social o físico y se encuentra un peldaño por debajo del autoconcepto general; sin embargo, esta jerarquía también dependerá de las apreciaciones subjetivas de cada individuo, de su sistema de valores y prioridades (Rosenberg, 1979; Harter, 1985; Sonstroem y Morgan, 1989, c. p. González, 2005).
- c) **Consistencia:** el autoconcepto personal cumple una función mediadora para la interpretación que hace el sujeto entre la realidad y su comportamiento, con el fin de ser consistente y coherente con sus propias percepciones. En este deseo de ser consecuente con su autoconcepto, la persona modula su respuesta a las diferentes situaciones y hace que cada nueva experiencia sea interpretada comparándola con este sistema. Al final, evaluará la compatibilidad entre esta realidad y las ideas preestablecidas de sí, aceptando e incorporando las que adapten a su sistema de creencias (Goñi, 2009).
- d) **Modificabilidad:** si bien es cierto que el sujeto se fundamenta en esquemas previos sobre sí mismo, no todos los aspectos concretos del autoconcepto son igualmente

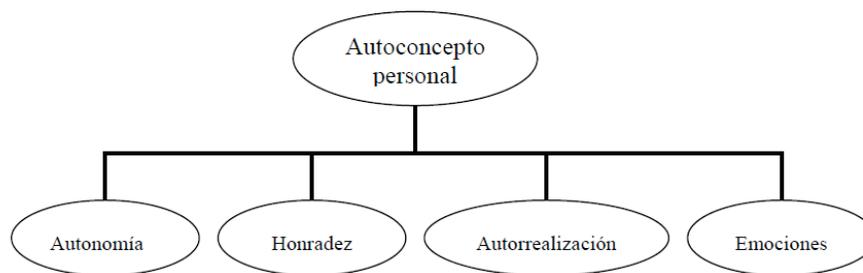
estables; por ello, se habla de una estructura semipermanente de las dimensiones, las cuales tienden a consolidarse con la edad (Webster y Sobieszet, 1974, c. p. Goñi, 2009).

Otros autores como Oñate (1989), afirman que una relativa estabilidad del medio social en el que se desenvuelve el sujeto, así como la tendencia a asociarse con quienes comparten y confirman sus propias percepciones, permiten corroborar el yo formado al generar la sensación de que las creencias y actitudes compartidas son adecuadas. También, argumenta que una mala percepción y una supervaloración de la actitud de los otros hacia uno mismo, puede llevar a promover la estabilidad del yo, lo que subraya su sensibilidad a los cambios en función de los contextos y la autovaloración que se produzca en cada uno de ellos (c. p. Goñi y Fernández, 2007).

2.2.4.1 Estructura interna del autoconcepto personal.

Según las distintas perspectivas de los estudiosos del autoconcepto, la estructura interna puede constituirse en dimensiones, de la cual derivan subdimensiones. Goñi (2009), sugiere que el dominio personal del autoconcepto hace referencia a “la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser individual, siendo de gran importancia tratar de identificar las dimensiones o componentes del mismo” (p. 124).

Con base en esto, se entiende que el autoconcepto personal consta al menos de cuatro dimensiones básicas: el autoconcepto de la autonomía, el autoconcepto de la honradez o moral, el autoconcepto de la autorrealización y el autoconcepto de las emociones, cada una compartiendo elementos que representan la percepción propia de aspectos básicos del desarrollo personal (Goñi, 2009).

Propuesta de estructura interna del autoconcepto personal*Figura 2. Autoconcepto personal.*

Nota. De *Autoconcepto personal y satisfacción con la vida*. (p. 15) por E., Goñi, S., Ruiz y A., Goñi, 2007, *Revista de Psicología. International Journal of the Developmental and Educational Psychology*.

2.2.4.1.1 Dimensiones del modelo.

a) Autoconcepto de autonomía.

La percepción de la autonomía, muestra la capacidad que tiene la persona para tomar decisiones, guiada por su propio criterio; alude a un proceso de madurez humana, tanto en lo cognitivo y moral, como en lo personal y emocional, presumiendo que, a mayor independencia, mayor satisfacción. Del mismo modo, puede entenderse como aquella habilidad que posee un individuo para funcionar competentemente dentro de tres categorías: confianza en sí mismo, orientación hacia el trabajo e identidad (Erikson, 1970; [Douvan y Adelson, 1966; Greenberger, 1975, 1982; Marcia, 1976], c. p. Goñi, 2009).

A partir de los estudios de Fuhrman y Holmbeck (1995) y Zacarés y Serra (1998), citados por Goñi (2009), se obtuvo que la construcción del autoconcepto por etapas permite al niño diferenciarse de los demás y situarse en referencia a ellos, logrando una progresiva autonomía; sin embargo, eso no indica un carácter aislado, ya que seguirá necesitando de los otros para formarse una imagen de sí mismo a través de las figuras de apego, siendo la calidad de relación con estas lo que contribuirá a la configuración de su autoconcepto.

b) Autoconcepto de la honradez.

En cuanto al autoconcepto de la honradez, también llamado ético-moral, ha estado presente en diversos modelos del desarrollo personal, cognitivo, moral y emocional; ha contado con distintos instrumentos para su medición, pasando desde escalas para las primeras etapas del desarrollo escolar (creadas en 1975) hasta escalas de autopercepción en adultos (1992).

Se vincula con elementos de carácter social, pero esta vertiente explora la parte más privada o individual de la ética, asociada a la fidelidad de convicciones, principios, compromisos y valores, como la sinceridad (Goñi, 2009).

c) Autoconcepto de la autorrealización.

Existe un enlace directo entre el desarrollo del autoconcepto y el grado de autorrealización del sujeto, tratándose de una relación de interdependencia pues, a partir de la formación del primero se despertará en el niño la necesidad de autorrealizarse y, a su vez, los logros alcanzados de dichas necesidades, contribuirán a la configuración del autoconcepto; mediante esto, este aspecto corresponde a la satisfacción de las necesidades y objetivos vitales del sujeto (Rubio, 1994, c. p. Goñi, 2009).

d) Autoconcepto de las emociones.

Esta dimensión también ha sido explorada en varios cuestionarios como la Escala de Autoconcepto de De La Rosa y Díaz (1991), el AF-A de Musitu, García y Gutiérrez (1994) y el AF5 de García y Musitu (1999), en los que, teóricamente, han destacado la relevancia del aspecto afectivo, indicando que “las emociones intervienen en todos los procesos evolutivos y pueden considerarse la principal fuente de las decisiones que tomamos a lo largo de la vida” (Ortiz, 2001, c. p. Goñi y Fernández, 2007, p. 184).

Desde el modelo propuesto por Goñi (2009), este constructo se refiere a la percepción del sujeto respecto a su estado emocional y a sus respuestas ante situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana.

En síntesis, este el conjunto de dimensiones respecto a la estructura interna de autoconcepto personal, parecen ser cambiantes en función de los principios teóricos los distintos autores; sin embargo, es importante enfatizar la propuesta de Goñi (2009) dada su consideración a los elementos individuales como: los valores interiores del sujeto, el sentimiento de adecuación como persona y la valoración de la personalidad, que cada ser pueda tener de sí mismo.

2.2.5 Términos relacionados.

Como es sabido, el conocimiento de sí mismo tiene que ver con la posibilidad de describirse de la manera más real y objetiva posible, en los aspectos esenciales de su ser: gustos, preferencias, habilidades, fortalezas, debilidades, prejuicios y valores, por lo que resulta indispensable establecer las relaciones entre los constructos adyacentes al autoconcepto personal.

Todavía en la actualidad, se presentan controversias respecto a la posición que ocupa el autoconcepto frente a términos como: autoestima, autoconfianza, autoeficacia, identidad y autoimagen social pues, se reconoce la cercanía semántica (Goñi, 2009); no obstante, se desarrollará una breve revisión de estas definiciones, con el fin de mostrar y comparar las bases teóricas que estructuran cada terminología.

2.2.5.1 Autoestima.

El estudio de la autoestima, si bien se trata de un término frecuentemente utilizado, su definición suele carecer de precisión en cuanto a contenido, dado que suele ser ajustada a la postura sus autores. Para el caso de Rosenberg (1965), concebido como uno de los pioneros de este término, entiende la autoestima como un fenómeno actitudinal creado por fuerzas sociales

y culturales, medido a través de la “actitud positiva o negativa hacia un objeto” (Vásquez y cols. 2004, p. 248).

Rosenberg, refiere que en la realidad humana, donde la persona es ontológicamente un ser social, la autoestima es parte de su construcción social, de la influencia cultural, social-familiar y de otras relaciones interpersonales, por lo que el desarrollo de la persona no es indiferente a su contexto (Vásquez y cols., 2004, p. 248).

Análogamente, Coopersmith (1967), otro destacado del estudio de la autoestima, afirma que es “la evaluación que hace el individuo de sí mismo y que tiende a mantenerse”, expresa una actitud de aprobación o rechazo e implica conocer hasta qué punto el sujeto se considera capaz, significativo, exitoso y valioso (c. p. Miranda, J. B., Miranda J. F. y Enríquez, 2011, p. 7).

Ahora bien, en cuanto a la relación entre el autoestima y sus términos relacionados, Garaigordobil y cols. (2005) establecen una diferenciación entre dos clases de juicios: los descriptivos, correspondientes al cómo somos, considerando edad, sexo, profesión y modos de comportamiento; y los juicios evaluativos, concernientes al aprecio o valoración que merecen cada una de nuestras características; desde esta perspectiva, la autoestima constituye la porción valorativa del autoconcepto.

Según esta distinción, Goñi (2009) ya había sugerido que:

El autoconcepto es la dimensión descriptiva y hace referencia a la idea que cada persona tiene de sí misma, mientras que la autoestima es la dimensión valorativa y alude al aprecio (estima, amor) que cada cual siente por sí mismo (p. 25).

Incluso, en su interés por establecer distinciones entre ambos conceptos, es indudable que se trata de un sistema retroalimentado en el que la autodescripción se constituye en función de la autoevaluación y esta última aparece en función de los argumentos descriptivos, siendo ambas indispensables para la conformación del sí mismo en el individuo

(Garaigordobil y cols., 2005, además de ser las “piedras angulares para el logro de un adecuado equilibrio psicológico y de un desarrollo personal satisfactorio, así como para la adquisición de conductas adaptativas y saludables” (Baron y Byrne, 1998, c. p. Arce, Díaz y Justo, 2003, p. 222).

2.2.5.2 Autoimagen social.

La autoimagen social forma parte del conjunto de creencias que tiene un individuo sobre cómo los otros lo perciben (Natanzon, Ose, Szecsenyi, Campbell, Roos y Joos, 2010, c. p. Barrera, 2012), y se conforma por tres aspectos:

- a) La imaginación de la propia apariencia para la otra persona: el juicio social percibido, entendido como la creencia de las percepciones de las características que poseen los demás sobre sí mismo.
- b) La imaginación de su juicio sobre esa apariencia: las valoraciones sociales percibidas, entendidas como las apreciaciones que los demás realizan de la persona.
- c) El sentimiento propio, acorde a esos juicios, de acuerdo a la importancia atribuida a dichos juicios: la importancia de las percepciones sociales, definidas como el valor que la persona le da a cada una de las percepciones que los demás tienen de sí (Cooley, 2005, c. p. Barrera, 2012).

Asimismo, mide cuatro dimensiones relacionadas con los aspectos evaluados por los otros, los cuales son:

- a) Dimensión física: relacionado con lo corporal, los sentidos, los aspectos, entre otros.
- b) Dimensión volitiva: relacionado con la motivación, la toma de decisiones, la intencionalidad, las actitudes, la responsabilidad, las aspiraciones y metas.
- c) Dimensión intelectual: que hace referencia a los elementos que se expresan en la capacidad de razonar, pensar, abstraer, simbolizar, etc.

- d) Dimensión social: capacidad, tendencia y razón de ser de las relaciones interpersonales (Barrera, 2012, p. 91).

A su vez, la autoimagen social requiere de un rol empático, es decir, se precisa de cierta habilidad, tanto cognitiva como emocional del individuo, para ser capaz de vincularse con la situación emocional de otro (Rifkin, 2010).

2.2.5.3 Identidad.

La identidad es considerada como un fenómeno subjetivo, de elaboración personal, que se construye simbólicamente en interacción con otros, conformando lo que se conoce como la identidad personal y la identidad social, siendo estas “parte de las expectativas y definiciones que tienen otras personas respecto del individuo” (Goffman, 1964 c. p. Runte, 2005, p. 53).

Loo (2003) refiere que la identidad es un proceso vital que “contribuye a la fortaleza del yo adulto definido como una organización interna, auto-construida, dinámica de impulsos, habilidades e historia individual. Su construcción implica el descubrimiento de uno mismo y el desarrollo de la autoestima, del autoconcepto y de la conducta” (p. 50).

No obstante, algunos autores hacen coincidir el término autoconcepto con la identidad personal, asumiendo que “el auto-concepto es el conocimiento sobre sí, basado en la historia personal (identidad personal) y la pertenencia grupal (identidad colectiva)” (Páez, Zubieta, Mayordomo, Jiménez y Ruiz, 2004, p. 179).

En este sentido, la identidad personal puede aparecer en diversas formas por ejemplo: como autoconcepto, como un grupo de atributos pertenecientes a diferentes clases o como una narrativa del yo o del nosotros (Loo, 2003).

2.2.5.4 Autoconfianza.

El término autoconfianza, suele establecerse en función del contexto en el que se circunscribe; Páez y García, (2011) mencionan un estudio realizado por Luthans y cols. (2004), en el cual la autoconfianza se define como “la convicción de una persona sobre sus habilidades para ejecutar exitosamente una tarea independientemente del contexto” (p. 58), destacando el elemento cognitivo particular de cada sujeto y la subjetividad de la experiencia, como motores que hacen capaz al sujeto de lograr su objetivo.

De acuerdo a estas características, el concepto de autoconfianza suele emplearse en distintas temáticas dentro del área psicológica, incluyendo el ámbito laboral, el liderazgo y el desarrollo personal; lamentablemente, han sido escasas las oportunidades en que se ha abordado como tema central, al menos en las investigaciones publicadas para uso de la comunidad clínica, siendo, en su mayoría, dirigidas al ámbito deportivo y la disfunción eréctil (López-Salgado, B. y cols., 1994; Cecchini, González, Carmona y Contreras, 2004; López, Torregrosa y Roca, 2007; León, Fuentes y Calvo, 2011; Páez y García, 2011).

Aun así, dentro de la escasez investigativa, destaca un estudio realizado en México con mujeres adolescentes usuarias de drogas, el cual ha permitido vislumbrar ciertos factores de la autoconfianza desde la perspectiva de la psicología del desarrollo de Erikson: “el consumo de drogas corresponde a un conflicto de tipo oral que se matiza por oscilar entre la autoconfianza versus la desconfianza en ellas mismas” (López-Salgado, B. y cols., 1994, p. 32).

Dichos autores enfatizan que una persona segura de sí misma, es aquella que puede creer en los demás, así como sentirse como alguien digno de confianza, condición que le permite aceptar experiencias nuevas y tener expectativas favorables; mediante esta hipótesis, elaboran un estudio comparativo, tomando como muestra a un grupo mujeres privadas de libertad, consumidoras de drogas y no consumidoras. Esta investigación reveló que aquellas quienes no consumían sustancias, percibían el mundo con mayor claridad, presentaban una mejor empatía social, mayor sentimiento de éxito y manifestaban sentimientos de confianza

hacia las personas, por tanto, tenían menos dificultades para relacionarse afectivamente con las personas (López-Salgado y cols., 1994).

Se concluye que la adquisición de autoconfianza puede estar relacionada a la aceptación, seguridad y satisfacción emocional, las cuales, según Erikson, se desarrollan entre los primeros 18 meses de vida y, a su vez, son factores intervinientes en la formación del autoconcepto personal y emocional, así como de la autoestima (Díaz, Quiroga, Buadas y Lobo, 2013).

2.2.5.5 Autoeficacia.

La autoeficacia o confianza en las propias habilidades, es definida por algunos como la creencia que tiene la persona sobre si posee o no, las condiciones (habilidades) requeridas para ejecutar una acción, tomando en cuenta el alcance satisfactorio de dicha acción (Páez y cols., 2004).

Bandura, en su propuesta sobre la Teoría Social Cognitiva, reconoce la autoeficacia como aquellos “juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1986, c. p. Oláz, 2001, p. 7); de acuerdo con esta postura, las creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar qué hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee (Valiante, 2000, c. p. Oláz, 2001).

Asimismo, Rodríguez (2002, c. p. Lozano, 2004), expone que la autoeficacia afecta a la conducta de elección, expectativas, aprendizaje, percepción e interpretación de las experiencias propias, la evitación de conductas, interacciones y situaciones percibidas como superiores a las capacidades propias, las cuales también se asocian a la resolución de problemas, siendo aspectos involucrados en la formación del autoconcepto general, porque aportan información valiosa acerca del conocimiento de las capacidades que tiene la persona sobre sí misma.

Oláz (2001), por su parte, precisa unas claras distinciones para identificar y discriminar el autoconcepto y la autoeficacia:

El autoconcepto es una visión global, en cambio, las creencias de autoeficacia son juicios acerca de las propias capacidades para realizar exitosamente tareas o actividades específicas, por lo que pueden variar en función de la actividad, del nivel de dificultad dentro de la misma actividad y de las circunstancias. El autoconcepto no se centra en el logro de una tarea particular, sino que incorpora todas las formas de autoconocimiento y sentimientos de autoevaluación (p. 29).

No obstante, si la autoeficacia se construye con base en las creencias del sujeto, entendido esto como la manera en que se percibe frente a otros, ha de esperarse que aquellos individuos que posean una percepción distorsionada de sí, tengan también conflictos de autoconfianza y eficacia (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005).

En su investigación denominada *influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes*, López y cols. (2005) encontraron que: “los sujetos que consumen alcohol y drogas presentan puntuaciones más bajas en autoeficacia que los no consumidores” (p. 246); estos resultados van en concordancia con los hallazgos observados en el estudio de Ellickson y Hays (1991, c. p. Oláz, 2001), en el que se encontraron diferencias significativas en la autoeficacia de sujetos consumidores y no consumidores de drogas, siendo la puntuación más alta para estos últimos en dicha variable, concluyendo que:

El apoyo familiar que recibían los drogodependientes en tratamiento producía un aumento de su autoestima y autoeficacia y consecuentemente no abandonaban el tratamiento, en comparación, con el apoyo familiar que recibían otros drogodependientes que no producía ningún aumento de su autoestima y autoeficacia y consecuentemente abandonaban el tratamiento (Booth, 1992, c. p. López y cols., 2005, p. 242).

2.2.6 Autoconcepto en drogodependientes.

Ahora bien, tradicionalmente el autoconcepto ha constituido una clave explicativa para el adecuado funcionamiento comportamental, cognitivo, afectivo y social (Shavelson y cols., 1976, Goñi, 2009); sin embargo, numerosos estudios encuentran relaciones positivas entre indicadores de desajuste y autoconcepto, argumentando que este último o algunas de sus dimensiones, constituyen factores de riesgo para conductas desadaptadas como el consumo de drogas (Calafat y Becoña, 2005).

En su estudio denominado *autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia*, Fuentes y cols. (2011), delimitan que existe un autoconcepto bajo y uno alto, exponiendo que “el bajo autoconcepto aparece como un denominador común de estas conductas desajustadas, mientras que otras investigaciones previas apuntan a que un alto autoconcepto está asociado a altos niveles de consumo” (Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008, c. p, Fuentes y cols. p. 238).

No obstante, los resultados obtenidos respecto al autoconcepto social, son menos consistentes y la literatura científica proporciona numerosos valores contradictorios. Así, mientras algunos estudios concluyen que los componentes sociales del autoconcepto se relacionan inversamente con el consumo de sustancias (Téllez, Cote, Savogal, Martínez y Cruz, 2003), otros cuestionan esta afirmación al encontrar relaciones significativas y positivas (Musitu y Herrero, 2003; Pastor, Balaguer y García, 2006; Musitu, Jiménez y Murgui, 2007; Brendgen, Vitaro, Turgeon, Poulin y Wanner, 2004, c. p. Fuentes y cols., 2011), de forma que, aquellos sujetos con un mejor concepto y valoración de sí mismos en el ámbito de las relaciones sociales, que se consideran más competentes socialmente y que tienen facilidad para hacer amigos, son los que presentan mayor consumo de sustancias (Cava, Murgui y Musitu, 2008).

Por otro lado, dichos autores afirman el carácter protector del autoconcepto familiar y académico frente al consumo de sustancias (Musitu y cols., 2007; Cava y cols., 2008), como también lo aseguran Martínez-Lorca y Alonso-Sanz (2003), quienes a partir de su estudio observaron que puntuaciones altas en los factores académico y familiar del autoconcepto,

parecen tener un efecto protector respecto al consumo de drogas legales e ilegales puesto que, se relacionan con menores consumos de tabaco, alcohol y cannabis, siendo este un hallazgo de interés para la investigación, ya que se ha comprobado teóricamente la influencia del vínculo familiar y el desarrollo académico en la constitución del autoconcepto personal.

En suma, estos resultados sugieren que las puntuaciones altas en la dimensión social del autoconcepto constituyen un factor de riesgo para el consumo de sustancias, lo que pone en entredicho el papel del autoconcepto como un constructo básico subyacente relacionado con las conductas ajustadas y adaptativas (Shavelson y cols., 1976, c. p. Goñi, 2009)

2.3 Estigma y autoestigma.

2.3.1 Antecedentes del concepto de estigma.

El término estigma, tiene sus orígenes en la Grecia de la Edad Media, cuando significaba marca, difamación y acusación pública de un criminal, que en ocasiones implicaba marcar a un individuo con un hierro candente por haber cometido alguna infamia y así todos poder reconocerle (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009). Posteriormente, esta definición fue tomada por Ervin Goffman, quien en 1963 publica su libro *estigma, la identidad deteriorada*, transmitiendo su necesidad de estudiar este fenómeno social, a causa del impacto significativo que los otros posaban sobre el marcado por la sociedad.

Partiendo de este punto, el estigma tiene sus orígenes en el nacimiento de la antipsiquiatría, la cual dio los primeros pasos a la humanización del paciente con trastornos psiquiátricos, quien recibía un tratamiento inadecuado. En la actualidad, esta temática ha trascendido las barreras de la salud mental para convertirse en una situación persecutoria de índole social, donde priman los juicios de valor sobre aquellas personas que comparten una particular característica (Goffman, 1995; Corrigan, Larson, Muñoz, Pérez y Rüsck, 2009).

Actualmente, este término se emplea en el ámbito de la salud para indicar que ciertas patologías como el sida o las enfermedades mentales, despiertan prejuicios contra aquellas personas que las padecen (Petrillo, 1996). Las ciencias humanísticas y las ciencias sociales,

como la psicología y la sociología, han sido las encargadas de explorar y profundizar durante los últimos años acerca del tema; sin embargo, siguen siendo limitadas las investigaciones publicadas en torno a la conformación del estigma y su internalización, como la de Corrigan y cols. (2009), sobre el *autoestigma y el efecto “por qué intentar”: repercusión en las metas en la vida y en las intervenciones basadas en la evidencia*, planteando un compendio bibliográfico de cómo los procesos psicosociales acompañan a este estigma y el efecto que tienen en la autoestima y en la autoeficacia.

Otros estudios, en su mayoría, han sido orientados hacia la enfermedad mental, como el de Link, Cullen, Frank y Wozniak (1987), titulado *el rechazo social de antiguos pacientes con enfermedad mental: entender por qué las etiquetas* o el de Magallares (2011): *el estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social*, para dar a conocer la multiplicidad de problemas de exclusión social a los que se somete a las personas con trastornos mentales en el trabajo, en las relaciones interpersonales y en los propios hospitales; sin embargo, han dejado espacios vacío en otras áreas clínicas como la drogodependencia, que si bien existen unas pocas, resulta de interés para la comunidad científica, el abordaje exhaustivo de una temática tan polémica.

En este sentido, se puede destacar una de las investigaciones que ha contribuido dentro del campo social, realizada por Melo (2012), la cual ha aportado una visión acerca del impacto del estigma en adolescentes violentos pertenecientes a sectores populares de Brasil; allí, encontró que:

Los adolescentes son responsabilizados de generar la violencia, pero es más víctima que generador de violencia, y ante la situación reaccionan con la misma irracionalidad de la estructura social, perciben que no hay espacio y tampoco voz para los estigmatizados (p. 45 [Traducción propia]).

Medrano, Paris y Pérez, miembros del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), contribuyen con un estudio realizado en el año 2009 sobre el

estigma y la discriminación hacia los usuarios de drogas y sus familiares en población mexicana, indicando que:

Las familias con personas adictas a las drogas suelen percibir el estigma de manera más aguda aún que las y los usuarios. La población usuaria de drogas comprende hoy en día a mujeres y hombres de todos los estratos socioeconómicos, aunque los sectores más vulnerables son los de menores ingresos y menor escolaridad. Muchas personas usuarias de drogas – en particular heroína y metanfetaminas – viven además en situación de calle, y son objeto de diversas violaciones a sus derechos humanos por parte de las autoridades (p. 102).

Por otro lado, Gómez (2012) destaca la importancia de manejar la terminología estigma-autoestigma, en cuanto al impacto de esa interacción en el funcionamiento ocupacional del sujeto:

La asunción del autoestigma en personas con problemas de salud mental y/o drogodependencias afecta en la consecución de una vida normalizada y unas metas se vea limitada. Se hace necesario conocer la historia de vida de la persona, su nivel de autoestima, su autopercepción, junto con sus valores e intereses, es decir, su nivel volitivo. Esto nos ayudará a reconocer junto con la persona sus necesidades (p. 18).

Osuna (2013) menciona la importancia de establecer una relación entre las variables: género y estigma, dado que plantean que la mujer, cuando es usuaria de drogas, rompe con los parámetros sociales y acuden con menos frecuencia o de manera más tardía a los centros de atención, trayendo como consecuencia, la pérdida del respeto en las diversas áreas de su vida: familiar, laboral, entre otras, razón por la cual enfrentan, generalmente, problema en soledad e internalizan un gran estigma social.

Es así como estas concepciones, netamente condenatorias, se reflejan claramente en las actitudes de los otros, naturalizadas socialmente, influyendo en gran medida sobre los sujetos afectados, quienes tienen solo dos alternativas: actuarlas, viviendo el estigma u oponerse a ser

limitado por otro, siendo esta una lucha constante para el sujeto. Estas actitudes, acaecidas por el rechazo o no aceptación de diferencias, bien sea por ideas, valores o modos de vida (Cafaro, Machín y Maquiolo, 2007), repercuten negativamente en la socialización, promoviendo la exclusión.

2.3.2 Definición de estigma.

Existen diversas aproximaciones para definir el concepto de estigma, muchos autores se inclinan por el planteamiento cardinal de Goffman (1963), quien lo puntualiza como “un atributo profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo” (p. 16). De igual forma, Stafford y Scott (1986) añaden que este se refiere a una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como “norma” una creencia compartida, dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso (c. p. Muñoz y cols., 2009).

También, Dovidio, Major y Crocker (2000), indican que el estigma trata de:

La posesión de algún atributo o característica que devalúa a la persona que lo tiene en un contexto social determinado (...) es decir, los estigmas son categorías sociales sobre las cuales las demás personas poseen estereotipos, actitudes y creencias negativas, que acaban produciendo que los miembros que se adscriben a ese grupo sean discriminados y excluidos (p. 8 [Traducción propia]).

En esencia, el aspecto resaltante de esta condición es que deja “de ver a una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado” (Cafaro y cols., 2007, p. 3), con base en las creencias o normas sociales que regulan el comportamiento de las personas y lo marcan como un ser desajustado ante la sociedad. Este hecho es vivido, en mayor o menor intensidad, desde la aceptación y/o afirmación de las acusaciones emitidas por los otros, hasta la actuación misma del estigma.

Muñoz y cols. (2009), indican que el sujeto puede experimentar dos tipos de estigma: *el percibido o anticipado*, correspondiente a las “creencias acerca de la devaluación-discriminación que experimentará una persona por el hecho de parecer un trastorno” (p. 16), y *el experimentado*, cuando “la persona vive el rechazo o la discriminación” (p. 16), como se ha enfatizado previamente; no obstante, este fenómeno “no solo afecta al estigmatizado, sino también a aquellos que se encuentran estrechamente relacionados con él, condición que se denomina *estigma por asociación*” (p. 16).

2.3.2.1 Componentes del estigma.

Adicional a la posición que toma el sujeto protagonista del estigma, es necesario describir los elementos que conforman al estigma; Muñoz y cols. (2009), plantean en su libro *estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental* los siguientes:

- a) *Estereotipos*, en estos se incluyen estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de la sociedad y representan el acuerdo colectivo de lo que caracteriza a un determinado grupo de personas, basados en las creencias sobre ellos; no obstante, el estereotipo dependerá de la carga valorativa el sujeto le atribuya, ya que, aunque este tenga conocimiento del estereotipo, podría no emplearlo en la sociedad.
- b) *Prejuicio social*, cuando el contenido o estereotipo, desencadena afectos y valoraciones negativas.
- c) *Discriminación*, manifestada por medio de las actitudes o comportamientos; se traduce como el rechazo y exclusión del sujeto, anulando su rol de sujeto dentro del sistema social.



Figura 3. Componentes del estigma.

Nota. De *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. (p. 13) por M, Muñoz, E, Pérez, M, Crespo y A, Guillén, 2009, Universidad Complutense de Madrid, España.

A partir de esta esquematización, se denota el vínculo existente entre el estigma y el sistema del funcionamiento psíquico y así, autores como Arnaiz y Uriarte (2006) y Magallares (2011), clasifican estos procesos de la siguiente manera:

- a) Cognitivo (estereotipo): conjunto de creencias en gran parte erróneas sobre los miembros de un determinado grupo, que sesgan la percepción, memoria y valoración de su conducta.
- b) Afectivo (prejuicio social): predisposición positiva o negativa hacia los miembros del grupo.
- c) Conductual (discriminación): acciones positivas o negativas hacia los miembros del grupo.

2.3.2.2 Características del estigma.

Con objeto en el carácter visible o no del rasgo estigmatizante, Goffman (1963) reconoce la condición de estigmatizado mediante el criterio sobre el que se construye el estereotipo, refiriéndose a: a) lo desacreditado, entendido como la característica física, es decir, donde prevalecen manifestaciones visibles o b) lo desacreditable, siendo este el rasgo estigmatizante no percibido, sino que forma parte del interior del sujeto, puede ser una enfermedad, un trastorno, etc. (p. 17).

En cuanto al estigmatizado, este autor plantea tres tipos de condiciones: las deformaciones físicas o abominaciones corpóreas (ausencia de alguna parte del cuerpo, etc.),

los defectos del carácter (falta de voluntad, enfermedades mentales, etc.) y los triviales como la raza étnica, la cultura, etc., siendo esta última una problemática que responde a los llamados defectos del carácter, siendo la falta de voluntad y debilidad humana sus determinantes. Dichas características son consideradas socialmente fuera de la norma, es decir, la sociedad establece los medios para caracterizar a las personas y el complemento de atributos, que se perciben como corrientes y naturales a los miembros de cada una de esas categorías, constituyendo lo que se conoce como la identidad social virtual: “conjunto de categorías y atributos, los cuales pueden demostrarse y así tomar un carácter real, siendo denominados entonces como *identidad social real*” (Melo, 2012, p. 46, [Traducción propia]).

Del mismo modo, Muñoz y cols. (2009) denominan al estigma como una marca que separa a los individuos en grupos, basándose en juicios sociales acerca de la supuesta inferioridad de un grupo con respecto al otro, creando entonces una división social, cuya dinámica se centra en excluyente y excluido, a partir de un criterio legitimado pero estigmatizador; por tanto, el peso recae sobre aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos, teniendo un efecto negativo sobre estos, quienes, en consecuencia, asumen una postura aislada de la sociedad o de sí mismos y pasan a ser personas desacreditadas por un entorno que lo rechaza, pasan a no aceptarse y tampoco a ser aceptados (Melo, 2012, [Traducción propia]).

2.3.3 El estigma asociado a la drogodependencia.

Ahora bien, dentro del marco de la dependencia, esta condición trae consigo una serie de juicios desde lo social que apuntan en su mayoría a un atributo desacreditador, como lo es la concepción de seres débiles psicológicamente, de ser desamparados o desestimados (Gómez, 2012).

Si bien, la mayoría de quienes se encuentran alejados de esta condición, desconocen sus efectos directos en la psique y en el organismo de los usuarios, algunos profesionales en el área resaltan su carácter clínico, permitiéndose considerarla como una enfermedad crónica (Vázquez, 2009); esta afirmación, no es solo una iniciativa de política sanitaria o un

diagnóstico avalado por la OMS y la APA, sino un corolario científico comprobado y argumentado bajo numerosas investigaciones sobre el impacto de la sustancia en el organismo, que aluden a que el uso prolongado de drogas causa alteraciones neurológicas y fisiológicas duraderas; por lo tanto, el abordaje de la drogadicción, debe tratarse como una enfermedad, que requiere estrategias y métodos, tal como ocurre en la diabetes, el asma u otra patología crónica (Vázquez, 2009; Gómez, 2012).

Desde esta idea, es preciso elaborar un proceso educativo, tanto para los pacientes como para sus familiares y vínculos más cercanos, que permita reconocer la gravedad del trastorno y desarrollar estrategias para afrontarlo asertivamente. Saiz (2008) contribuyó con un estudio cualitativo desarrollado con 13 excocainómanos, en el que exploró el impacto que tenía el estigma antes y durante el tratamiento, logrando identificar que la mayoría de estos sujetos afirmaban no sentirse discriminados por su condición, pero su consumo se daba contextos privados que recreaban al adicto en una idea de protección, por lo que se arraigaba más su hábito.

Este tipo de investigaciones, proporcionan ciertas ideas para comprender las perspectivas y el comportamiento de estos individuos y de esta manera poder abordar este fenómeno, dado que, la forma como las sociedades construyen su postura respecto al tema de la adicción y de acuerdo a cómo representan esta realidad, repercute significativamente en el estigmatizado, dificultando su adaptación al entorno o convirtiendo esta patología en un obstáculo social, manifiesta a través del rechazo y la discriminación, como se ha mencionado anteriormente; inclusive, desde el núcleo familiar, siendo estos participes del estigma, tanto estigmatizadores (para con el sujeto) como estigmatizados (desde la sociedad); esta ambivalencia trae como resultando un doble rol, que en algunos casos conlleva a la negación de la problemática, desentendiéndose del afectado, mientras que en otros casos ocurre lo contrario, tornándose incluso en sobreprotectores del usuario (Gómez, 2012).

Como se ha dicho anteriormente, en términos sociales, la drogodependencia es sinónimo de debilidad, de oposicionismo; Gómez (2012) refiere que quienes padecen este trastorno “son concebidos como peor integrados en la sociedad por considerarlos como

incapaces para llevar a cabo una vida normalizada, para ajustarse a unas normas y a unos hábitos” (p. 17).

En general, se habla de un sujeto que no tiene o ha perdido su proyecto de vida, de un grupo “marginal, deteriorado, enfermo, demacrado, delincuente, que vagabundea por las calles pidiendo limosna y todo su interés consiste en lograr una dosis más” (Isella, 2002, p. 17), pero muy pocas veces el colectivo puede reconocer que uno de los principales factores que conllevan al desarrollo de esta patología, es el vínculo afectivo, apoyo o estructuración de un buen núcleo familiar. Todas estas representaciones y juicios, se traducen en actos discriminativos y de menosprecio hacia las personas que padecen esta enfermedad porque se habla de su imposibilidad a encajar en la sociedad (Gómez, 2012).

2.3.4 Autoestigma.

No obstante, más allá del estigma, la internalización de estos estereotipos y prejuicios viene siendo la principal problemática del tema en cuestión. El autoestigma, también llamado consciencia de estigma o estigma autopercibido, se refiere a las “reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos” (Arnaiz y Uriarte, 2006, p. 52); igualmente, está conformado por los estereotipos, prejuicios y discriminación, pero conducen al estigmatizado a una autodevaluación en la que puede experimentar sentimientos de vergüenza, ira, desesperanza o incapacidad.

Con respecto a esto, Corrigan y cols. (2009), pioneros de la teoría del estigma, hacen especial distinción del término autodevaluación para delimitar las condiciones en las que el sujeto internaliza el autoestigma, denominadas, según las siglas en inglés, como las tres A: concientización (awareness), acuerdo (agreement) y aplicación (application). En su explicación, refiere que para experimentarlos la persona debe conocer los estereotipos que señalan al grupo estigmatizado al cual pertenece, estar de acuerdo con ellos (p. ej., las personas con enfermedades mentales son culpables de su trastorno) y, obligatoriamente, aplicárselos a sí mismo y, por ende, al grupo (soy un enfermo mental, de manera que soy culpable de mi trastorno) (Corrigan y cols., 2009).

En torno a esta perspectiva, se puede decir que el autoestigma se presenta en forma organizada y continua, debido a que el desacreditado primero debe tener noción de los estereotipos, estar de acuerdo con esas concepciones y asumirlas para sí: “el estigma es fundamentalmente una señal que desencadena un prejuicio y una discriminación subsiguientes” (Goffman, 1963, p. 17).

Sin duda alguna, los efectos del autoestigma afectan a diversos aspectos de la vida de las personas que lo viven, probablemente porque compromete de forma directa a la autoestima de estas personas y causa una serie de sentimientos y emociones que terminan en retraimiento social, evitación del contacto y miedo a establecer nuevas relaciones interpersonales. Todo esto seguramente repercute en la evolución de la enfermedad y agrava ciertos síntomas de relevancia clínica como la depresión o la ansiedad (Wahl, 1999, c. p. Arnaiz y Uriarte, 2006, p. 50).

Sin embargo, cabe acotar que no en todos los casos las personas estigmatizadas reaccionan interiorizando las actitudes prevalentes, según el modelo de la autoestigmatización; Arnaiz y Uriarte (2006), afirman que, desde el análisis psicosociológico y sociológico, los sujetos pueden dar dos tipos de respuesta alternativos: “uno caracterizado por la indiferencia y otro basado en la autoafirmación” (p. 52).

2.3.5 Autoestigma y drogodependencia.

Al mismo tiempo, el criterio de interiorización del estigma, es corroborado por Muñoz y cols. (2009), quienes mencionan que las personas con enfermedad mental o drogodependencia han adquirido un autoestigma que influye en el nivel de desempeño psicosocial y ocupacional; así las personas que se reconocen como enfermas en su rol principal tienen metas diferentes a las personas que se autoperiben como significativas en la sociedad.

La autora afirma que una gran parte de población psiquiátrica y drogodependiente, que refiere en su discurso su incapacidad asumida por percibirse como “enfermo mental o

drogodependiente”, refiere también desequilibrio en la ocupación, al no considerarse capaces de mantener un hogar, unas relaciones con la familia prósperas y un trabajo estable (Muñoz y cols., 2009).

Las personas que asumieron el rol de enfermo o drogodependiente como principal mostraban un autoestigma marcado, al auto percibirse como incapaz de llevar a cabo sus funciones diarias, o al no ser capaces de determinar las funciones actuales esperando que en un futuro sean capaces de llevar a cabo los roles donde muestran déficit; mientras tanto no los reconocen como propios. Se ha encontrado aquí una gran relación con el nivel volitivo de la persona (Muñoz y cols., 2009, p. 2).

En contraste, Runte (2005) en su tesis: *estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*, encontró que, además del autoestigma, otras categorías ayudaron a mantener el estigma social en los países objeto de estudio: España, Argentina, Brasil, Chile, Venezuela e Inglaterra; estas categorías fueron el estigma familiar, social, institucional y laboral que mostraron la presencia de sentimientos de inferioridad e incapacidad, autoaislamiento, baja autoestima, creencia en los mitos como el de la peligrosidad, creerse “no normal” y miedo a decepcionar al otro y a sí mismo, según los datos obtenidos por los participantes en este estudio.

Tal como afirma Melo (2012):

La sociedad impone a los rechazados a quién estigmatiza, llevándolos a la pérdida de la confianza personal, social, y como tal, refuerza el carácter simbólico y marca la representación social de que ellos son considerados perjudiciales para la sociedad. Además, refuerza las representaciones simbólicas de lo “nocivo” e “irrecuperable” (p. 47 [Traducción propia]).

Las reacciones sociales (sanciones, estigmatización, institucionalización y discriminación) que se producen ante las conductas desviadas, serían las que incrustan en la identidad del sujeto el rol de inadaptado, impactando en su autoimagen por un yo mortificado

dadas las etiquetas infundadas (Goffman, 1961, c. p. Arce, Díaz y Justo, 2003; Becker, 1963, c. p. Arce, Díaz y Justo, 2003; Lemert, 1967, c. p. Arce, Díaz y Justo, 2003; c. p. Arce, Díaz y Justo, 2003).

No obstante, los hallazgos de Arnaiz y Uriarte (2006), Guillén (2012) y Mora-Ríos, Ortega-Ortega, Natera y Bautista-Aguilar (2013), han concluido que algunos grupos minoritarios, estigmatizados, muestran una autoestima más elevada, en otras palabras, no siempre el patrón de respuesta ante el estigma es el mismo, los sujetos pueden responder de forma distinta ante el padecimiento, ya sea desde implicaciones negativas por la enfermedad, hasta la activación de recursos de fortalecimiento en el individuo. Con ello, se presume que aquellos que no se identifican con el grupo estigmatizado, tienen más posibilidades de permanecer indiferentes al estigma, al no sentir que los prejuicios y la discriminación se refieran realmente a ellos, pero al identificarse con el grupo de los enfermos mentales o adictos, se aplicarán el estigma a sí mismos.

Ahora bien, para entender las diferentes formas en que las personas reaccionan al estigma, Muñoz y cols. (2009) propone tres aspectos especiales a tener en cuenta para la enfermedad y que fácilmente puede extrapolarse a la drogodependencia.

1. Se debe distinguir el autoestigma que da como resultado una autoestima y una autoeficacia disminuidas, de la disminución de la autoestima durante los síndromes depresivos que son comunes en la patología de consumo.
2. La reacción a las condiciones estigmatizadoras depende de la conciencia de tener una enfermedad mental que puede ser incapacitante por terceros, o repercutir en un daño físico o biológico severo.
3. La reacción a un entorno estigmatizador depende de la percepción de los mensajes sutilmente estigmatizadores de otras personas. Esta cognición social puede estar deteriorada en pacientes con un consumo prolongado de sustancias que conducen un gran deterioro del área frontal y las funciones ejecutivas (p. 4).

Por otro lado, investigaciones recientes demuestran que, personas con alguna enfermedad mental o drogodependencia, son actores principales de estos atributos descalificadores, brindando al estigma la oportunidad de penetrar en el sujeto y haciéndolo parte de su problemática (Mora-Ríos y cols., 2013).

Al respecto, Gómez (2012) ha tenido como uno de sus hallazgos significativos que la historia de vida y un entorno con escaso o carente de apoyo, se asocia con una menor autoestima y volición de personas con enfermedad mental o drogodependencias; por tanto, el entorno, se localiza como el factor de mayor potencial para la generación de autoestigma y, en particular, la familia, quienes ejercen un rol fundamental en la construcción y reconstrucción del autoconcepto.

En efecto, Runte (2005) en su reciente investigación, ha encontrado que “uno de los hechos más curiosos de Venezuela, es que la opinión de los usuarios sobre la actitud de sus familias es prioritariamente positiva” (p. 249), situación que en muchos casos no ocurre con los pacientes por consumo, quienes frecuentemente son excluidos del núcleo familiar y hasta aislados de la sociedad, haciendo valer los atributos desacreditadores y reimpulsando el estigma.

Otra diferencia significativa entre las enfermedades mentales y los usuarios de drogas es que “los usuarios acusan al estado de estigmatizar la salud mental, por no destinar los recursos necesarios”, mientras que en el área de las adicciones existen espacios públicos diseñados para atender la problemática tanto desde la perspectiva individual como familiar (Gómez, 2012, p. 249).

Resulta curioso que la investigación también haya arrojado que el índice de estigmatización institucional posea una frecuencia, inclusive, mayor al estigma social, aun estableciendo una comparación con los cinco países restantes (España, Brasil, Chile, Argentina e Inglaterra), ninguno da tanta prioridad al estigma laboral; Runte (2005) afirma que “la forma de estigma más perjudicial, que causa la necesidad mas ineludible para los usuarios

venezolanos es la laboral. Algunos revelan cómo el hecho de no poder trabajar causa sufrimiento, angustia y preocupaciones por su futuro” (p. 253).

Con base en esto, queda demostrado que el estigma aumenta las probabilidades de entorpecer la salud mental de los usuarios de drogas, incluso cuando éstos han dejado de consumir o han iniciado algún tratamiento; Medrano, Paris y Pérez (2009), constatan que “el desarrollo personal de los usuarios y su inserción en las instituciones sociales se ven dificultados o impedidos en muchos casos debido a una reducida percepción de sí mismos” (p. 35).

Grisolia, Mantecón, Parodi-Herz y Rodríguez (2010), añaden que el estigma tendría ciertas repercusiones que van:

Desde la demora en el inicio del tratamiento, hasta la pérdida del disfrute de los derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales (...) de estos eventos negativos, se disminuye la calidad de vida del paciente y se estimulan la permanencia de los síntomas (p. 3).

De este modo, se hipotetiza que, a través de la influencia del otro, en el sujeto drogodependiente se constituyen creencias de carácter estigmatizador, afectando significativamente la concepción de sí mismos, lo que conlleva a un detrimento en el autoconcepto y deteriora otras áreas de funcionamiento del sujeto pues, tal como explican Esnaola, Goñi y Madariaga (2008), un autoconcepto positivo es la base fundamental para un buen desempeño personal, social y profesional, y depende de él la satisfacción propia del sujeto (p. 70).

Por esta razón, es de vital importancia contar con espacios como Fundaribas y Alcohólicos Anónimos, donde se llevan a cabo planes de acompañamiento, cuyo objetivo es la participación activa del sujeto en la sociedad, mediante su integración en la familia, la educación, el empleo, la comunidad, entre otras; sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, es preciso reconocer que al intervenir el estigma, el proceso de inclusión tiende

a hacerse una labor cuesta arriba, no solo por la distorsión del autoconcepto, sino también por la postura estigmatizante que puede llegar a tomar la sociedad.

2.4 Test de Apercepción Temática.

Es un instrumento proyectivo, creado como un modelo eficaz para el descubrimiento de determinadas creencias, valores, emociones, sentimientos, conocimientos y conflictos del sujeto, a partir de sus propias necesidades, sus motivos, expectativas, ansiedades y fantasías inconscientes incluidas en las historias, reveladas en el ambiente (Murray, 1934; Schwarts, 2011; Cajas, 2013); esta valoración, se le atribuye dada la capacidad que posee al revelar las tendencias subyacentes o inhibidas que el sujeto no quiere o no puede admitir, a razón de su carácter inconsciente.

Teóricamente, la proyección es la operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro, persona u objeto, cualidades, sentimientos o deseos que no reconoce o que rechaza en sí, refiriendo un modo de defensa del “yo” de origen muy arcaico; sin embargo, para Bellak no se reduce simplemente a un mecanismo defensivo, sino que involucra una interpretación (dinámicamente) significativa que hace el organismo de una percepción, lo cual es denominado por el autor como apercepción, en la que el sujeto hace uso de la proyección para darle sentido propio a los estímulos del mundo exterior, que tendrán relación con la historia del sujeto. Es así que la proyección se define como el proceso mediante el cual el sujeto asigna creencias, valores, conocimientos y sentimientos propios de él, a objetos del mundo exterior (Bellak, 1985, c. p. Cajas, 2013; Laplanche, 1996, c. p. Cajas, 2013).

Especialistas en el estudio de la personalidad, han señalado que esta prueba permite la exploración de la dinámica del sujeto consigo mismo, su funcionamiento a nivel interpersonal y en la apercepción que tiene del ambiente; no obstante, en la práctica actual se ha extendido su aplicación a una variedad de estudios sobre la interpretación en las alteraciones de la conducta, enfermedades psicosomáticas, neurosis y psicosis, permitiendo un análisis intensivo, ideográfico e individual, sin eludir los requisitos de científicidad necesarios que garanticen la

mayor objetividad posible en el contexto concreto en el que se realice la intervención (Ávila y Biezma, 1986; Bellak, 1996).

Sin embargo, a pesar de los aportes de dicho instrumento con respecto al estudio de la personalidad, algunos autores sugieren que su potencialidad no ha sido suficientemente agotada, dando cabida a la exploración de nuevos constructos y agregando que “la razón de ser del uso del TAT a partir de la obra de Murray, está en que dicho autor hace énfasis en los aspectos interpersonales, de interacción, más que en los dinamismos intrapsíquicos de los sujetos. Por ello, su contexto teórico se fundamenta en la necesidad-presión, diseñado para ofrecer información sobre este nivel comportamental-interaccional” (Ávila y Biezma, 1986, p. 26).

En esencia, su utilidad deriva del carácter autónomo y flexible que posee para abordar distintas posturas teóricas, materiales y procedimientos, puesto que, si bien están centradas en el análisis del yo, también pueden aproximarse a distintos conceptos o variables desde el psicoanálisis o la psicometría; además, su método indirecto permite abordar pacientes con altos niveles de malestar emocional, generado por algún evento traumático, el cual tiende a rigidizar las defensas del paciente, por tanto, se considera una herramienta sensitiva en su uso dialectico con el paciente (Ávila y Biezma, 1986; Cajas, 2013).

Al considerar los supuestos establecidos por Murray (1934), se comprueba que el Test de Apercepción Temática permite realizar inferencias sobre la noción, consciente o inconsciente, que tiene el sujeto sobre sí mismo y cómo puede estar percibiendo el contexto que lo rodea; a partir de las proyecciones de los pensamientos y sentimientos, demuestra ser un recurso apropiado para la exploración de variables como el autoconcepto y el autoestigma.

Ahora, en cuanto al planteamiento de la problemática, si bien existen numerosos estudios sobre la neuropsicología de las adicciones, la capacidad de resiliencia de estos pacientes y muchas otras áreas de interés, no existen publicaciones respecto a la autopercepción y su relación con el fenómeno del estigma desde la mirada del

drogodependiente, siendo este un tema que compete directamente a la psicología y que tiene sus implicaciones directas en el proceso de abandono de la sustancia.

En este sentido, la exploración del autoconcepto en materia de adicciones tiende a ser compleja, dado los diferentes factores que influyen en esta condición; por ello, diversos autores como Martínez-Lorca y Alonso-Sanz (2003); Musitu y cols., 2007 y Fuentes y cols. (2011) describen la autopercepción en esta muestra a partir de las distintas posturas, pero no logran definir la dirección que toma el vínculo autoconcepto-adicciones, mostrando resultados que contradicen investigaciones previas, aunque destacan la importancia de la conformación de este desde la infancia.

Sin embargo, la percepción del sí mismo se basa en nociones que se constituyen con el paso de los años y en su interacción con el entorno, de allí que la perspectiva del otro tenga cierta relevancia en la constitución del sí mismo. Por tanto, la sociedad se hace valer de prejuicios y estereotipos para establecer acuerdos sobre lo esperado y lo socialmente aceptado; de allí que las conductas que no responden a estas preconcepciones, suelen ser juzgadas, desacreditando al sujeto en cuestión, lo que lleva al establecimiento del estigma social.

Es preciso reconocer que el impacto de este último, puede traer consecuencias negativas en el individuo sobre su autopercepción, tal como ocurre con el consumo de sustancias. La internalización de atributos desacreditadores, genera una problemática compleja en el estigmatizado, quien consciente o inconsciente de estas etiquetas, reacciona de acuerdo a esta siendo marginado.

Así pues, a pesar de la relevancia social del tema, se ha encontrado que son escasas las publicaciones respecto a la exploración de la posición del autoestigma en drogodependientes, aun cuando su estudio podría contribuir con información sustancial para adoptar nuevas medidas que favorezcan el tratamiento terapéutico, permitiéndoles desprenderse de estos prejuicios en pro de su mejora y reinserción social.

Por ende, el escaso basamento teórico para el autoconcepto y el autoestigma, aunado al carácter ideográfico de estas, conllevan a la formulación de un planteamiento que cuestiona el efecto de ambas variables en la población venezolana, en miras de dar respuesta a esta laguna informativa o al menos ofrecer un esbozo sobre el comportamiento de estas, lo que permite observar en qué medida se manifiestan dichas variables.

Así, el fin último de la presente investigación es identificar y describir cuáles serán las características de las dimensiones del autoconcepto personal y la presencia de rasgos autoestigmatizantes en pacientes con trastorno por consumo de sustancias y alcohol, en abstinencia actual.

III.OBJETIVOS

3.1 Objetivo general.

- Identificar las dimensiones de autoconcepto personal y las características del autoestigma en un grupo de pacientes con trastorno por consumo de alcohol y sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína y drogas de síntesis), en abstinencia actual y tratamiento ambulatorio.

3.2 Objetivos específicos.

- Describir, por medio del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), los sentimientos y emociones del héroe (alegría, tristeza, ira, angustia, ansiedad, sorpresa, miedo, enojo/rabia, disgusto y vergüenza) ante situaciones específicas, correspondientes a la dimensión emocional del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias.
- Describir, por medio del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), los sentimientos y emociones del héroe (alegría, tristeza, ira, angustia, ansiedad, sorpresa, miedo, enojo/rabia, disgusto y vergüenza) ante situaciones específicas, correspondientes a la dimensión emocional del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias ilegales.
- Describir, por medio del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), los sentimientos y emociones del héroe (alegría, tristeza, ira, angustia, ansiedad, sorpresa, miedo, enojo/rabia, disgusto y vergüenza) ante situaciones específicas, correspondientes a la dimensión emocional del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de alcohol.
- Observar, a través del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), los estados interiores asociados a sentimientos de culpa

(aceptación, reducción y/o evitación) y capacidad discriminativa entre el bien y el mal (autonomía social), correspondientes a la dimensión honradez del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

- Observar, a través del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), los estados interiores asociados a sentimientos de culpa (aceptación, reducción y/o evitación) y capacidad discriminativa entre el bien y el mal (autonomía social), correspondientes a la dimensión honradez del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias ilegales.
- Observar, a través del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), los estados interiores asociados a sentimientos de culpa (aceptación, reducción y/o evitación) y la capacidad discriminativa entre el bien y el mal (autonomía social), correspondientes a la dimensión honradez del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de alcohol.
- Describir, mediante el Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), la capacidad en la toma de decisiones y el carácter dependiente o independiente que posee el héroe con respecto a los otros, referentes a la dimensión autonomía del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias.
- Describir, mediante el Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), la capacidad en la toma de decisiones y el carácter dependiente o independiente que posee el héroe con respecto a los otros, referentes a la dimensión autonomía del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias ilegales.
- Describir, mediante el Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), la capacidad en la toma de decisiones y el carácter dependiente o independiente que posee el héroe con respecto a los otros, referentes a la dimensión

autonomía del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de alcohol.

- Observar, por medio del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), la capacidad del héroe para adquirir conocimientos, satisfacer sus necesidades y objetivos del héroe, barreras interiores que impiden su actividad, así como su nivel conductual, referentes a la dimensión autorrealización del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias
- Observar, por medio del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), la capacidad del héroe para adquirir conocimientos, satisfacer sus necesidades y objetivos del héroe, barreras interiores que impiden su actividad, así como su nivel conductual, referentes a la dimensión autorrealización del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias ilegales.
- Observar, por medio del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), la capacidad del héroe para adquirir conocimientos, satisfacer sus necesidades y objetivos del héroe, barreras interiores que impiden su actividad, así como su nivel conductual, referentes a la dimensión autorrealización del autoconcepto personal, en pacientes con trastorno por consumo de alcohol.
- Identificar, a través del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), si existen características autoestigmatizantes en el héroe principal, como: sentimientos de inferioridad, culpa, crítica, reprobación o disminución de sí mismo, sensación de humillación por parte de otros y lucha por mantener el autorrespeto e impacto y percepción del ambiente, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias.
- Identificar, a través del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), si existen características autoestigmatizantes en el héroe principal, como: sentimientos de inferioridad, culpa, crítica, reprobación o disminución de sí

mismo, sensación de humillación por parte de otros y lucha por mantener el autorrespeto e impacto y percepción del ambiente, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias ilegales.

- Identificar, a través del Test de Apercepción Temática (según Murray, 1934 y Brinkmann, 2002), si existen características autoestigmatizantes en el héroe principal, como: sentimientos de inferioridad, culpa, crítica, reprobación o disminución de sí mismo, sensación de humillación por parte de otros y lucha por mantener el autorrespeto e impacto y percepción del ambiente, en pacientes con trastorno por consumo de alcohol.

IV.MARCO METODOLÓGICO

4.1 Sistema de variables.

4.1.1 *Variable predictora*: trastorno por consumo de sustancias.

Definición teórica: según el DSM-V (2013), comprende “un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa utilizando la sustancia a pesar de importantes problemas relacionados con ella (...) las actividades diarias de la persona giran en torno a la sustancia” (p. 526).

Los efectos que produce el alcohol son depresores, inhibiendo progresivamente las funciones cerebrales, la capacidad de autocontrol, produciendo euforia y desinhibición (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007).

Por su parte, el cannabis tiene efectos psicoactivos en el individuo y puede producir intoxicación, tolerancia o dependencia. Tiene un efecto bifásico, comenzando por una fase de estimulación, con euforia, bienestar, aumento de la percepción y ansiedad, seguida por una fase de sedación, en la que predominan la relajación y la somnolencia, pudiendo llegarse a conciliar el sueño. Asimismo, altera las funciones cognitivas como la atención, la memoria reciente y dificulta la capacidad para solucionar problemas (Arias y cols., 2010).

En cuanto a la cocaína, produce euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiperproxia, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, hipersexualidad, conductas violentas y deteriora la capacidad de juicio (Arias y cols., 2010).

Para la heroína, según Arias y cols. (2010), la sintomatología suele ser: miosis, bradicardia, hipotensión, hipotermia, analgesia, estreñimiento pertinaz, apatía, retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y deterioro de la capacidad de juicio; si la intoxicación es muy intensa, puede desembocar en una sobredosis, que en muchos casos produce la muerte.

Por último, las drogas de síntesis como el éxtasis, el ácido gamma-hidroxibutírico (GHB), la ketamina, clorhidrato de fenciclidina (PCP o polvo de ángel), pueden contener distintos derivados anfetamínicos o de otras sustancias que generan efectos estimulantes y/o alucinógenos de intensidad variable; al finalizar sus efectos, puede surgir un apetito voraz, fatiga y síntomas depresivos (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007; Arias y cols., 2010).

La privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos, es lo que denomina abstinencia (OMS, 1994).

Definición operacional: considerado como un patrón de dependencia que posee el sujeto hacia alguna droga de abuso, legal (alcohol) o ilegales (marihuana, cocaína, heroína y drogas sintéticas), cuyos criterios clínicos, según el DSM-V, corresponden a: a) consumir compulsivamente una(s) sustancia(s); b) padecer del síndrome de abstinencia en ausencia de la droga; c) incrementar la dosis por tener tolerancia a la sustancia y d) debe generar un impacto negativo en las áreas: personal, familiar, social y laboral, causado por centrar su vida en el consumo. El paciente es diagnosticado a partir de la información que suministre a un profesional de la psicología al iniciar el tratamiento o, en su defecto, los investigadores verifican a través de la entrevista inicial que dichos criterios se hayan cumplido a cabalidad las condiciones de abstinencia.

4.1.2 *Variable predicha 1*: autoconcepto personal.

Definición teórica: Goñi (2009), describe el autoconcepto personal como un conjunto de percepciones o cogniciones que cada individuo tiene de sí mismo, implicando cierto grado de autoconciencia por parte de este, destacando el reconocimiento de los límites propios, deseos, aspiraciones y contradicciones en el desarrollo afectivo y la expresión de sentimientos. El mismo se divide en cuatro dimensiones:

- Emocional: se refiere a la percepción del sujeto respecto a su estado emocional y a sus respuestas ante situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana (Goñi, 2009).
- Honradez (ético/moral): describe la fidelidad que tiene una persona hacia sus convicciones, principios, compromisos y valores individuales, como la sinceridad (Goñi, 2009).
- Autonomía: es la capacidad que tiene la persona para tomar decisiones, guiada por su propio criterio (...) presumiendo que, a mayor independencia, mayor satisfacción (Goñi, 2009).
- Autorrealización: es la satisfacción de las necesidades y objetivos vitales que tiene el individuo (Rubio, 1994, c. p. Goñi, 2009).

Definición operacional: número de respuestas emitidas por el sujeto en el Test de Apercepción Temática (TAT) que puntúen en las dimensiones de autoconcepto personal planteadas por Goñi (2009), según los indicadores de Murray (1934) y de Schwarts (2011):

- Emocional: respuestas en las láminas 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18 y 20, que expresan el estado emocional del sujeto ante situaciones específicas: a) los sentimientos y emociones del héroe (felicidad, alegría, amor, cariño, gratitud, esperanza; depresión, tristeza, melancolía, decepción, desaliento, desesperación; odio, ira, enojo, disgusto, frustración, impotencia, rencor, envidia; ansiedad: sorpresa, miedo; angustia: culpa y vergüenza); b) circunstancias que los provocan y su tolerancia con respecto a esas emociones y c) forma en que son resueltos.
- Honradez (ético/moral): respuestas dadas a las láminas 1, 3, 5, 6, 8, 13, 14, 15, 18 y 20, en las que el sujeto muestra apearse o no a la norma social a través de sus principios, compromisos y valores, percibidos desde: a) los estados interiores que impliquen reducción y/o evitación de sentimientos de culpa y b) capacidad o incapacidad

discriminativa entre el bien-correcto y el mal-incorrecto, asociadas a la autonomía asocial (realizar algo no permitido o socialmente punible).

- Autonomía: respuestas del sujeto en las láminas 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 14, que demuestren la capacidad o dificultad en la toma de decisiones, así como la tendencia a actuar de forma dependiente o independiente con respecto a los otros, entendido desde: a) rasgos caracterológicos del héroe de dependencia o independencia y b) características psíquicas de capacidad o incapacidad, asociadas a su habilidad y adaptación.
- Autorrealización: respuestas dadas en las láminas 1, 2, 8, 9, 11, 14 y 16, en las que se busca satisfacer las necesidades y objetivos: a) realización, respecto al trabajo y progreso del héroe, reconociendo o haciendo uso de las capacidades; b) adquirir o aplicar conocimiento; c) la capacidad de ejecutar objetivos según el nivel conductual: fantasía, nivel pre-motor, conducta inhibida, nivel motor; d) la presencia de barreras interiores que impiden su actividad y e) el desenlace de las historias: si se resuelven los problemas del héroe y se satisfacen sus necesidades o persiste el conflicto.

4.1.3 Variable predicha 2: autoestigma.

Definición teórica: Dovidio, Major y Crocker (2000, c. p. Magallares, 2011), hacen referencia al estigma como:

La posesión de algún atributo o característica que devalúa a la persona que lo tiene en un contexto social determinado (...) es decir, los estigmas son categorías sociales sobre las cuales las demás personas poseen estereotipos, actitudes y creencias negativas, que acaban produciendo que los miembros que se adscriben a ese grupo sean discriminados y excluidos (p. 8).

Así, la derivación del autoestigma vendría a conformar “las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos” (Arnaiz y Uriarte, 2006, p. 52).

Definición operacional: número de respuestas a las láminas 1, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 14 y 18 del Test de Apercepción Temática, que puntúen en la variable autoestigma por sentimientos de vergüenza, ira, miedo, desesperanza e inferioridad o desvalorización a causa de prejuicios sociales y dificultades para establecer nuevas relaciones interpersonales por rechazo del entorno, reflejados en el héroe principal (Murray, 1934).

a) Presencia de sentimientos de inferioridad; b) barreras interiores asociadas a criticar, reprobar o disminuirse a sí mismo; c) redoblar sus esfuerzos para superar la debilidad o inferioridad; d) sensación de humillación por parte de otros; e) oposición a la humillación, en la que lucha por mantener el autorrespeto; f) impacto del ambiente sobre el desenvolvimiento del héroe (obstaculiza o favorece); g) percepción del ambiente (aceptación-rechazo); h) estímulos específicos que afectan la conducta del héroe como las presiones sociales.

4.2 Variables extrañas.

4.2.1 Controladas.

- Sexo: se controló la variable por el método de constancia de condiciones, ya que solo se escogieron participantes hombres.
- Grado de instrucción: controlada por medio de la constancia de condiciones, cada participante tiene, como mínimo, el ciclo diversificado de bachillerato aprobado.
- Abstinencia: se seleccionaron, a través de la constancia de condiciones, participantes con un período de abstinencia de seis meses en adelante.
- Dependencia: de acuerdo a la técnica de constancia de condiciones, se eligieron sujetos que cumplieran con los criterios para dependencia por trastorno de consumo de sustancias, según el DSM-V (2013).

- Tipo de sustancia (legal o ilegal): mediante la constancia de condiciones, considerándose la misma cantidad de sujetos entre los que consumían drogas ilegales, como los que consumían drogas legales (alcohol).
- Patología dual: por medio de la técnica de eliminación, durante las entrevistas y la revisión de la historia clínica, se descartaron todos aquellos sujetos que, además de cumplir con criterios para el trastorno por consumo de sustancias, reportaban un diagnóstico adicional de trastorno mental.
- Ambiente: se controló el espacio físico mediante la constancia de condiciones, contando con que cada cubículo poseyera una buena iluminación y ventilación, comodidad y privacidad para el participante.
- Consigna: las instrucciones sobre la actividad desarrollada, fueron las mismas para cada participante; esta variable fue controlada de acuerdo a la constancia de condiciones.

4.2.2 No controladas.

- Fatiga: condición individual de cada participante que comprende la energía y atención que tenga durante la sesión; su presencia puede bajar el rendimiento en la aplicación.
- Motivación hacia la actividad: determinada según la disposición del sujeto durante la actividad, lo cual puede contribuir u obstaculizar la fluidez en la misma.
- Nivel socio-económico: existe variabilidad dentro de la muestra con respecto al estrato al que corresponde, comúnmente concentrados en bajos y medios, situación que puede tener un efecto por la calidad educativa impartida y los recursos familiares tanto materiales como alimenticios durante la etapa de desarrollo.
- Antecedentes médicos de lesión-disfunción leve: debido a que la mayoría de participantes poseen un historial de agresión, hechos ocurridos durante y bajo los efectos del consumo, de los que muchos de ellos no tienen evaluación neurológica. Esta condición pudo afectar la capacidad de atención, concentración y elaborativa que requiere la actividad.

- Antecedentes legales: ya que gran parte de los sujetos tienen un historial penal por asuntos concernientes a leyes quebrantadas: peleas, callejeras, posesión y tráfico de drogas, homicidios.

4.3 Tipo y diseño de investigación.

Según lo expuesto por Hernández, Fernández y Baptista (2010), la presente investigación es de tipo no experimental o de campo, dado que los fenómenos en cuestión fueron observados en su contexto natural.

El diseño es transeccional-descriptivo, ya que considera la incidencia que tienen una o diversas variables con respecto a una muestra delimitada (drogadictos) en un momento específico (Hernández y cols., 2010).

4.4 Participantes.

4.4.1 Población: todos los hombres, con una escolaridad mínima de 4^{to} año del ciclo diversificado y con un período de abstinencia de seis meses, diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias, cuyos criterios correspondan a un patrón de dependencia y que asistan a tratamiento ambulatorio.

4.4.2 Muestra: 20 hombres, con edades comprendidas entre 18 y 55 años, diagnosticados como dependientes para el trastorno por consumo de sustancias ilegales y alcohol con, al menos, 4^{to} año del ciclo diversificado aprobado y un período de abstinencia mínimo de seis meses, los cuales asisten a tratamiento ambulatorio en la Fundación José Félix Ribas o a la Unidad de Servicio y Recuperación de Alcohólicos Anónimos. La muestra total fue de 31 sujetos, pero 11 de ellos no cumplían con las especificaciones señaladas para abstinencia o escolaridad.

El tipo de muestra es no probabilística, dado que este subgrupo de la población fue delimitado de acuerdo a los objetivos establecidos para la investigación (Hernández y cols., 2010).

4.5 Recursos.

4.5.1 Materiales.

- Test de Apercepción Temática (TAT): prueba proyectiva de tipo interpretativa para el estudio de la personalidad, que permite indagar en los procesos conscientes e inconscientes o aspectos manifiestos e inhibidos del funcionamiento personal y relacional del sujeto, explorando el desarrollo de sus emociones, necesidades, presiones y conflictos. Este instrumento consta de 31 láminas, de las cuales se seleccionan 20 a aplicar, 10 son universales y las restantes se clasifican según edad y sexo, y su procedimiento consiste en que el sujeto narre una historia a partir de los estímulos presentados. Para los objetivos del estudio, se emplearon 16 láminas (10 universales y 6 para hombres), seleccionadas de acuerdo a la relación que tenía su contenido (algunos elementos) con las variables en cuestión:

Tabla 1. Especificaciones del contenido de las láminas del TAT (Brinkmann, 2002).

Láminas	Título	Contenido
1	<i>El chico y el violín</i>	Aspiraciones, expectativa, ambiciones, metas propias o impuestas; esperanzas, frustración, debilidades. Ideal del yo. Actitud frente al deber, el rendimiento o una tarea. Tipo de relación (obediencia, rebeldía, coerción) con otros significativos.
2	<i>La estudiante en el campo</i>	Conflicto con las formas de vida. Actitud frente a los padres, armonía o desacuerdo familiar. Puede evocar en general la actitud hacia el rendimiento intelectual, aspiraciones.
3	<i>Reclinado en el diván</i>	Contenidos depresivos e ideaciones suicidas; frustraciones, agresiones, castigos y culpas.
5	<i>Mujer de edad en la puerta</i>	Ansiedades paranoides. Imagen de la madre-esposa (protectora, vigilante, castradora).
6	<i>El hijo que se va</i>	Actitud del sujeto hacia la figura materna y tipo de relación: culpa, dependencia, discordia, protección.
7	<i>Padre e hijo</i>	Actitud de obediencia o rebelión hacia la figura paterna (autoridad). Necesidad de consejo, ayuda, apoyo, orientación.

8	<i>La intervención quirúrgica</i>	Dirección de la agresividad, mecanismos de formación reactiva o sublimación. Yo ideal.
9	<i>Grupo de vagabundos</i>	Actitud hacia el trabajo; oposición al medio.
10	<i>El abrazo</i>	Actitud frente a la separación.
11	<i>Paisaje primitivo de piedras</i>	Defensa contra la angustia. Ansiedad frente al peligro.
13	<i>Mujer en la cama</i>	Ansiedades y culpa.
14	<i>Hombre en la ventana</i>	Expectativas, evocación, evasión, temores, ansiedad o preocupaciones por amenazas o sentimientos de intimidad violada (el sujeto se introduce ilícitamente a un espacio personal).
15	<i>En el cementerio</i>	Proporciona al sujeto la ocasión de señalar cualquier persona de su ambiente como objetivo de agresiones; sentimientos de culpa.
16	<i>Lámina en blanco</i>	Ideal del yo.
18	<i>Atacado de atrás</i>	Ansiedades, culpa e ideas paranoides. Puede representar la fuerza del superyó. Actitud hacia las toxicomanías (ebriedad) o agresión.
20	<i>Solo bajo el farol</i>	Preocupaciones, abandono, culpa, castigo. Sentimientos de soledad y rechazo, y actitudes frente a estos contenidos.

Luego, se utilizó el método de interpretación de Murray (1934) y la categoría “deseo de realización” propuesta por Schwartz (2011), para corregir el contenido manifiesto e interpretativo de los relatos elaborados por los participantes, delimitando los indicadores pertinentes en la operacionalización y, posteriormente, dicho contenido fue sometido a un análisis de frecuencias, presentadas de manera ponderadas, en el que se observó el comportamiento de cada indicador en la muestra, dividida en dos grupos: sustancias ilícitas y alcohol (Brinkmann, 2002; Murray, 1951; Cajas, 2013).

- Entrevista semi-estructurada: instrumento para recolectar información pertinente y dar respuesta a una pregunta de investigación, bien sea de tipo cuantitativa o cualitativa. En esta modalidad, el entrevistador lleva un guion de preguntas mixtas (cerradas y abiertas), con el que cuestiona al entrevistado sobre el tema de interés, realizando observaciones, agregando otras interrogantes o indicaciones, las cuales reflejen el discurso utilizado por este último (Morga, 2012). La entrevista aplicada se diseñó

tomando el modelo utilizado para el triaje de la Fundación José Félix Ribas, en la que se recopilaron datos como: edad, escolaridad, ocupación actual, historial médico, psiquiátrico, penal y de consumo (desde sus inicios hasta la etapa de tratamiento actual), especificando la droga de impacto (para el caso del grupo de sustancias ilícitas) y el tiempo total de abstinencia; además se añadieron tres preguntas relacionadas a las variables exploradas, las cuales fueron elaboradas con supervisión de expertos en el área y revisadas en dos oportunidades:

1. ¿Cómo te defines a ti mismo, antes de ingresar a tratamiento y hoy día?
2. ¿Qué crees que piense tu familia, pareja, amigos y conocidos sobre ti?
3. ¿Cómo crees que son vistas las personas a las que llaman “adictos”? De acuerdo al discurso del sujeto, introducir la siguiente pregunta: ¿Alguna vez te sentiste así?

- Solicitud de autorización dirigida a las autoridades de las instituciones para la realización del estudio.
- Constancia de consentimiento informado dirigido a los participantes.
- Bloc de anotación.
- Grabadora.
- Lápiz de grafito o bolígrafo.
- Goma de borrar.
- Cubículo.
- Dos sillas.
- Un escritorio.

4.5.2 *Humanos.*

- Evaluadores: sujetos encargados de dirigir todo el procedimiento del estudio; específicamente, su tarea es informar a cada participante sobre los objetivos del proyecto, pautar las sesiones de aplicación, durante las mismas, explicar

detalladamente la dinámica a efectuar, aplicar el instrumento, analizar los datos y señalar los resultados de la investigación.

- Muestra formal: sujetos a quienes se le aplicará el Test de Apercepción Temática (TAT), elegidos según los criterios mencionados.

4.6 Análisis de datos.

En el procesamiento de los datos del TAT, se empleó el método de análisis de contenido elaborado por Murray (1934) y Schwarts (2011) para interpretar las historias de los sujetos; una vez categorizada la información según los indicadores especificados, se procedió a cuantificar las frecuencias que, posteriormente, fueron transformadas a porcentajes.

4.7 Procedimiento.

- Fase preparatoria.

Se asistió a la dirección general de la Fundación José Félix Ribas y la Oficina de Servicios Generales de la Unidad de Servicios y Recuperación de Alcohólicos Anónimos, con el fin de solicitar la participación de los ciudadanos en el estudio; la misma, fue aprobada para los distintos centros y cedes de tratamiento seleccionados en aproximadamente dos días.

Se acudió a cada uno de los centros y se hizo la presentación formal del estudio. Luego, se procedió a la selección de los posibles participantes en función de las características determinadas para la investigación, con los cuales se pautó una reunión para informarles acerca de la misma, indicando su carácter voluntario; aquellos que accedieron a colaborar, fueron citados individualmente, de acuerdo a su conveniencia, para realizar la actividad. Este proceso se llevó a cabo en un período de tres semanas.

Simultáneamente, se llevó a cabo la elaboración de la entrevista semi-estructurada para la selección de la muestra, la cual constó de 18 preguntas, seis demográficas y 12 abiertas, nueve correspondientes a su historia de consumo y tres asociadas a las variables de estudio.

- Trabajo de campo.

La actividad se dividió en dos sesiones de 45 minutos cada una, en las que se aplicó la entrevista y el Test de Apercepción Temática (TAT). La misma se llevó a cabo en un cubículo privado, en el que se disponía de un escritorio, sillas y otros materiales suministrados por el evaluador. Al comienzo de la primera sesión, el aplicador: 1) hizo, nuevamente, la presentación del estudio; 2) aclaró las dudas con respecto a la aplicación; 3) leyó la constancia de consentimiento informado (solo para los participantes que decidieron no mantener el anonimato) y se solicitó el llenado de la misma; 4) se inició la actividad con la entrevista para la selección de la muestra, en la que se recopilaron datos importantes de su historia clínica, además de realizar algunas preguntas referentes a las variables; 5) se procedió a explicar las instrucciones del instrumento y se aplicaron las siete primeras láminas. Cabe destacar que la cantidad de estímulos presentados en esta sesión, varió según la fluidez que tuvo el paciente para elaborar las historias; 6) al finalizar el tiempo establecido, se pactó con el sujeto la próxima fecha para la continuación de la actividad.

En la segunda sesión, 7) se le recordó la consigna al participante y se aplicó las ocho o demás láminas restantes; 8) al culminar, se conversó acerca de su experiencia con respecto a la actividad y se le notificó que será citado para la devolución de los resultados. La fase de aplicación se desarrolló en un tiempo de siete semanas, aproximadamente.

Es importante mencionar que, previo a la fase de aplicación, se seleccionaron las láminas del instrumento, un total de 16, adoptando como criterio la correspondencia que posee el contenido evaluado por estas con los fundamentos teóricos de las variables de estudio.

- Fase de análisis.

A partir de los datos recolectados, se procedió a realizar el análisis de las 16 láminas aplicadas a cada uno de los sujetos, según los indicadores de Murray (1934) y de Schwartz (2011), siendo un total de 320 historias para una muestra de 20 sujetos. Posteriormente, se utilizaron los estadísticos descriptivos de frecuencia, sumándose las respuestas dadas por los

sujetos en cada variable y sus dimensiones y porcentaje, ponderado por el 100 %, de acuerdo al número de láminas correspondientes a las categorías exploradas.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados de la muestra total (n = 20).

5.1.1 Descripción de la muestra total.

- Nivel de instrucción, tipo de sustancia de dependencia y antecedentes penales.

La tabla 2 describe las características de escolaridad de ambos grupos. Se observa que un 40 % tiene la secundaria incompleta, un 45 % son bachilleres, un 10 % es técnico superior y un 5 % posee una licenciatura.

Tabla 2. Escolaridad para la muestra total.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
1° Diversificado	6	30
2° Diversificado	2	10
Bachiller	9	45
TSU	2	10
Licenciado	1	5
Total	20	100

En la tabla 3 se señala la clasificación según la droga de impacto para el caso de los sujetos de sustancias ilícitas, destacando la cocaína como prevalente sobre la gama de sustancias ilícitas dentro del grupo, representando un 30 %, seguida por la heroína con un 15 % y, por último, la marihuana con 5 %. En cuanto a la muestra del alcohol, el total de sujetos poseen como característica común el consumo exclusivo de alcohol, mostrando un porcentaje de 50 % para dicha droga.

Tabla 3. Drogas de impacto para la muestra total.

Dependencia	Tipo de Sustancia	Frecuencia	Porcentaje
Ilegal	Marihuana	1	5
	Cocaína	6	30
	Heroína	3	15
Legal	Alcohol	10	50
	Total	20	100

La tabla 4 muestra la frecuencia de antecedentes delictivos reportados por los sujetos de ambos grupos. Es preciso tomar en cuenta que cada sujeto puede haber cometido uno o más actos delictivos, los cuales serán reflejados por separado en la tabla.

Para el grupo de sustancias ilícitas, predomina la posesión de drogas en un 50 % de los casos, seguida por la venta de esta y la violencia doméstica, con un 30 %; para alteración del orden público, porte ilícito de armas, hurto y homicidio, corresponde un 20 %, mientras que el 20 % restante, niega haber cometido algún acto delictivo.

Dentro del grupo de alcohol el 40 % de los sujeto niega haber cometido algún acto delictivo; luego, un 30 % refiere hechos de violencia doméstica, propiciados por sí mismos y un 20 % indica haber participado en actos de alteración al orden público y por último, al porte ilícito de armas y hurto, le corresponden un 10 % respectivamente.

Tabla 4. Antecedentes penales de la muestra total.

Sustancia	Conducta	Frecuencia	Porcentaje
Ilegal	Violencia domestica (verbal, física)	3	30 %
	Alteración del orden público	2	20 %
	Porte ilícito de armas	2	20 %
	Posesión de drogas	5	50 %
	Venta de drogas	3	30 %
	Hurto	2	20 %
	Homicidio	2	20 %
	Niega	2	20 %
Legal	Violencia doméstica (verbal, física)	3	30 %
	Alteración del orden público	2	20 %
	Porte ilícito de armas	1	10 %
	Hurto	1	10 %
	Niega	4	40 %

5.2 Proporciones de la muestra total (n = 20).

5.2.1 Autoconcepto.

5.2.1.1 Autoconcepto personal de la emoción.

- Estados interiores.

En la figura 4, se observa que el 52 % presenta emociones *negativas* como tristeza, molestia y miedo, mientras que un 25 % tienen *positivas* como alegría, felicidad, esperanza, sorpresa y amor. Un 12 % corresponde a las historias *carentes* de emociones y el 11 % restante engloba los resultados de *ambas* emociones en un mismo relato.

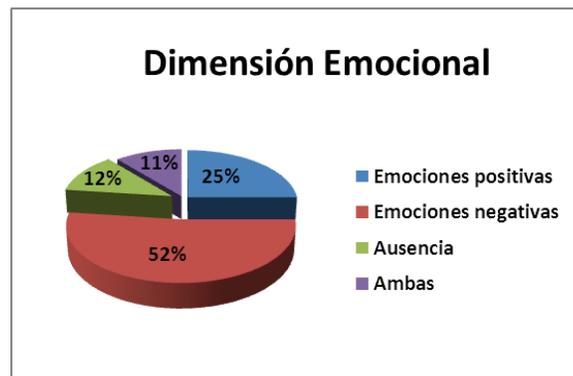


Figura 4. Proporción de sujetos de la muestra total en el área emocional.

5.2.1.2 Autoconcepto personal de la honradez.

a) Culpabilidad.

Los hallazgos obtenidos en la figura 5 dejan en evidencia que el 79 % de los sujetos no mostraron sentimientos de culpa, mientras que solo un 21 % corresponde a las direcciones que toma esta emoción, mostrando un 13 % para *aceptación*, 6 % para *reducción* y solo un 2 % a *evitación* de la misma.

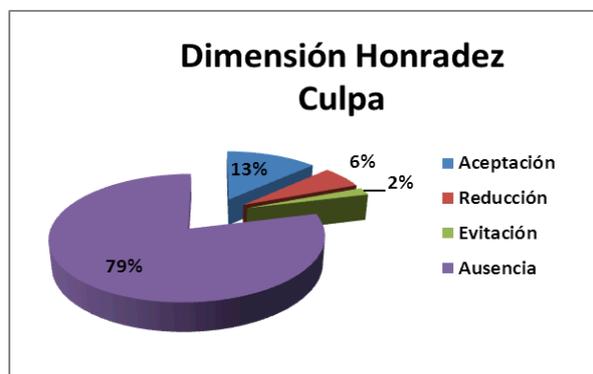


Figura 5. Proporción de sujetos de la muestra total en culpabilidad.

b) Autonomía asocial.

Para este indicador, el 50 % de la muestra general no proporcionó respuestas de *autonomía asocial*, un 28 % de los sujetos dio evidencia de *ajuste* al marco normativo y el 22% restante mostró conductas socialmente *desajustadas*.

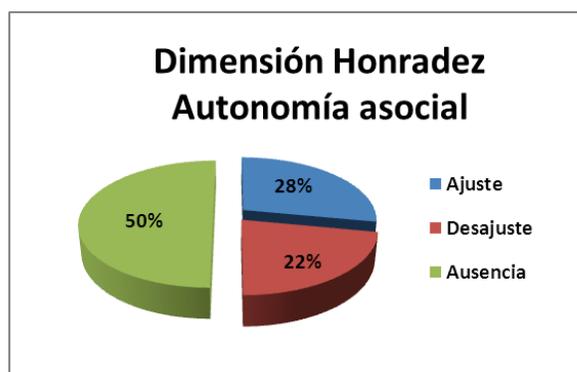


Figura 6. Proporción de sujetos de la muestra total en autonomía asocial.

5.2.1.3 Autoconcepto personal de la autonomía.

a) Dependencia-independencia.

En la figura 7 se observa que el 57 % de los sujetos presenta rasgos *dependientes*, otro 22 % muestra conductas *independientes* y el 21 % restante no mostró indicadores en este indicador.

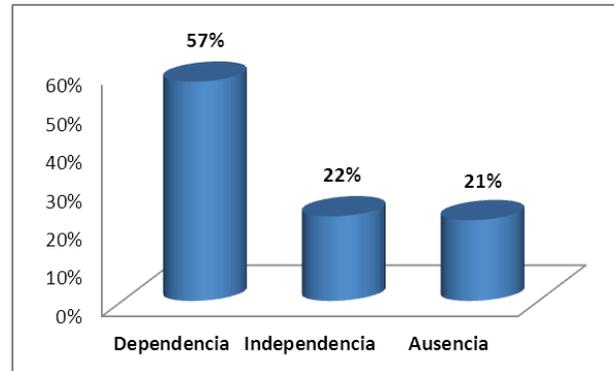


Figura 7. Proporción de sujetos de la muestra total en dependencia-independencia.

b) Capacidad-incapacidad para la toma de decisiones.

El 46 % de los sujetos describen a un héroe con habilidades para *tomar decisiones*, en comparación con un 36 % de la muestra, que se encuentra limitada respecto a la capacidad para decidir por cuenta propia, y el 18 % restante corresponde a la ausencia de este indicador (ver figura 8).

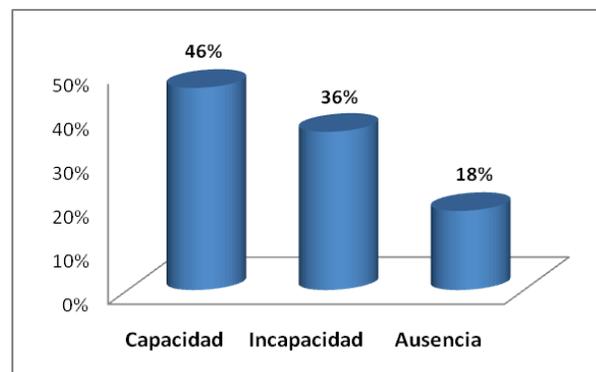


Figura 8. Proporción de sujetos de la muestra total en capacidad-incapacidad.

5.2.1.4 Autoconcepto personal de la autorrealización.

a) Realización.

La figura 9 refleja los valores porcentuales de los indicadores de autorrealización, con un 41 % de respuestas carentes de necesidad de realización (*ausencia*), un 34 % para las

respuestas de *deseo de realización* y un 25 % respecto al acto de concretar sus metas y objetivos (*realización*).

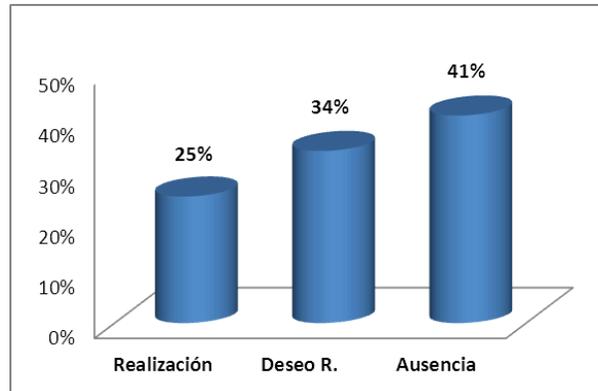


Figura 9. Proporción de sujetos de la muestra total en realización.

b) Conocimiento.

En la figura 10 se observa un 76 % de respuestas de *ausencia* sobre la búsqueda y el manejo de herramientas para la consecución de las metas, seguido de un 13 % para los valores de *adquisición* de conocimiento y un 11 % para la *aplicación* del mismo.

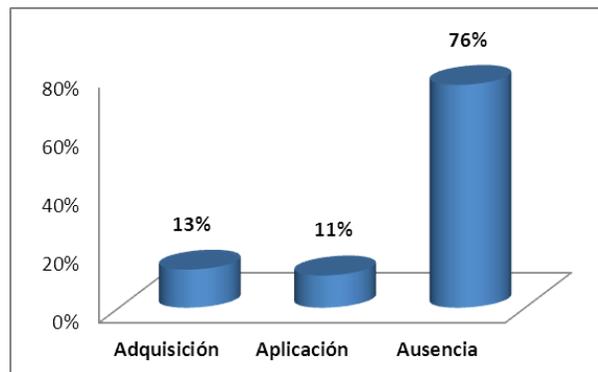


Figura 10. Proporción de sujetos de la muestra total en conocimiento.

c) Nivel conductual.

Para este indicador, los porcentajes de *fantasía* se ubican en 43 %, el nivel *motor* cuenta con un 22 %, seguido del valor de *conducta inhibida* (1 %), luego el nivel *pre-motor* con 1 % y el 33 % restante no manifestó puntajes asociados a este indicador (ver figura 11).

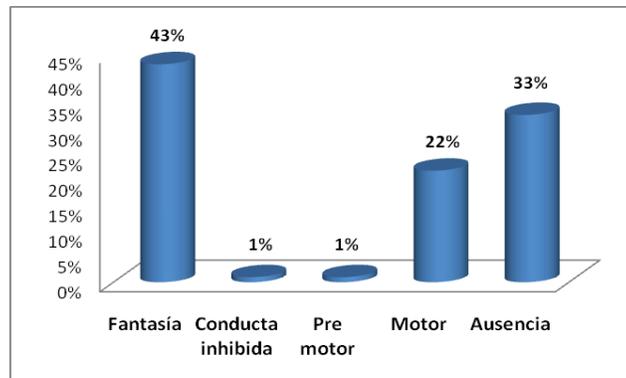


Figura 11. Proporción de sujetos de la muestra total en nivel conductual.

d) Desenlace.

La figura 12 muestra los porcentajes de *ausencia* para las respuestas indiferentes sobre el alcance de los objetivos (39 %), así como aquellas orientadas hacia la búsqueda de *satisfacción* (29 %) y la *insatisfacción* del héroe (21 %); en el 11 % restante, las historias son *inconclusas*.

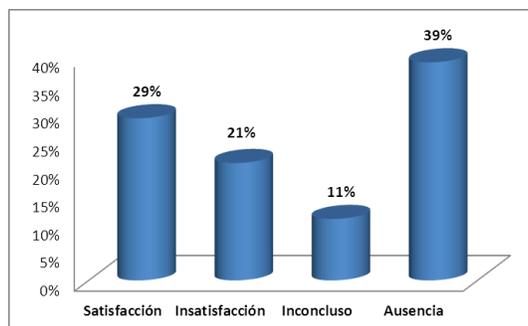


Figura 12. Proporción de sujetos de la muestra total en desenlace.

5.2.2 Autoestigma.

a) Procesos internos.

La figura 13, muestra la proporción de *barreras interiores* (33 %), seguida de un 24 % vinculado a la *ausencia* de procesos internos pertenecientes al autoestigma; además se observan los valores porcentuales de las experiencias de *humillación* (13 %) e *inferioridad* (9%) para la muestra total. La capacidad para mantener el *autorrespeto* se presenta con un 12%, y los *esfuerzos por superar la humillación* con un 9 %.

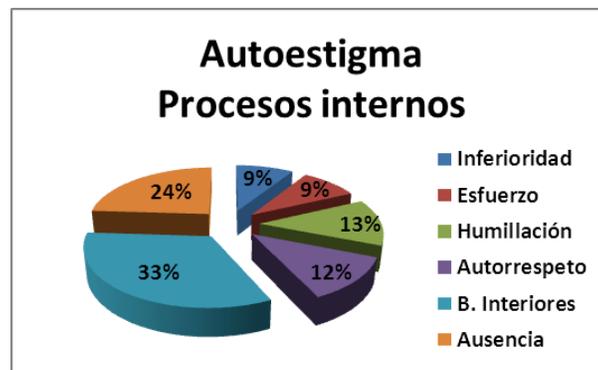


Figura 13. Proporción de sujetos de la muestra total en procesos internos.

b) Estímulos ambientales.

Con respecto a la percepción del sujeto sobre el ambiente, se encontró que un 53 % de los sujetos consideran su entorno *obstaculizante*, mientras que un 39 % de la muestra en general, tiende a percibir el ambiente como *favorecedor*. Solo un 8 % es indiferente al efecto que puede tener el ambiente sobre el sujeto (ver figura 14).

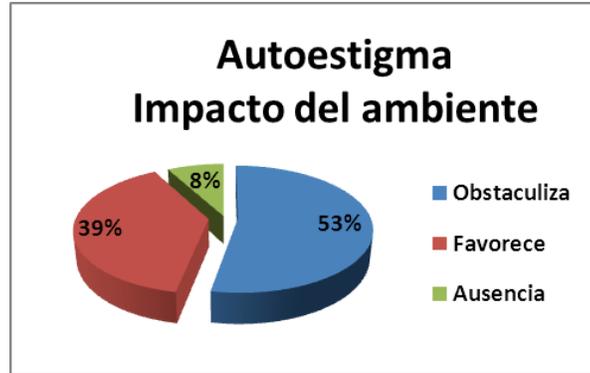


Figura 14. Proporción de sujetos de la muestra total en impacto del ambiente.

La figura 15 refleja los porcentajes obtenidos en torno a la percepción del ambiente, desde el reconocimiento (aceptación-rechazo), con escasos valores para *aceptación* (6 %) y *rechazo* (13 %) y un 81 %, de respuestas que no mostraron indicadores para este renglón.

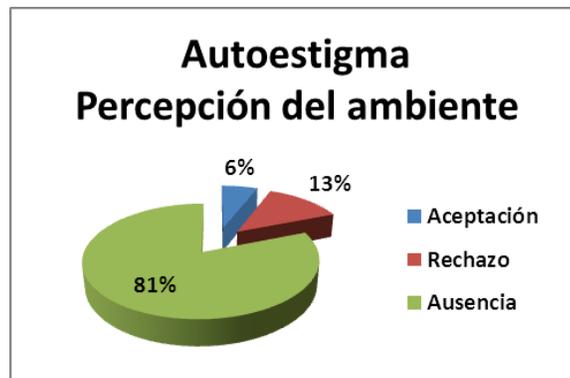


Figura 15. Proporción de sujetos de la muestra total en percepción del ambiente.

c) Presiones sociales.

En relación a los valores encontrados en la tabla 5, correspondiente a los fenómenos sociales asociados a las presiones del ambiente, se observa un predominio de catexias negativas (43) en torno a las presiones sociales, determinadas a través de la percepción negativa del héroe ante las demandas externas; mientras que, en menor frecuencia (15), se encuentran las catexias positivas, que reflejan un reconocimiento favorable de las presiones sociales por parte del héroe principal en las narraciones.

Tabla 5. Frecuencias de respuestas de los sujetos de la muestra total respecto a las presiones sociales.

Presiones sociales	
Catexia +	Catexia -
15	43

5.3 Proporciones de la muestra de acuerdo al tipo de droga (sustancias ilícitas y alcohol).

5.3.1 Autoconcepto.

5.3.1.1 Autoconcepto personal de la emoción.

- Estados interiores.

En la figura 16, se evidencia un elevado porcentaje de emociones negativas para el grupo de *sustancias ilícitas*. En un 54 % de sus respuestas, el héroe principal se define con un tono emocional displacentero, por ejemplo: tristeza, molestia o miedo. Sin embargo, también se observaron en un 28 %, emociones positivas asociadas a la alegría, sorpresa y felicidad, expresadas en su mayoría al final del relato; asimismo, un 11 % de las respuestas incluyeron tanto emociones positivas como negativas en el mismo relato. Por último, el 7 % restante corresponde al número de respuestas que no manifestaron emociones.

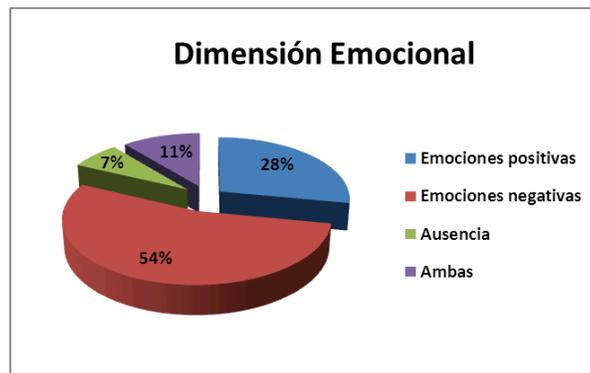


Figura 16. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en el área emocional.

Los hallazgos obtenidos en la figura 17, muestran el predominio de emociones negativas (50 %) en las respuestas de los sujetos clasificados para el grupo de *alcohol*, frente a un 21 % de emociones positivas. Así como un 11 % de respuestas que incluían ambas emociones en un mismo relato, el 18 % restante corresponde a aquellas respuestas carentes de emociones.

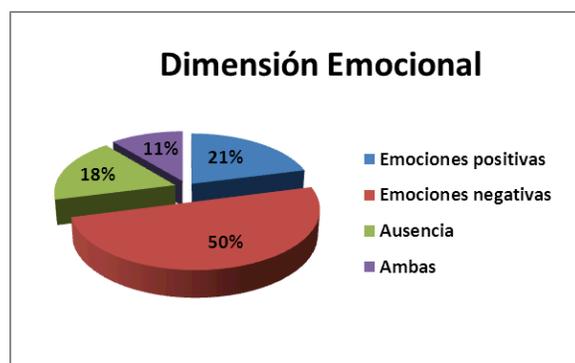


Figura 17. Proporción de sujetos de alcohol en el área emocional.

5.3.2 Autoconcepto personal de la honradez.

a) Culpabilidad.

La figura 18, correspondiente al grupo de *sustancias ilícitas*, destaca una ausencia de indicadores asociados a la culpa en un 82 %, otorgándole un 18 % restante a las distintas direcciones que toma esta emoción según el relato, obteniendo un 12 % de *aceptación* de la culpa, un 5 % de *reducción* de la misma y un 1 % de *evitación* de culpa.

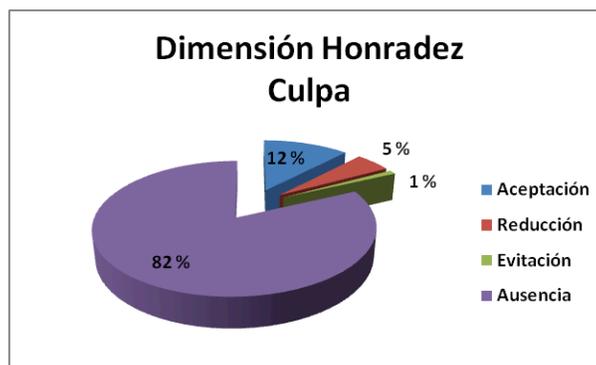


Figura 18. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en culpabilidad.

Por su parte, las puntuaciones de la muestra de **alcohol** en relación a la misma variable, responden a un patrón similar al grupo anterior, con un predominio de ausencia en el 76 % de los casos, mientras que la dirección de la misma, se distribuye en un 13% de *aceptación de la culpa*, 8 % de *reducción de la culpa* y un 3 % y de *evitación de la culpa* (ver figura 19).

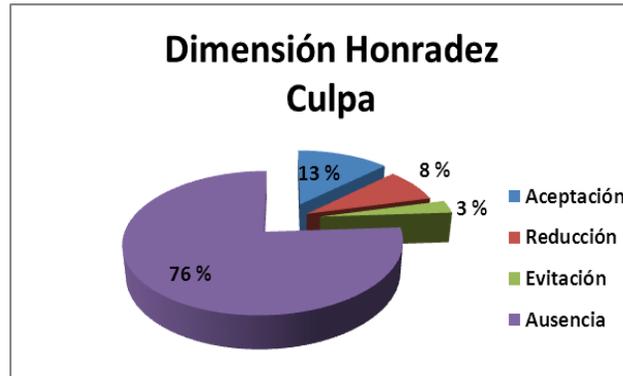


Figura 19. Proporción de sujetos de alcohol en culpabilidad.

b) Autonomía asocial.

En la figura 20 se observó que cerca de la media del grupo de **sustancias ilícitas** (46%) no proporcionó respuestas de autonomía asocial, mientras que un 31% del grupo se caracterizó por mostrarse dentro del marco normativo y moral, comprendiendo así el ajuste social y el 23% restante se orientó hacia conductas socialmente desajustadas.

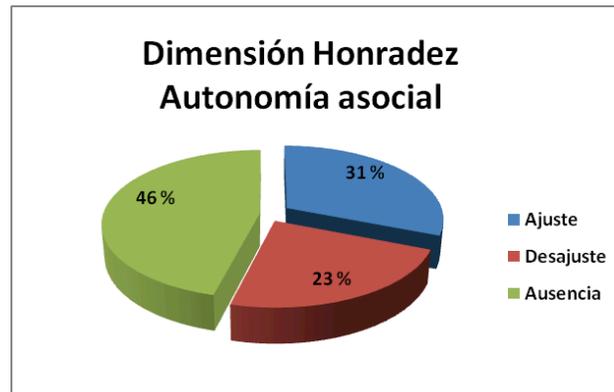


Figura 20. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en autonomía asocial.

En cuanto al grupo de *alcohol*, el patrón de respuestas no dista mucho respecto al grupo de sustancias ilícitas, encontrando que el 53 % de los relatos no presentan elementos e autonomía asocial, quedando un 47 % restante que se distribuye entre un 24 % de respuestas de ajuste a la norma y un 23 % de conductas desajustadas en el héroe, siendo una diferencia mínima entre el primer valor y el segundo (ver figura 21).

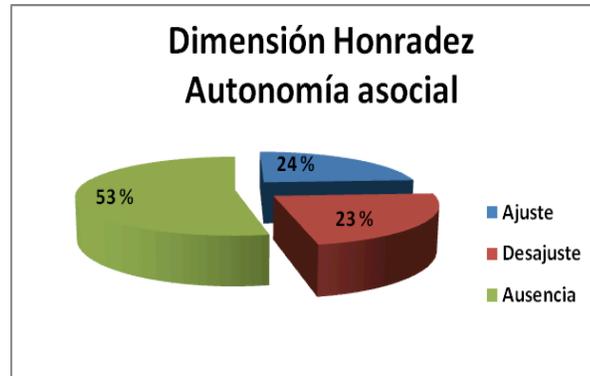


Figura 21. Proporción de sujetos de alcohol en autonomía asocial.

5.3.3 Autoconcepto personal de la autonomía.

a) Dependencia-independencia.

En la figura 22, se observa que el grupo de *sustancias ilícitas*, poseen una tendencia significativa a elaborar situaciones en las que el héroe manifiesta rasgos dependientes (64 %), necesitando el apoyo o de la influencia de un otro; mientras que un 16 % muestran conductas independientes y el 20 % restante está asociado a la ausencia de estos elementos en el relato.

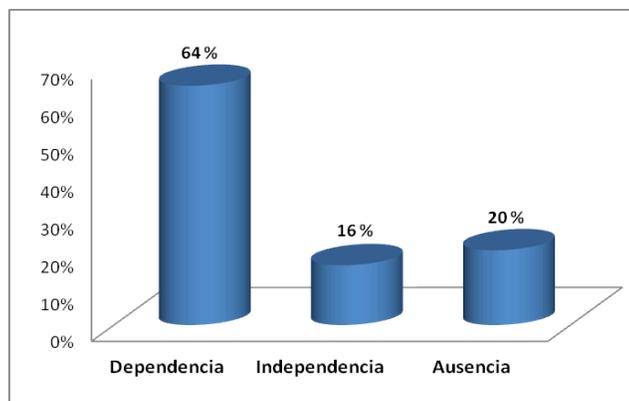


Figura 22. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en dependencia – independencia.

b) Capacidad-incapacidad para la toma de decisiones.

La figura 23 muestra que los valores obtenidos para este grupo, describen en un 41 % de los casos, a un héroe con habilidades para tomar decisiones, mientras que, por el contrario, un 38 % representa la incapacidad para decidir en una situación determinada, dejando un 21 % que corresponde a la ausencia de este indicador en los relatos.

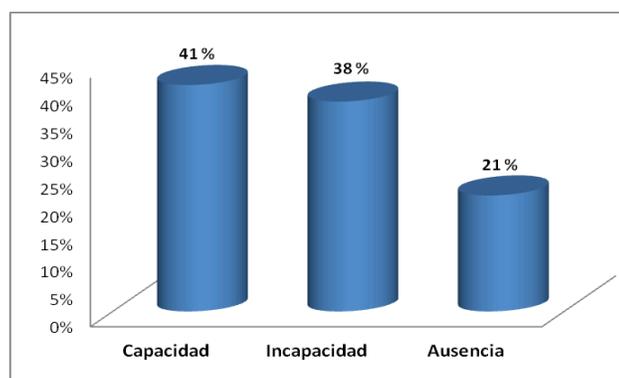


Figura 23. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en capacidad-incapacidad.

Por su parte, los valores arrojados por los sujetos de *alcohol* en la figura 24, dejan en evidencia que la mitad de las historias (49 %) mostraban un héroe con rasgos dependientes, mientras que un 28 % actúa de forma independiente del otro. Las respuestas que no puntúan entre estos dos indicadores alcanzan el 23 % de los relatos.

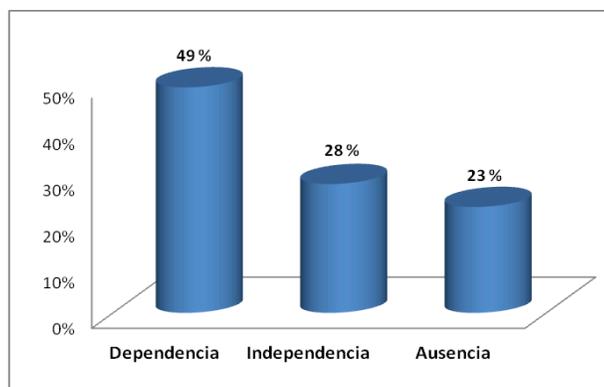


Figura 24. Proporción de sujetos de alcohol en dependencia – independencia.

En la figura 25, se observa la prevalencia de respuestas en las que el héroe posee la capacidad para tomar decisiones (50 %), frente a un 35 % en las que éste asume una posición de incapacidad para decidir ante un problema, quedando solo un 15 % que no apunta hacia alguna de estas categorías.

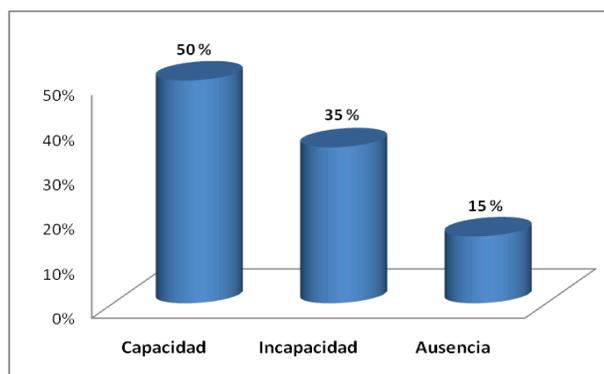


Figura 25. Proporción de sujetos de alcohol en capacidad-incapacidad.

5.3.4 Autoconcepto personal de la autorrealización.

a) Realización.

En la figura 26, se observa que los sujetos de *sustancias ilícitas* tuvieron un 34 % de deseo de realización, referida a aspiraciones de satisfacer sus necesidades u objetivos; un 24% puntuó para realización, indicando el alcance de sus metas; y un 42 % no dio respuestas en este indicador.

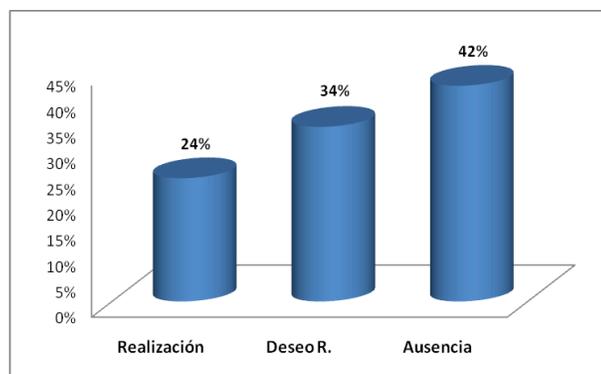


Figura 26. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en realización.

b) Conocimiento.

Seguidamente, en este proceso de autorrealización, se observó que el 66 % de las respuestas de este grupo no hacía uso del conocimiento para alcanzar sus objetivos, mientras que el 34 % restante se dividió entre un 16 %, donde el héroe principal se veía en la necesidad de adquirir conocimiento, y un 18 % que solo necesitó aplicar el conocimiento previamente adquirido (ver figura 27).

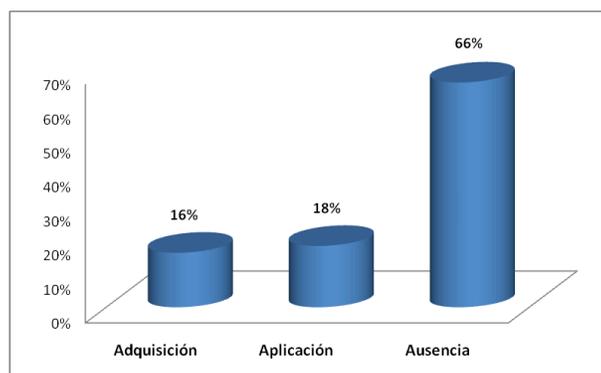


Figura 27. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en conocimiento.

c) Nivel conductual.

Alusivo al grado de ejecución para el cumplimiento de las metas, la figura 28 deja en evidencia el elevado porcentaje de fantasía (58 %) en relación a la consecución del acto (24%) que implica la elaboración de un plan y su posterior ejecución. Sin embargo, entre la fantasía

de realización y el acto, solo el 1 % de las historias muestra a un héroe capaz de proponerse el acto sin lograr llevarlo a cabo, mientras que el 17 % restante no muestra interés por plantearse una meta. Cabe destacar que, en ninguno de los casos los sujetos se limitan solo a la planificación de la estrategia (nivel pre-motor 0 %) mostrando en su mayoría cierta iniciativa para la obtención de sus fines, ya sea desde la fantasía o la ejecución.

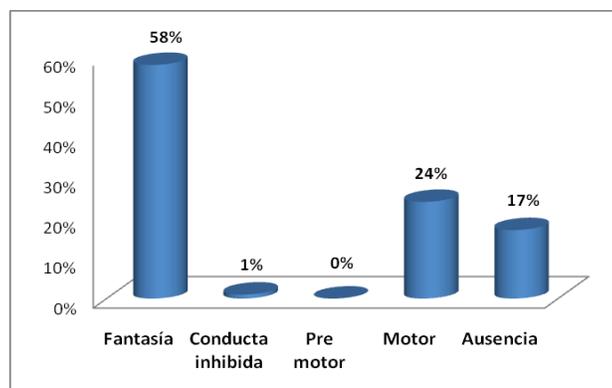


Figura 28. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en nivel conductual.

d) Desenlace.

La figura 29 muestra el grado de satisfacción de las necesidades del héroe principal, para el grupo de sustancias ilícitas, donde prevalece una ausencia del 38 %, seguida del alcance de la satisfacción en un 28 % de los casos, en contraste con un 21 % de respuestas donde el héroe no logra satisfacer sus necesidades y, finalmente, un 13 % cuyo relato estuvo inconcluso.

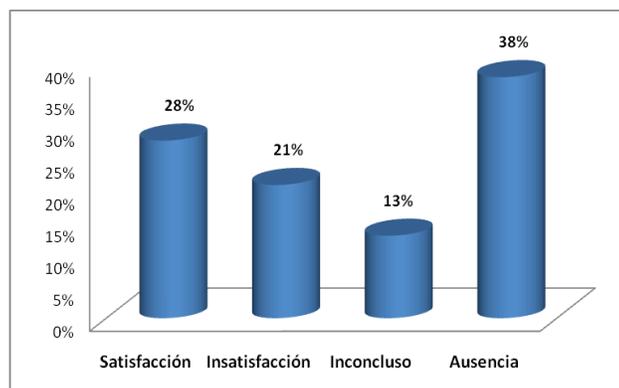


Figura 29. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en desenlace.

Por otro lado, de las respuestas desarrolladas por el grupo de *alcohol*, se observa que el 42 % de las historias no hacen referencia a la búsqueda de una meta u objetivo, mientras que el 33 % del grupo plantea la necesidad a través del deseo de realización, y el 25 % restante alcanza sus objetivos y logran la realización propiamente dicha (ver figura 30).

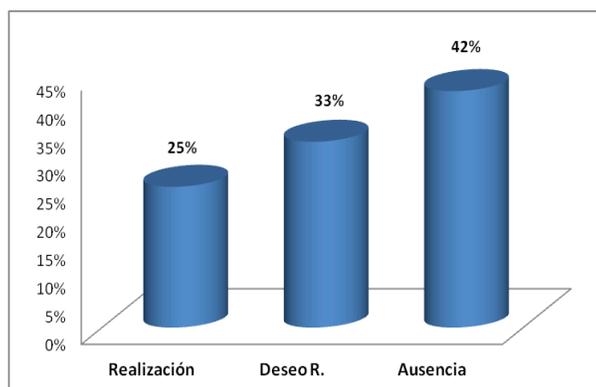


Figura 30. Proporción de sujetos de alcohol en realización.

Para el alcance de sus objetivos, el grupo de alcohol mostró un bajo porcentaje de adquisición (12 %) y aplicación del conocimiento (4 %), dejando una elevada proporción (84%) de ausencia para estos indicadores.

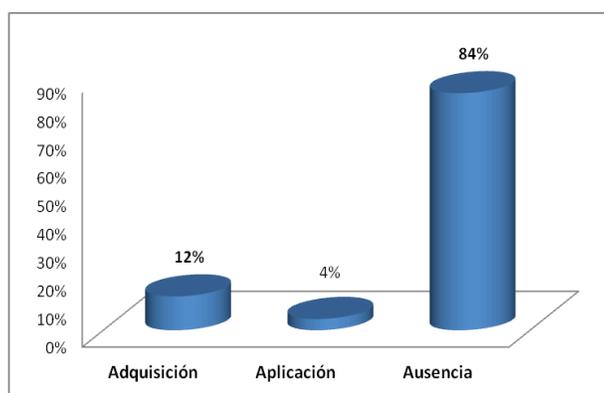


Figura 31. Proporción de sujetos de alcohol en conocimiento.

En la figura 32, destaca la media del grupo como la proporción de ausencia respecto al nivel conductual, es decir, en el 50 % de los relatos no se observa la disposición para lograr un objetivo, en términos del grado de ejecución, el cual oscila entre la fantasía (29 %) la conducta

inhibida que no obtuvo puntuación alguna, el nivel pre motor (1 %) y el motor (21 %), que implica la ejecución del acto con el fin de alcanzar la meta.

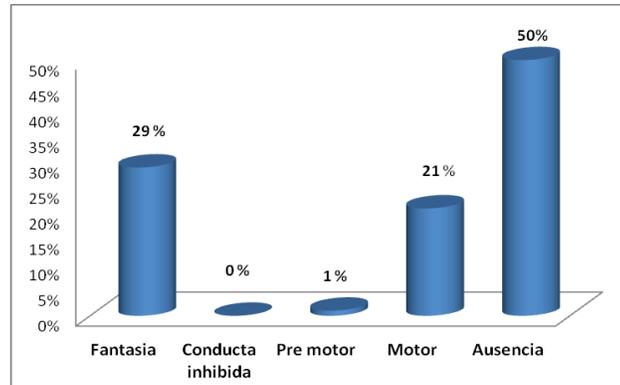


Figura 32. Proporción de sujetos de alcohol en nivel conductual.

Dicho proceso implica también cierto grado de satisfacción de las necesidades del héroe, la cual para el grupo de alcohol fue alcanzada en el 29 % de los casos; no obstante, el 21 % de los relatos culminaron en insatisfacción por parte del héroe principal y el 9 % restante presentó un final inconcluso, dejando un 41% de respuestas ausentes de desenlace (ver figura 33).

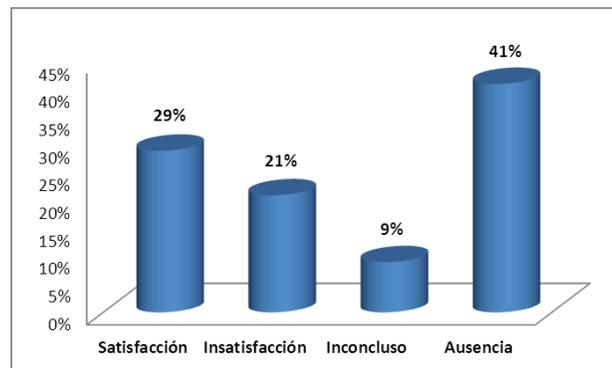


Figura 33. Proporción de sujetos de alcohol en desenlace.

5.3.5 Autoestigma.

a) Procesos internos.

En la figura 34, refleja la proporción de los indicadores o características del autoestigma de los sujetos pertenecientes al grupo de *sustancias ilícitas*, destacando como el valor más elevado el 26 %, correspondiente a las limitaciones o barreras interiores del sujeto, seguido por un 24 % de ausencia de indicadores de autoestigma en las respuestas, 17 % atribuido a las experiencias de humillación por parte del héroe, con un 9 % de esfuerzo por superarla, un 11 % asociado a respuestas en las que los sentimientos de inferioridad se hacen evidentes, con solo un 7 % de búsqueda de autorrespeto.

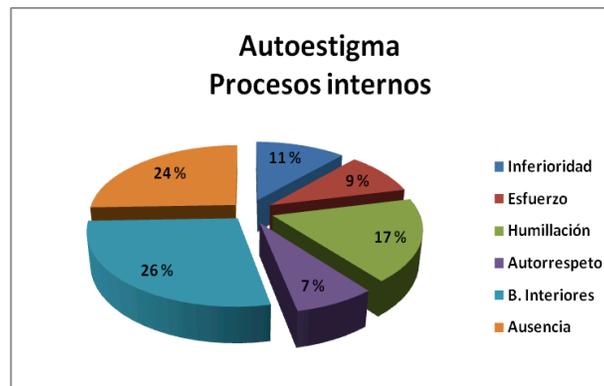


Figura 34. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en procesos internos.

Asimismo, para el grupo de alcohol prevalece también, en mayor medida, el porcentaje de barreras interiores, alcanzando un 40 %, seguido de un 24 % de ausencia de indicadores asociados al autoestigma; sin embargo, entre los procesos internos restantes, se encontró un 10% para los niveles de humillación experimentada por el héroe, con un 8 % de esfuerzos por superar esta experiencia, también se observó en un 8 % el intento por mantener el autorrespeto a partir de los sentimientos de inferioridad experimentados en el 7 % de los relatos (ver figura 35).

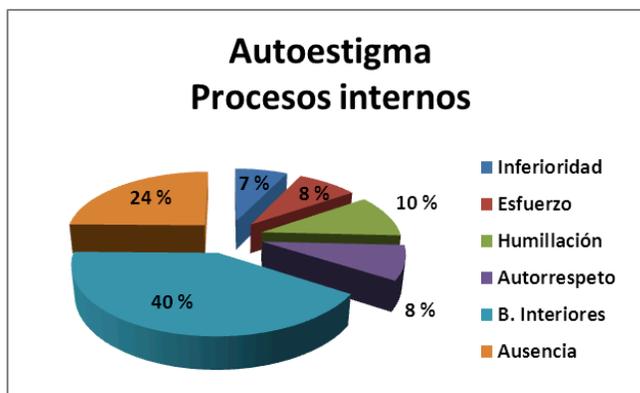


Figura 35. Proporción de sujetos de alcohol en procesos internos.

b) Estímulos ambientales.

Con respecto a la percepción sobre el ambiente, se encontró que un 49 % de los sujetos de sustancias ilícitas, lo consideran obstaculizante; mientras que un 41 % de ellos refieren un impacto positivo por parte del entorno y un 10 % obtuvo ausencia del indicador (ver figura 36).

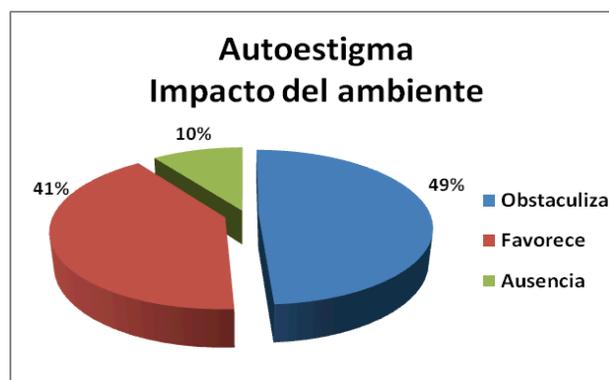


Figura 36. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en impacto del ambiente.

La figura 37, correspondiente al grupo de *alcohol*, muestra que las respuestas proporcionadas acerca del impacto que tiene el ambiente sobre el desenvolvimiento del héroe, tienden hacia la percepción de obstáculos o barreras externas en un 58 % de los casos, mientras que solo un 37 % de ellos lo perciben de manera positiva o favorecedora, quedando solo un 5 % de este grupo sin definir su impacto.

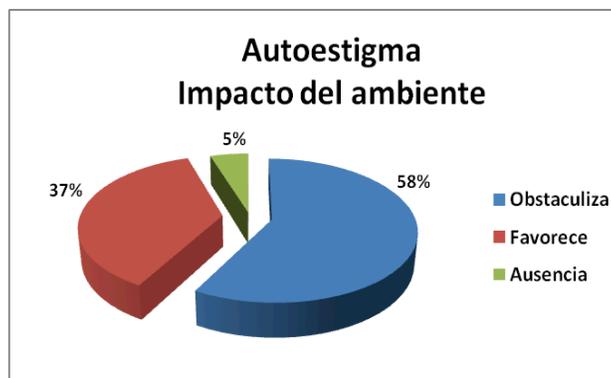


Figura 37. Proporción de sujetos de alcohol en impacto del ambiente.

En cuanto a la percepción del ambiente, correspondiente a la figura 38, el 82 % de las historias relatadas por los sujetos de ilícitas no permiten distinguir entre los indicadores de aceptación y rechazo percibido por parte del ambiente, mientras que un 12 % de las respuestas mostraron conductas de rechazo hacia el héroe y el 6 % restante fue atribuido a los escenarios de aceptación por parte del otro, lo que evidencia una tendencia negativa en la forma como el héroe se percibe respecto al entorno.

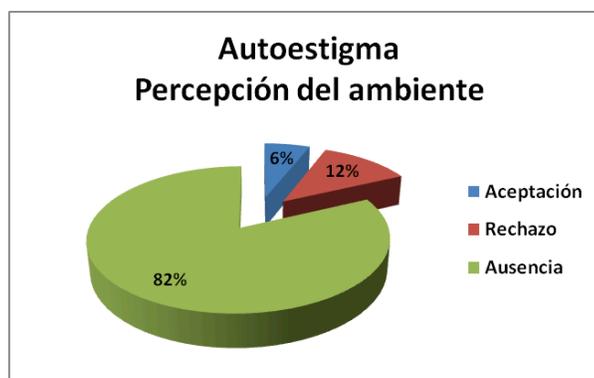


Figura 38. Proporción de sujetos de sustancias ilícitas en percepción del ambiente.

La figura 39, muestra un predominio de ausencia respecto a los indicadores de aceptación y rechazo, en un 79 % de las respuestas, se observa también que un 14 % de las situaciones planteadas en las historias se inclinan hacia el rechazo del héroe por parte de los otros, mientras que solo un 7 % de ellos se siente aceptado.

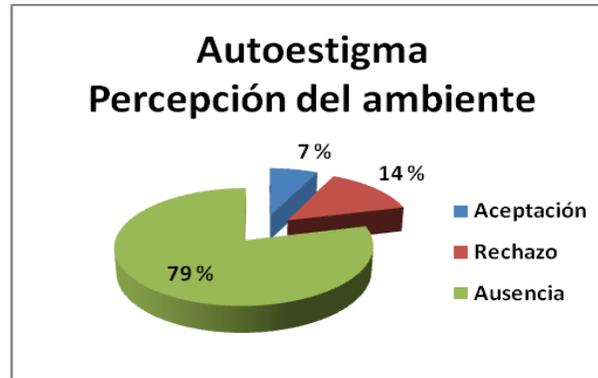


Figura 39. Proporción de sujetos de alcohol en percepción del ambiente.

c) Presiones sociales.

En relación a los valores encontrados en la tabla 6, correspondiente a los fenómenos sociales asociados a presiones del entorno, se observa un predominio de catexias negativas en ambos grupos, referidas a la percepción negativa del héroe ante las demandas externas; mientras que, en menor frecuencia, tienen lugar las catexias positivas del mismo indicador, en la que hubo un reconocimiento favorable de las presiones sociales por parte del héroe principal en las narraciones.

Tabla 6. Frecuencias de respuestas de los sujetos por grupos respecto a las presiones sociales.

Tipo de sustancias	Presiones sociales	
	Catexia +	Catexia -
Ilícitas	4	21
Alcohol	11	22

VI. DISCUSIÓN

La muestra seleccionada estuvo conformada por 20 sujetos entre los 18 y 55 años de edad; como datos relevantes se encontró que el 45 % de ellos finalizó los estudios secundarios y el 81 % reportó haber participado en actividades delictivas.

El autoconcepto personal de la emoción para el total de sujetos, se caracterizó por un elevado porcentaje (52 %) de afectos disfóricos como: tristeza, depresión, ira, molestia, decepción y miedo, los cuales fueron descritos a lo largo de las historias en escenarios conflictivos.

Al dividir los grupos de acuerdo al tipo de droga, sustancias ilícitas y alcohol, los porcentajes obtenidos (54 % el primero y 50 % el segundo) fueron similares al de la muestra general, indicando que las características encontradas en ambos se inclinan hacia la existencia de un componente depresivo; estos hallazgos, aunque no cumplen con los criterios necesarios para establecer un diagnóstico de trastorno afectivo, advierten acerca de un malestar experimentado por los individuos, posiblemente relacionado a contrariedades y situaciones traumáticas vividas.

Varias investigaciones sobre drogodependencia coinciden en que la sobreprotección y dependencia afectiva, los síntomas de ansiedad o depresión, la ausencia de la figura paterna, la escasa tolerancia a la frustración, el menosprecio de sí mismo y las dificultades para establecer o mantener relaciones personales durante las primeras etapas de vida, pueden generar secuelas en la estabilidad y equilibrio emocional del sujeto en la adultez (Díaz, Braña, Sanabria y Varela, 2002; Mendoza, Carrasco y Sánchez, 2003, c. p. Esnaola, 2006; Cova, 2009; Gómez, 2009); tomando en cuenta esto, podría suponerse que conflictos familiares actuales, pérdida de empleo o de inmuebles, deudas y compromisos legales por algún delito, referidos por los participantes en la entrevista, también tienen un impacto directo en sus experiencias.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 2 (paciente del grupo de sustancias ilícitas):
“ella tiene la mirada melancólica, triste, de vacío... dirige su mirada hacia el horizonte, no

sabe qué hacer... quiere ir al colegio a aprender, pero los chamos se meten con ella (...) Quiere contarle a sus papás, pero está en duda”.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 3 (paciente del grupo de alcohol): “está llorando, está triste, solo, malhumorado, está así por falta de cariño (...) sería buscarle una institución como esta para quitarle esta soledad... tristeza, está como aislado de este mundo, se tiró al abandono, uno cuando está así, se encierra... no le hace caso a la gente, es lo más triste, la soledad es lo más feo”.

Otro factor que también podría explicar la alta frecuencia de sentimientos displacenteros es el estado de abstinencia actual de los sujetos, presumiendo que la ausencia del objeto tóxico en el organismo brinda una condición de sobriedad, la cual los obliga a afrontar aquellos conflictos negados o evadidos durante la fase de consumo. Este argumento es corroborado por Isella (2002), quien en una investigación sobre el tratamiento de las adicciones, encontró que el alcohol y las sustancias ilícitas cumplen una función de soporte indispensable para el individuo que le permite sobrellevar las dificultades y el sufrimiento.

Por su parte, en el autoconcepto personal de la honradez, la proporción de ausencia para la categoría culpabilidad fue de un 79 % en la muestra total y la obtenida para autonomía asocial fue de un 50 %. Estos hallazgos podrían aludir a la existencia de ciertas limitaciones ético-morales en los adictos para desarrollar comportamientos socialmente aceptados.

En cuanto al grupo de sustancias ilícitas, la ausencia en el indicador culpabilidad fue de un 82 % y en autonomía asocial fue de un 46 %; mientras que, para el grupo de alcohol, la ausencia fue del 76 % y 53 %, respectivamente, los cuales coinciden con los observados en la muestra general.

Estas semejanzas entre los resultados, parecieran estar apuntando a que dichas limitaciones están asociadas al mecanismo primitivo de negación, lo cual explicaría la falta de reconocimiento a situaciones de índole moral, dada la complejidad que poseen estos individuos para someterse a un proceso de reflexión y autocrítica. En consonancia a este

planteamiento, la investigación de Alvarado (s. f.) sobre el *sistema delusional de la adicción*, refiere que los consumidores tienden a emplear esta defensa para separarse de la realidad y omitir las consecuencias de sus actos, lo cual reduce su ansiedad y lo llevan a proteger y mantener su sistema adictivo.

Con base en esto, podría suponerse de la existencia de sentimientos de culpa en los adictos, pero la incapacidad de afrontar experiencias afectivas de este tipo y sus dificultades para tomar conciencia sobre sus hechos, imposibilitan la ejecución de acciones reparadoras, siendo la negación su recurso para tolerar la ansiedad.

Esta evidencia puede relacionarse con lo expuesto por Klein (s. f., c. p. Clancy, 2010) en su clasificación de la posición depresiva pues, emociones como la ansiedad y la culpa deberían ser compensadas con actos que reviertan la transgresión; no obstante, cuando el sujeto no tiene una buena integración del yo y esta culpa le resulta insostenible, suele recurrir a defensas maníacas como la *negación*, disociación, idealización y control omnipotente, para evitarla.

Varios autores coinciden en que esta falta de reconocimiento de conductas desajustadas, también se debe a características egocentristas y a las pocas facultades cognitivas y emocionales que tienen los adictos para ser empáticos y sentir compasión por los demás, dada su carencia para asumir responsabilidades, lo cual puede impedir que se dé un establecimiento positivo, maduro y solidario en sus relaciones con los otros (Cova, 2009; Rifkin, 2010; Gutiérrez, Escartí y Pascual, 2011).

Ahora bien, Muñoz y cols., (2002) y Cava y cols. (2008) al explorar la conducta antisocial en drogodependientes, encontraron que existe un vínculo estrecho entre las dos variables, considerando que las vivencias negativas que tuvo el individuo con el núcleo cercano, tienden a ser un factor que predispone a la adicción de sustancias y al desarrollo de conductas desadaptativas; mediante esto, se destaca el enlace entre los porcentajes de ausencia de las categorías (culpa y autonomía asocial) y los datos recabados de los participantes en la entrevista, ya que la mayoría de ellos expresó haber sido víctimas de violencia intrafamiliar,

desatención por parte de los padres, abandono de la figura paterna o antecedentes familiares de adicción, los cuales, según su reporte, fueron eventos que los condujeron al consumo de drogas y a efectuar actos delictivos (ver tabla 4).

Una baja proporción de sujetos del total tuvo un 28 % en ajuste social, valor semejante al observado en los grupos (31 % sustancias ilícitas y 24 % alcohol); en relación al desajuste social, la muestra general obtuvo un 22 % y ambos los grupos un 23 % cada uno. Esto permite inferir que una pequeña cantidad de participantes tienden a mostrarse adaptados a las normativas por una condición de deseabilidad social.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 18 (paciente del grupo de alcohol): “asesinó a esa mujer, él no quiso hacerlo, fue en un ataque de ira por una discusión (...) Se entregó a la policía, no aguantó el peso en la conciencia y se arrepiente porque ahora va a la cárcel por matar a la mujer (...) cumplirá su condena y cuando salga, será un mejor hombre”.

Por otra parte, para la muestra general, las subcategorías aceptación y reducción de la culpa, alusivas al reconocimiento del daño cometido, fueron significativamente bajas (13 % y 6 %, respectivamente); del mismo modo, en evitación de la culpa, relacionada a la incapacidad de experimentar algún tipo de malestar, aun cuando se reconoce la falta, la proporción fue de un 2 %, siendo valores no concluyentes para el estudio.

En cuanto al autoconcepto personal de la autonomía, se encontró que el 57 % de los participantes del estudio poseen una tendencia marcada hacia la dependencia. En las proporciones obtenidas por grupo, se observó que los sujetos de sustancias ilícitas tuvieron un 64 % y los sujetos de alcohol un 46 % en la misma categoría, lo que denota la noción de incapacidad que tienen estos individuos para establecer y ejecutar soluciones según su propio criterio, delegando en otros sus responsabilidades, bien sea un Dios, las figuras de contención o familiares, para sobrellevar los conflictos, actitudes que corresponden al locus de control externo, como menciona Cova (2002) en su caracterización del perfil del adicto.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 8 (paciente del grupo de alcohol): “está llorando, esta triste, solo, malhumorado, esta así por falta de cariño (...) sería buscarle una institución como esta para quitarle esta soledad, tristeza, está como aislado de este mundo, se tiró al abandono, uno cuando está así se encierra, no le hace caso a la gente, es lo más triste, la soledad es lo más feo”.

Dados sus escasos recursos para tomar medidas efectivas ante la resolución de conflictos, se hipotetiza que la institución y las figuras de conciencia (AA) cumplen una función de soporte en el proceso terapéutico del adicto; además, su labor dentro del marco normativo es proporcionar las herramientas necesarias que le permitan identificar las circunstancias de riesgo ante la vulnerabilidad de una recaída, así como orientar en cuanto a la adquisición de capacidades que faciliten su adaptación a las nuevas y diversas experiencias. Cova (2009), afirma que los drogodependientes poseen debilidades para autocontrolarse y eso los hace experimentar sensaciones de inseguridad; su personalidad inmadura no le permite contar con las habilidades para manejar las situaciones que requieren de un mayor compromiso y demanda, viéndose en la necesidad de recurrir a otros como apoyo.

En este sentido, la necesidad de contar con dichas figuras tal vez sea producto de una sustitución de la droga, es decir, psíquicamente, los individuos dirigen su dependencia al tóxico hacia personas que hoy cumplen el rol de sostén y control para articularse en las tareas complejas, lo que deja de manifiesto la imposibilidad que tienen los adictos para ser autónomos en su desempeño general. Abadi (2001) y Santín (2006) mencionan en sus artículos que el adicto procura continuar y mantener su dependencia hacia el objeto pues, al ser producto de un dolor subyacente, la función de estos es de satisfacer la necesidad o carencia inconsciente que tiene el individuo y por ello, pueden ser reemplazados al pasar su fijación de un elemento a otro cuando el anterior no cubre la falta.

Ejemplo. Vbpcte: “yo me siento muy feliz de mantenerme en mis grupos para mantenerme en abstinencia y de ya no meterme en problemas... Doy gracias a Dios porque me da la fuerza para seguir adelante con mi tratamiento... que ustedes se mantengan con nosotros nos sirve de apoyo”.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 8 (paciente de sustancias ilícitas): “el muchacho le dijo al papá que dejó a una muchacha embarazada... él tenía miedo porque no sabía qué hacer, ni cómo le iba a decir al papá (...) Cuando le dijo, se esperaba un regaño fuerte, pero no fue así... el papá le dijo: ¡qué vaina te echaste, carajito! Y le dijo que tendría que dejar la escuela y ponerse a trabajar... que llamaría a su tío para que le diera un trabajo en la empresa... y el muchacho aceptó”.

Respecto a la proporción obtenida en toma de decisiones, la muestra total de sujetos presenta una prevalencia del 46 %, similar a los valores de los grupos de sustancias ilícitas con un 41 % y de alcohol con 50 %. Este hallazgo, parece indicar que la mitad de los participantes poseen una estimación de sus capacidades que es superior a las reales; la idealización de estas establece una creencia errónea sobre la efectividad de sus recursos para afrontar situaciones complejas, siendo una elaboración que, a pesar de arrojar conclusiones favorables, se caracterizaban por ser fáciles, sencillas, con poca lógica y adecuación al suceso.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 2 (paciente de alcohol): “esta muchacha viene del colegio... la madre está embarazada y el papá era un obrero, pero lo despidieron esa tarde... Entonces ella estudió derecho, aprobó sus materias y se graduó, logrando sacar a su familia adelante y se mudaron del rancho a una casita mejor... y ya”.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 1 (paciente de sustancias ilícitas): “el niño quería tocar el violín, pero no sabía de música... cuando lo intentaba, se equivocaba... le pidió a sus padres que le consiguieran una profesora... y ella lo ayudó (...) él fue aprendiendo... y luego la profesora lo recomendó para una sinfónica y todos junto con el niño se sintieron orgullosos de su logro”.

En relación al autoconcepto personal de la autorrealización, la muestra total obtuvo un 46 % de ausencia en la categoría realización-deseo de realización y las proporciones de los grupos, coincidieron con un 42 % cada uno, lo que permite inferir que la mayoría de los sujetos carecen de interés en el establecimiento de metas y aspiraciones.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 16 (paciente del grupo de sustancias ilícitas): “no me dice nada... mi mente estuvo en blanco por mucho tiempo... aquí no se ve nada, nada de futuro, nada de pasado, ni presente”.

Así pues, como sustentan López Salgado y cols. (1994), en sus hallazgos sobre autoconfianza y autoeficacia, esta población presenta limitaciones en cuanto a recursos cognitivos y sociales para su desempeño independiente, siendo esto congruente con los resultados obtenidos para la dimensión autonomía, lo que genera dificultades respecto a su adaptación a las circunstancias.

Los niveles de ausencia en la categoría conocimiento, tanto para la muestra total (76%) como para los grupos (66 % sustancias ilícitas y 84 % alcohol), apuntan a que la mayoría de los participantes no poseen incentivos para adquirir o emplear recursos que contribuyan al logro de objetivos, especialmente los alcohólicos.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 14 (paciente del grupo de alcohol): “es como una persona encerrada, está pasando un mal momento, está en la oscuridad, mira por la ventana pidiendo a Dios... El final feliz le va a llegar, el ora y se siente tranquilo, dejó todo en manos de Dios”.

Aunado a lo anterior, la ponderación en fantasía de la muestra total de sujetos (43 %) y del grupo de sustancias ilícitas (58 %), indican la tendencia a darle una resolución mágica a los conflictos, explicándose así el motivo de los escasos esfuerzos para adquirir y emplear herramientas que permitan la ejecución exitosa de acciones en el alcance de metas; en otras palabras, estos participantes no realizan una elaboración coherente de las situaciones, sino que omiten el procesamiento lógico de estas y logran, imaginariamente, satisfacer sus propósitos.

Asimismo, al comparar los porcentajes de fantasía con los de deseo de realización (34%) de los sujetos de sustancias ilícitas, se observa la incongruencia entre sus ideales para alcanzar las metas y las capacidades que poseen para planificar y concretar el logro. Dichos hallazgos pueden estar asociados a la sobreestimación de sus recursos, dada la dificultad para

reconocer el límite de sus habilidades que, junto a la percepción demandante, exigente y evaluadora del entorno, le generan sentimientos de frustración.

Kernberg (2005), en su publicación sobre *agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*, argumentó que las sobrevaloraciones que el individuo posee, creadas en la interrelación familiar y social desde la infancia, son las responsables de las nociones sobreestimadas de valía, afianzando conductas narcisistas que, al enfrentarse al mundo externo, resultan insostenibles.

Estos planteamientos que destacan las limitaciones de los adictos, hacen necesario que el aprendizaje y el reconocimiento de sus habilidades sean procesos fundamentales en la organización de planes que favorezcan su calidad de vida y faciliten su interacción y adaptación al entorno (Cattan, 2005; Gómez, 2009); si esto no ocurre, las presiones sociales impactarán constantemente en sus relaciones interpersonales pues, no serán capaces de satisfacer la demanda externa, hecho que explicaría la tendencia a crear escenarios conflictivos en los relatos dado el malestar interno.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 8 (paciente de sustancias ilícitas): “son madre e hijo, están discutiendo... él quiere irse de la casa y ella no quiere... ella le dice que cómo hará para mantenerse si no estudió... pero es ella que no lo deja crecer... le da la espalda, se molesta más y no quiere hablar... él no sabe cómo hacer para arreglar las cosas con ella, se siente triste y molesto a la vez”.

Referente al grupo de alcohol, resaltan los porcentajes de ausencia para el nivel conductual (50 %) que coinciden con la carencia de respuestas de realización (42 %) y satisfacción de las necesidades (41 %), lo que implica que un número considerable de sujetos parecieran no tener iniciativa para llevar a cabo sus metas; es decir, no se plantean un propósito ni actúan en pro de lograr sus objetivos. Esto puede ser interpretado como escasa motivación al logro y bajos niveles de participación en la búsqueda y alcance de estos fines (21 % para el nivel conductual motor).

Por su parte, en la variable autoestigma, definida como la internalización de los prejuicios, y estereotipos desacreditadores (Arnaiz y Uriarte, 2006), se encontró un escaso porcentaje de sentimientos de humillación, vergüenza e inferioridad, tanto para la muestra total como para ambos grupos, lo cual puede apuntar a que la mayoría de los sujetos no se describen como inferiores, ni degradados por las presiones sociales; sin embargo, no se descarta que los resultados sean producto de la negación de experiencias dolorosas o desagradables, por lo que en la prueba muestran indiferencia ante el estigma, siendo esta, según Arnaiz y Uriarte (2006), una de las alternativas de respuestas ante el fenómeno, condición que le brinda la oportunidad de evadir el malestar causado por el juicio de los otros.

A su vez, los valores reducidos también pueden corresponder al escaso nivel predictivo de las láminas asignadas para evaluar dicho contenido; es decir, del total de láminas estimadas para la exploración de la variable (3, 13, 14 y 18), demostraron elementos de humillación, vergüenza e inferioridad; mientras que en las restantes (1, 6, 7, 9, 10, 11), no se logró discriminar con precisión estas características.

Por otro lado, la muestra total obtuvo porcentajes considerables en barreras exteriores (53 %) e interiores (33 %), lo que refiere una limitación significativa en el desempeño de los sujetos al sentirse obstaculizados por el entorno y por sí mismos. En algunos casos, dichas barreras responden a actos propiamente recriminatorios que conducen a un estado de autocompasión y autorreproche, producto de la necesidad de ser aceptado.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 3 (paciente del grupo de alcohol): “es una muchacha alta, cabello corto y rostro de princesa, bien arreglada... tenía la posibilidad de ser actriz o modelo, pero lo que la frenaba era su padre, quien le daba mucha violencia a la madre... Ella salía a diario con sus metas pero al llegar a la casa se derrumban sus ilusiones por el maltrato de su padre, no tenía apoyo de ellos, se sentía frustrada, con rabia y desganada”.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 6 (paciente del grupo de alcohol): “veo a mi papá y a mi abuela que están dialogando porque él quiere hacer una caminería para ella y

no cuenta con el apoyo de sus hermanos... a él no le escuchan... está triste porque estaba acostumbrado a cumplir sus metas y molesto porque no se le dio lo que quería y no tuvo apoyo de sus hermanos...”.

Los sujetos del grupo de alcohol, muestran un 40 % de barreras interiores y un 58 % de exteriores, proporciones ubicadas ligeramente por encima de las observadas en la muestra general. Dichos indicadores se vinculan a la sensación de incapacidad experimentada a causa de un tercero que impide su desenvolvimiento, siendo este un argumento para evadir responsabilidades, lo que pudo corroborarse también mediante las entrevistas, cuando afirmaban sentirse limitados por su condición de adictos y por otros dentro del campo laboral

Así, lo antes expuesto trae a colación el impacto del estigma en el campo laboral que, más allá de ser una realidad en Venezuela (Runte, 2005), parece afectar de forma importante a los participantes de este estudio, partiendo de lo manifestado en la entrevista; por ende, tal relevancia quizá no se trate exclusivamente de la imposición de prejuicios y etiquetas descalificadoras desde los otros, sino de una concientización o internalización de dichos atributos negativos, generalmente alusivos a sus capacidades para mantenerse en abstinencia y adaptarse al ámbito laboral.

En cuanto a las barreras internas y externas para el grupo de sustancias ilícitas, se encontró un 26 % y un 49 % respectivamente, lo cual demuestra que casi la mitad de la muestra percibe al ambiente como obstaculizante; sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos en las dimensiones autonomía y autorrealización del autoconcepto, esta percepción del entorno pareciera responder a una proyección de su incapacidad y sus dificultades para adaptarse, la cual deposita en el otro como recurso para manejar lo que le resulta intolerante.

Igualmente, el porcentaje de los alcohólicos en dichas dimensiones (autonomía y autorrealización), también podrían ser explicados por este planteamiento, dado que los valores obtenidos son similares al grupo de sustancias ilícitas, tanto en las dimensiones del autoconcepto como en barreras externas (58 %) e internas (40 %), siendo incluso mayores los niveles de esta última. Según Muñoz y cols. (2009), esto puede ocurrir debido a que no se

consideran capaces de mantener un hogar, relaciones con la familia prósperas y un trabajo estable.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 14 (paciente del grupo de ilícitas): “veo oscuridad... no hay sentimiento... está en un mundo oscuro... bueno, no, está triste, abandonado, quiere atravesar la ventana para llegar a la luz, pero necesita una ayuda que no tiene (...) Este hombre necesita ayuda”.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 11 (paciente del grupo de ilícitas): “aquí hay una montaña, es un camino de piedras, hay barrancos, va a ser difícil para el que lo tenga que cruzar... Bueno, aquí iría un hombre, va a buscar un tesoro (vb: “no se ve, pero me lo imagino”)... está intentando cruzar, pero le es difícil, busca la manera en los caminos, pero como que se pierde... siente miedo (...) encontrará la salida de alguna forma, pero no puede pedir indicaciones porque no hay más nadie (vb: esto se parece a lo que tuve que pasar con esta enfermedad, un camino con muchas piedras)”.

Es preciso resaltar que la diferencia existente entre los porcentajes de ambos grupos en la categoría barreras interiores, tal vez pueda ser atribuida al tipo de tratamiento que reciben algunos participantes del grupo de alcohol, puesto que Alcohólicos Anónimos es una asociación cimentada en los principios religiosos y espirituales puede tener un efecto en los sujetos, haciéndolos más estrictos y críticos consigo mismos en el reconocimiento de errores para evitar el fracaso.

Otro aspecto que permite explicar los valores de las barreras interiores es el carácter legal que tiene el alcohol, ya que, al ser una droga socialmente aceptada, conlleva a que el consumidor se exponga a situaciones comprometedoras, haciéndolo vulnerable ante los juicios severos de los otros (vb: “yo era el payasito de la cuadra, me decían el borrachito que hacía siempre el ridículo”); mientras que, la marihuana, cocaína y heroína, catalogadas como ilegales, generalmente son usadas en la clandestinidad y, por ende, el individuo suele no exponerse. Saiz (2008) en su estudio con consumidores de cocaína, concluyó que estas

personas se sentían protegidas de los juicios sociales y eso se debía a que se recreaban en contextos privados.

Asimismo, Gómez (2009) sustenta que estos autorreproches frecuentemente se presentan cuando la enfermedad es de conocimiento público, causando retraimiento y evitación social, que repercute en la calidad de vida del individuo; y López y cols. (2005) afirman que todo aquel que padece de esta patología, indistintamente de la sustancia, suelen definirse mediante un conjunto de características asociadas a sensaciones de incapacidad y minusvalía, las cuales generan un impacto importante en su autoeficacia y autoconfianza.

Lo expuesto por estos autores, coincide con lo manifestado por los pacientes durante la entrevista, en la que aluden a la sensación de debilidad, falta de voluntad e incapacidad, producto de prejuicios desacreditadores respecto a su capacidad para mantenerse abstinentes y dejan evidencia de la dinámica estigma-autoestigma expuesta por Corrigan (2009) acerca de la concientización del prejuicio y la internalización de las etiquetas estigmatizantes atribuidas al adicto.

De este modo, los considerables porcentajes de obstaculización llevan a cuestionar la posición que asumen estos sujetos frente a los problemas pues, se plantea que tales muestras de vulnerabilidad apuntan hacia la victimización, en la que responsabilizan al entorno por los juicios y rechazos sobre sus acciones y/o enfermedad.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 3 (paciente del grupo de ilícitas): “Bruce Lee le buscó pelea a Chuck Norris, él quería demostrar que era el mejor... le tenía rabia y quería hacer correr su sangre... Chuck venció a Bruce y todo el mundo lo abucheó y ya nadie creía en él (...) Se fue deprimido y se quitó la vida con una pistola”.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 3 (paciente del grupo de alcohol): “cuando alguien llega a esos extremos es porque está totalmente en la calle, lo abandonan, esta como liquidado, fuera de la sociedad, la familia lo abandona, está solo.... Uno llega a sentirse así, rechazado...”.

La ausencia de respuestas para el indicador aceptación-rechazo (82 % para el grupo de ilícitas y 79 % para el grupo de alcohol), hace evidente sus intentos por eludir las interacciones con los otros, situación que puede estar ligada a la sensación de incapacidad y de exclusión que experimenta el sujeto frente al estigmatizador, viéndose en la necesidad de evadir el malestar que le genera el establecer un vínculo con el entorno.

Respecto al total de sujetos, un reducido número (19 %) mostró interés respecto a cómo son apreciados por el ambiente; de este porcentaje, un 6 % correspondió a aceptación y un 13 % a rechazo. Este último duplica notoriamente su proporción de aceptación, lo cual indica que los individuos suelen percibir mayor desaprobación por parte de aquellos que los rodean.

Cabe acotar que dicho comportamiento es similar tanto para el grupo de drogas ilícitas como para el de alcohol, con una proporción de aceptación en 6 % para el primero y 7 % para el segundo, mientras que la noción de rechazo se encuentra en 12 % y 14 %, respectivamente; por lo tanto, solo un escaso porcentaje de participantes muestra cierto interés acerca del lugar que asume frente al otro, aunque predominen los escenarios conflictivos con experiencias de rechazo.

En lo relativo a los estereotipos y prejuicios, los sujetos señalan en la entrevista que los demás los etiquetan como vb: “inútil, borrachos, malolientes”; “loco, vago, piedrómano”; “sinvergüenza, drogadicto”; “nos ven como violadores, delincuentes, escorias que no merecen vivir en la sociedad”; estas etiquetas son internalizadas a partir de la concientización del prejuicio, pasando por el acuerdo y la aceptación del mismo.

En tal sentido, tanto el Test de Apercepción Temática como los discursos del paciente durante la entrevista, reflejan la percepción autoestigmatizada de sí mismos que, en muchos casos, suele ser depositada en otro, valiéndose de la proyección y asumiendo la postura de víctima ante las circunstancias.

Sin embargo, no todos los sujetos experimentan el estigma de la misma manera, esto se debe a que, tal como afirmaron Arnaiz y Uriarte (2006) y Magallares (2011) la actitud de los pacientes en relación a las percepciones negativas externas, varía de acuerdo a su disposición, dado que, mientras algunos se recrean en la frustración, en los sentimientos de inferioridad y en los de incapacidad vb: “es una marca, una huella que te queda para siempre y que no se va a menos que te mudes de ahí”; otros, aunque en una minoría, se enfrentan a los cambios, aceptando las limitaciones y optando por comportamientos optimistas, para alcanzar su desarrollo pleno, a pesar de la legitimación implantada sobre el adicto.

En síntesis, el instrumento permite en cierta medida indagar respecto a las variables, pero no logra discriminar con precisión algunos elementos característicos del autoestigma en la muestra seleccionada. Algunas láminas, como la 3, 13, 14 y 18, proporcionaron información alusiva tanto al fenómeno del autoestigma como a la percepción de sí mismos, siendo frecuentes las descripciones de escenarios depresivos y conflictivos, ansiedades, castigos y estados internos negativos, los cuales eran significativos para la categorización en los indicadores en ambas variables.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 18 (paciente del grupo de ilícitas): “(...) se fue a beber porque a lo mejor tuvo un problema familiar y entonces se pasó de aguardiente no podía ni pararse... entonces lo fueron a buscar para llevarlo a su casa... Al final el se despertaría al otro día y le daría vergüenza, porque suponga que la hija fue la que lo fue a buscar o el hijo y le dio vergüenza de que lo vieran así en ese tipo de ebriedad, la hija o el hijo le dijo de todo porque cada vez que agarra una rabia hace lo mismo, le dijo borracho, que estaba mal, que tenía problemas, que no parecía gente”.

Ejemplo: fragmento de la historia. Lámina 3 (paciente del grupo de alcohol): “ahí yo veo una gente de la calle porque tiene problemas con el alcohol, con la adicción, no sé... entonces tendría problemas con las drogas y lo agarró la calle, se fue a la calle pues, porque ya la familia no lo quería y se abandonó él mismo y no puso de su parte y bue... lo agarraron los problemas, se deprimió y terminó en la calle... Bueno, ellos deberían conseguir a alguien que lo ayude a levantarse de ahí, de esos malos vicios, dejarlos porque

se puede, el que quiere puede... y al final, él no puso de su parte para salir de esa oscuridad y fue...”.

Finalmente, el Test de Apercepción Temática ofrece una aproximación de las características del autoconcepto personal en pacientes con este trastorno y permite explorar, en cierta medida, la presencia de rasgos autoestigmatizantes. Los hallazgos generales, apuntan hacia la prevalencia de sentimientos disfóricos, la incapacidad para asumir normas y escasos recursos, así como al poco incentivo para el logro de objetivos, dejando en evidencia un estilo de funcionamiento dependiente, basado en ideas fantasiosas que imposibilitan la resolución exitosa de conflictos.

Se presume que esta carencia de recursos para el desempeño autónomo del sujeto, puede estar generando frustración y conflictos en sus relaciones interpersonales, puesto que, a pesar de no mostrar empatía hacia los otros, la deseabilidad social y la necesidad de alcanzar las expectativas del entorno aparecen como elementos importantes conjugados en la manifestación de este malestar.

Es así como se comprueba el impacto que tiene el ambiente sobre la experiencia emocional, la motivación al logro, el reconocimiento de las capacidades y limitaciones de los individuos que, en el caso de los resultados, es percibido como crítico, desaprobador y obstaculizante; por tanto, la posición de víctima que asume el sujeto hará que cada nueva experiencia sea interpretada a partir de su comparación con el sistema, el cual es percibido como estigmatizante.

En este sentido, la postura que tome la sociedad puede favorecer o transformarse en un obstáculo para el tratamiento del sujeto, dado que, los atributos desacreditadores internalizados, constituirán en el drogodependiente una noción de sí mismo que conlleva a un detrimento en el autoconcepto y un deterioro en otras áreas de funcionamiento del sujeto.

Muñoz y cols. (2009), indicaron que aquellas personas que asumieron el rol de drogodependiente mostraban un autoestigma marcado al autoperibirse como incapaces de

reconocer sus habilidades y llevar a cabo funciones o tareas cotidianas, impactando negativamente sobre su nivel volitivo; de esta manera, el autoestigma impacta en el nivel de desempeño psicosocial y ocupacional del sujeto, al tener un efecto sobre diversos aspectos de su vida que comprometen directamente su autoestima y conducen al retraimiento social.

En consecuencia, es preciso reconocer que tanto el autoconcepto personal como el autoestigma son entendidos como un conjunto de percepciones o cogniciones que requieren de un proceso de análisis y autoconocimiento por parte de la persona; la adquisición de estas nociones funcionará como base para su identificación con los estereotipos o prejuicios establecidos y, por tanto, influirán en las actitudes dirigidas hacia sí mismo y en su desenvolvimiento social.

VII. CONCLUSIONES

Con base en los objetivos propuestos se encontró que el autoconcepto personal de la muestra total de sujetos se caracterizó por:

- La prevalencia de sentimientos disfóricos como tristeza, depresión, miedo e ira, lo cual supone un impacto negativo en sus relaciones interpersonales.
- La predominante falta de reconocimiento o negación sobre ideas o acciones desajustadas de la norma que remitan a experimentar culpa.
- Rasgos dependientes marcados y una tendencia a idealizar capacidades que no corresponden a sus recursos reales para la toma de decisiones efectivas en situaciones de complejas.
- Escasos incentivos para la consecución de metas vinculados a sus pocos esfuerzos para plantear y efectuar acciones en pro del alcance de las mismas. Se destaca el predominio de pensamientos mágicos, dada la carencia de recursos cognitivos que impiden un procedimiento adecuado para la satisfacción de sus necesidades.

En cuanto a la presencia de características autoestigmatizantes en la muestra total, se encontró que:

- Los escasos valores obtenidos en procesos internos como humillación, sentimientos de inferioridad, vergüenza, culpa, autocrítica y pérdida del respeto, así como su percepción sobre el entorno, permiten afirmar que una proporción reducida de la muestra presentan rasgos autoestigmatizantes.
- Se evidenciaron barreras interiores y una noción obstaculizante respecto al ambiente en, al menos, la mitad de la muestra, por lo que se presume de ciertas dificultades para su adaptación al medio, ya que percibe al entorno como limitante para su desempeño.
- El reconocimiento de atributos o características desacreditadoras en torno a la drogodependencia, estuvo manifiesto en el discurso de los sujetos durante la entrevista, pero dichos elementos no se observan de forma significativa a través del instrumento.

Respecto a los grupos conformados por sustancias ilícitas y alcohol, se encontraron hallazgos semejantes en las variables de autoconcepto personal y el autoestigma respecto a la muestra total; sin embargo, un punto destacable es que los sujetos del grupo de sustancias ilícitas mostraron mayores elementos de honradez que los de alcohol, lo cual resulta incongruente con los escasos porcentajes de sentimientos de culpa asociados a la dificultad para internalizar la norma social y al elevado porcentaje de experiencias delictivas, demostrando su necesidad de responder al entorno desde la deseabilidad social.

A partir de estas observaciones, se concluye que la influencia del entorno tiene un valor significativo en la constitución del autoconcepto; las apreciaciones y experiencias que tenga el sujeto a lo largo de su vida, marcarán la pauta sobre las nociones o ideas que conforme de sí mismo. Por ello, es evidente el vínculo que se establece entre ambos fenómenos pues, las características personales, en este caso de los drogodependientes, están sometidas a atribuciones, estereotipos y prejuicios sociales, que determinarán su funcionamiento y adaptación al entorno.

Finalmente, los valores obtenidos a través del Test de Apercepción Temática (Murray, 1934) en la exploración del autoconcepto personal de los adictos y la presencia de rasgos autoestigmatizantes, permitieron realizar una aproximación sobre la percepción que tienen sobre sí mismos y el modo de relacionarse con los otros; el carácter proyectivo de este instrumento, favorece el reconocimiento y la descripción de pensamientos, sentimientos y demás procesos que se desarrollan en la psique del sujeto; no obstante, cabe acotar que los resultados de esta investigación, al ser una adaptación basada en los supuestos del autoconcepto personal (Goñi, 2009) y del autoestigma (Arnaiz y Uriarte, 2006) no son determinantes, debido a que los fundamentos teóricos de esta prueba no fueron elaborados para medir, específicamente, las variables propuestas.

VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 Limitaciones.

- El escaso número de sujetos que conformó la muestra, el cual no es representativo para la generalización de resultados.
- El taxativo alcance de las investigaciones en el área del autoconcepto personal deja en evidencia que este proyecto brinda una aproximación inicial de exploración y descripción acerca del comportamiento de las variables en cuestión, permitiendo establecer hipótesis para futuras investigaciones que deseen continuar en la línea de estudio.
- La existencia de un vacío considerable en el bagaje cuantitativo, dada la escasez de información publicada y la baja confiabilidad de las escalas utilizadas.
- El uso del Test de Apercepción Temática, considerando que este instrumento no está diseñado para la exploración de las variables en cuestión.
- En cuanto a la variable sexo, se establecieron medidas de control de selección de la muestra por la poca afluencia de mujeres en las instituciones respectivas al estudio, condición que obligó a reducir la aplicación a solo hombres para evitar variables no controladas que pudieran afectar los resultados del mismo.

8.2 Recomendaciones.

- Se recomienda continuar la presente línea de investigación, a partir de los resultados obtenidos, aumentando el número de sujetos que conformarán la muestra.
- Se sugiere emplear una escala de autoconcepto personal y de percepción del estigma para realizar una comparación o contraste entre los datos que se obtengan y los resultados

arrojados en el Test de Apercepción Temática, a fin de corroborar o refutar la información obtenida.

- Se recomienda el uso del Test de Apercepción Temática en conjunto con otros instrumentos, incluyendo entrevistas a profundidad para explorar las variables del presente estudio con mayor detalle desde un estudio de casos.
- En cuanto a la exploración del autoconcepto, se sugiere establecer una comparación entre sexos para determinar si existen diferencias entre los grupos.
- Realizar estudios que incluyan el área social, académica y física del autoconcepto, con el fin de abordar de manera exhaustiva el funcionamiento del sujeto en sus distintos ambientes.
- Respecto a las sustancias, se sugiere realizar una comparación entre el tipo de sustancias ilegales en muestras homogéneas para cada grupo (tiempo de consumo, edad de inicio), con el fin de determinar si hay diferencias entre estos.
- Se recomienda explorar el impacto del estigma a partir del tipo de sustancia, dado que factores como la vía de administración, los efectos inmediatos en el organismo y las secuelas, son aspectos que influyen en la percepción y en la formación de los prejuicios.
- Estudiar el efecto del estigma en personas que han cometido actos delictivos, explorando con detalle el impacto de los prejuicios, los estereotipos y la discriminación de la conducta antisocial.
- Se sugiere evaluar el impacto de los trastornos de personalidad u otras patologías duales en la concepción de sí mismo y en la marca del estigma con sujetos que padecen un trastorno por consumo de sustancias.

REFERENCIAS

- Abadi, S. (2001). El origen temprano de las patologías adictivas. *Vitae: Academia Biomédica Digital*, 7, 1-7.
- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médicas – ANMAT. (2011) ¿Qué son los psicotrópicos y estupefacientes?
- Alcohólicos Anónimos (1983). *AA ¿Cómo trabaja el programa?* Caracas: Oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos de Venezuela.
- Alcoholics Anonymous World Services Inc. (AAWS). (s. f.). *Una breve guía a alcohólicos anónimos. Recuperación.* Caracas: Conferencia de Servicios Generales de AA de Venezuela.
- Alvarado, S. (s. f.). *Adicciones. Sistema delusional de la adicción.* México, D. F.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (5^a ed.). United State, Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Arce, R., Díaz, E. y Justo, A. (2003). Efectos del tratamiento de la dependencia a la heroína en la anomia, alienación y autoconcepto. *Adicciones*, 15 (3), 221-228.
- Arias, F., Barreiro, C., Becoña, E., Berdullas, J., Cortéz, M., Iraurgi, I., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A. y Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Arnaiz, A. y Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental [versión electrónica]. *Revista Norte de Salud Mental*, s/v (26), 49-59.
- Ávila, A. y Biezma, J. (1986). *Guía para la utilización del TAT en la evaluación psicológica y en la investigación.* Madrid, España: Facultad de Psicología, U.C.M.
- Barragán, A., González, V., Medina-Mora, E. y Ayala, E. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas de población mexicana. Un estudio piloto. *Salud Mental*, 28, 61-71.
- Barrera, I. (2012). *Relación entre la ausencia del padre y el autoconcepto en los hijos adolescentes varones* [trabajo de grado]. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.
- Baskin-Sommers, S. y Sommers, I. (2006). Methamphetamine use and violence among young adults. *Journal of Criminal Justice*, 34, 661-674.

- Bellak, L. (1985). *T.A.T., C.A.T y S.A.T. Uso clínico*. Manual Moderno, México.
- Braña, T., Díaz, O., Sanabria, M. y Varela, J. (2002). Relevancia para el tratamiento de la sintomatología depresiva de los pacientes adictos. *ADICCIONES*, 14 (1), 25-31.
- Brinkmann, H. (2002). *Test de Apercepción Temática. Antecedentes históricos y técnicas de aplicación* [versión digital]. Universidad de Concepción.
- Cafaro, L., Machín, P. y Maquiolo, P. (2007). *Exclusión social y discapacidad*. [Versión digital]. *World Psychiatry*, 5 (2), 1-13.
- Cajas, E. (2013). *Contribuciones del uso psicodinámico del Test de Apercepción Temática (TAT) en psicoterapia breve focalizada* [trabajo de grado]. Pontificia Universidad Católica de Ecuador.
- Calafat, A. y Becoña, E. (2005). ¿Se puede prevenir el consumo de heroína? *Revista Adicciones*, 17 (2), 299-320.
- Calderón, C. y Lora, M. (2010). Un Abordaje a la toxicomanía desde el psicoanálisis. *Ajayu*, 8 (1), 151-171.
- Cattan, A. (2005). *Estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales en pacientes adictos de una comunidad terapéutica*. *Salud y drogas*, 5 (1), 139-164.
- Caudevilla, F. (2010). *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo* [versión digital].
- Cava, M., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389-395.
- Cazalla-Luna, N. y Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 43-64.
- Cecchini, J. A., González, C., Carmona, A. M. y Contreras, O. (2004). Relaciones entre clima motivacional, la orientación de meta, la motivación intrínseca, la auto-confianza, la ansiedad y el estado de ánimo en jóvenes deportistas. *Psicothema*, 16 (1), 104 –109.
- Clancy, M. (2010). *Introducción a los conceptos de la teoría psicoanalítica de Melanie Klein*. Recuperado de http://www2.kennedy.edu.ar/departamentos/psicoanalisis/articulos/conceptos_teo.pdf.

- Comisión Clínica en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007). *Informe sobre alcohol*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>.
- Contreras, I., Luna, M^a. y Arrieta, R. (2008). Auto-concepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51 (6), pp. 239-242.
- Corrigan, P., Larson, J., Muñoz, M., Pérez, E. y Rüsck, N. (2009). Autoestigma y el efecto “por qué intentar”: repercusión en las metas en la vida y en las intervenciones basadas en la evidencia [versión electrónica]. *World Psychiatry*, 7 (2), 75-81.
- Cova, M. (2009). *Drogodependencias, conceptos básicos. El delincuente drogadicto. Intervención terapéutica con drogodependencias. Intervención en centros penitenciarios: Los G.A.D.* España.
- Darke, S. (2010). The toxicology of homicide offenders and victims: A review. *Drug and Alcohol Review*, 29 (2), 202-215.
- De La Rosa, J. y Díaz, R. (1991). Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23 (1), 15-34.
- Decker, K. y Ries, R. (1996). Diagnóstico diferencial y psicofarmacología de los trastornos duales. *RET, Revista de Toxicomanías*, 6, 8-18.
- Díaz, M. (2012). *Clínica de las adicciones: Una propuesta psicoanalítica*. GPAB, Bilbao.
- Díaz, N., Quiroga, E., Buadas, C. y Lobo, P. (2013). Construcción del autoconcepto en alumnos universitarios de ESP. *Revista de Lenguas Modernas*, (19), 259-270.
- Dovidio, J., Major, B. y Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. En T.F. Heatherton, R., Kleck, M., Hebl, R. & Hull, J. (s.f.). *The Social Psychology of stigma*. New York: Guilford Press, 1-28.
- Erikson, E. (1970). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé
- Esnaola, I. (2006). Autoconcepto y consumo de drogas legales en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 31 (1), 57-66.
- Esnaola, I., Goñi, A. y Madariaga, J. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de psicodidáctica*, 13, pp. 179-194.
- Fierro, A. (1990). *Desarrollo de la personalidad en la adolescencia*. Psicología Evolutiva, Madrid; Alianza.

- Fuentes, M., García, F., Gracia, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23, 7-12.
- Fundación de Atención Integral Juvenil (Fundainil). (2013, 1 de Junio). *Informe Estudio Nacional de Drogas en Población General-ENaDPOG*. Caracas, Venezuela: Linares.
- Fundación José Félix Ribas (Fundaribas). (2011). Recuperado el 19 de febrero de 2014, de <http://www.fundaribas.gob.ve/paginaweb/index.php/fundacion/articulos>.
- Garaigordobil, M., Durán, A. y Pérez J. (2005). Síntomas psicopatológicos problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años [versión electrónica]. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *Autoconcepto Forma 5. AF5*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Goffman, E. (1963). Estigma e identidad social. En *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1995). Estigma e identidad social. En *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, C. (2012). Estigma-autoestigma en el funcionamiento ocupacional: salud mental y drogodependencias. *Psicología.com*, 16.
- González, M., Leal, D., Segovia, C., Arancibia, V. (2012). Autoconcepto y talento: una relación que favorece el logro académico. *PSYKHE*, 21 (1), 37-53.
- González, O. (2005). Estructura multidimensional del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 10 (1), 121-130.
- Goñi, E. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad*. . Leioa Biscay, España: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Goñi, E. y Fernández, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 12 (2), 179-194.
- Goñi, E., Ruiz, S. y Goñi, A. (2007). Autoconcepto personal y satisfacción con la vida. *INFAD. Revista de Psicología. International Journal of the Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 187-198.
- Grisolia, E., Mantecón, N. Parodi-Herz, D. y Rodríguez, E. (2010). *Estudio sobre la autopercepción del estigma social y la autoestima en personas que forman parte del plan de servicios individualizado (PSI)*. Universidad Autónoma de Barcelona, España. Recuperado de

- http://www.etsantpau.com/mediapool/67/674939/data/ARTICULO_PSI_Grisolia_Manrecon_Parodi-Herz_y_Rodriguez_.pdf.
- Guillén, A. (2012). *La lucha contra el estigma en el trastorno mental*. Recuperado de http://incorporasalutmental.org/images/doc/D_CAS_ENT_DOCU_SUPO_0322_Lucha_Estigma_Trast_Mental.pdf.
- Heinz, A. (2011). Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12 (7), 400-413.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª ed.). México, D. F.: McGraw.Hill.
- Insulza, J. (2013). *El problema de las drogas en las Américas: Estudios. Drogas y salud pública*. Organización de los Estados Americanos (OEA).
- Isella, S. (2002). *Tratamiento en drogodependencias*. Madrid, España.
- Kernberg, O. (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. México: Manual Moderno.
- León, J., Fuentes, I. y Calvo, A. (2011). Ansiedad estado y autoconfianza precompetitive en gimnastas. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 7 (23), 76-91.
- Ley Orgánica de Drogas (2010, 05 de septiembre). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 37510 [Oficial].
- Link, B., Cullen, F., Frank, J. y Wozniak, J. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter [electronic version]. *American Journal of Sociology*, s/v (92), 1461-1500.
- Loo, I. (2003). La identidad como proceso biológico-psicosocial y su construcción en enfermería [versión electrónica]. *Rev Enferm*, 11 (1), 49-54.
- López, M., Torregrosa, M. y Roca, J. (2007). Características del “flow”, ansiedad y estado emocional, en relación con el rendimiento en deportistas de élite. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 7 (1), 25-44.
- López, P. (2010). *Discusiones acerca de la identidad personal ¿Fenómeno experimentado o construcción conversacional?* Chile: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- López-Salgado, B., López-Jiménez y López-Salgado, M. (1994). Estudio de la Autoconfianza en un grupo de mujeres adolescentes usuarias y o usuarias de drogas. *Salud Mental*, 17 (4), 31-37.

- López-Torrecillas, F., Bulas, M., León-Arroyo, R. y Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Revista Adicciones*, 17 (3), 241-249.
- Lorenzo, P., Ladero, M., Leza, J. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias*. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. (3ª ed). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, S. A.
- Lozano, M. (2004). Validación de un modelo de medida de la autoeficacia en la toma de decisiones de la carrera. *Revista de Investigación Educativa*, 24 (2), 423-442.
- Madrigales, C. (2012). *Autoconcepto en adolescentes de 14 a 18 años* [tesis de grado]. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango: Guatemala.
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social [versión electrónica], *Quaderns de Psicologia*, 13 (2), 7-17.
- Martínez-Lorca, M. y Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Revista Adicciones*, 15 (2), 145-158.
- Medici, S. y Saenz, I. (2010). *La relación afectiva y vincular de los adictos con la familia en la infancia y adolescencia* [Trabajo de grado]. Rosario, Argentina: Universidad Abierta Interamericana.
- Medina-Mora, M. (2011). *La agresión y la violencia: una mirada multidisciplinaria*. México, D. F.: Distrito Federal Colegio Nacional.
- Medrano, G., Paris, D. y Pérez, L. (2009). *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), S. A. Recuperado de http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf.
- Melo, Z. (2012) Estigmas: deterioração da identidade social [versión electrónica]. *Revista Simposium*, 3 (1), 45-59.
- Mendoza, M., Carrasco, A. y Sánchez, M. (2003). Consumo de alcohol y autopercepción en los adolescentes españoles. *Intervención Psicosocial*, 12 (1), 95-111.
- Miranda, J. B., Miranda J. F. y Enríquez, A. (2011). Adaptación del Inventario de Autoestima Coopersmith para alumnos mexicanos de educación primaria [versión electrónica]. *Praxis Investigativa ReDIE*, 3 (4), 5-14.

- Miraval, E. (2003). Capítulo II. Terminología y conceptos. En *farmacodependencia y alcoholismo*. Perú: JPC.
- Moral, M., Rodríguez, F. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18 (1), 52-58.
- Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M., Natera, G. y Bautista-Aguilar, N. (2013). Autoestigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales [versión electrónica]. *Acta Psiquiátrica Am*, 59 (3), 147-158.
- Moreno, Y. (2004). *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana* [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia: España.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Murray, H. (1951). *Test de Apercepción Temática (TAT): manual para la aplicación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Musitu, G. y Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 13, 285-306.
- Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (1994). *AFA, Autoconcepto Forma A* (2ª ed.). Madrid: Tea Ediciones.
- Musitu, G., Jiménez, T. I. y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias: Un modelo de mediación. *Revista de Salud Pública de México*, 49, 3-10.
- Observatorio Peruano de Drogas - DEVIDA (2010). *Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas, en el Perú. Informe final*. Lima, Perú: Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas – DEVIDA y Observatorio Peruano de Drogas – OPD.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – Unodoc. (2012). *Director Ejecutivo de la UNODC propugna enfoque del problema de las drogas basado en la salud, el desarrollo y los derechos*. Recuperado de

- <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2012/June/unodc-chief-calls-for-health-development-and-rights-based-approach-to-drug-problem.html>.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – Unodoc. (2013). *Resumen ejecutivo: informe mundial sobre drogas 2013*. Recuperado de http://www.miguelcarbonell.com/artman/uploads/1/Resumen_ejecutivo_unodc.pdf.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodoc). (2012). *Informe mundial sobre drogas 2012*. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf.
- Organización de los Estados Americanos - OEA. (2013). El problema de las drogas en las Américas - 2013. Recuperado de http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1999). Trastornos mentales y de comportamiento de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10). (10° ed.). Ginebra, España.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2006). *Intimate partner violence and alcohol. Hoja informativa de la OMS*. Ginebra, Suiza.
- Osuna, M. (2013). Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: Una exploración de las voces femeninas y su entorno social [versión electrónica], *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24 (2), 2-17.
- Páez, D., Zubietta, E., Mayordomo, S., Jiménez, A. y Ruiz, S. (2004). *Identidad: autoconcepto, autoestima, autoeficacia y locus de control* [versión electrónica], Leioa Biscay, España: Universidad del País Vasco.
- Páez, J. y García, A. (2011) Acercamiento a las características del universitario emprendedor en la unidad de emprendimiento empresarial de la universidad nacional de Colombia. *Revista Escuela de Administración de negocios*, (71), 52-69.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: Un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18, 18-24.
- Petrillo, G. (1996). *Profesionales de la salud y sida: representaciones sociales de la enfermedad, percepciones de riesgo de contagio y relaciones con los enfermos y las personas seropositivas*. Recuperado de

- https://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unicap.br%2FArte%2Fler.php%3Fart_cod%3D694&ei=q3XBU4XpL_HfsATm0oCIDA&usg=AFQjCNFUwZ1LD RcolTXgffO3Rfo6DXHY_A&bvm=bv.70810081,d.cWc.
- Rifkin, J. (2010). *La civilización empática*. Barcelona, España: Paidós.
- Runte, A. (2005). Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. *Red Maristán*. Universidad de Granada, España.
- Saiz, J. (2008). *El estigma de la cocaína*. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Santín, M. (2006). *Hablando de adictos y de adicciones*. Recuperado de http://www.historia-psicoanalisis.es/adiccion_php?id=15.
- Sanz, M. (1996). *Deterioro de la capacidad atencional como consecuencia del consumo de drogas: estudio neurocognitivo en politoxicómanos*. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Schwartz, L. (2011). *Test de Apercepción Temática (5 ed.)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Seoane, J. (2005). Hacia una biografía del self. *Boletín de Psicología*, 85, 41-87.
- Taylor, B. (2004). *Alcohol, gender, culture and harms in the Americas*. Washington, D. C: PAHO.
- Téllez, J., Cote, M., Savogal, F., Martínez, E. y Cruz, U. (2003). Identificación de factores protectores en el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Revista de Medicina*, 51, 15-24.
- Torrens, M. (2001). Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, alcohol, cocaína y opiáceos. Barcelona: España, Psiquiatría Editores, S. L. (Guía clínica aprobada por la American Psychiatric Association).
- Vázquez, A. (2009). El estigma sobre la drogodependencia y su relación con la accesibilidad a Servicios de Salud [versión electrónica]. *Revista Psicologías*, 2-15.
- Vázquez, A., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). *Escala de autoestima en Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española*. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Véliz, A. (2010). *Dimensiones del Autoconcepto en estudiantes chilenos: un estudio Psicométrico* [tesis doctoral]. Bilbao, España: Universidad del País Vasco.

ANEXOS

Anexo 1



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica



Dirigido a la Lic. Elena T. Linarez.
Directora Nacional de Tratamiento y Rehabilitación.
Fundación José Félix Ribas.

Caracas, 22 de mayo de 2014.

Ante todo reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar su colaboración con las bachilleres **Maoren Colmenares Osuna**, C.I. V-19.335.344 y **Carmen Figueira Gómez**, C.I. V-19.548.782, para la realización de su trabajo de grado y optar al título de Licenciadas en Psicología en la Universidad Central de Venezuela. Dicho estudio, llevado a cabo bajo la tutoría académica del **Lic. Giovanni González**, lleva por título: *“Autoconcepto y autoestigma en pacientes con trastorno por consumo de sustancias en abstinencia actual”*, y consiste en una investigación de carácter descriptivo cuyo principal objetivo es:

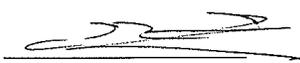
- Identificar los rasgos de autoconcepto personal y las características del autoestigma en un grupo de pacientes con trastorno por consumo de sustancias, en abstinencia actual, pertenecientes a la Fase III del CEPAI “Vicente Salías” de la Fundación José Félix Ribas (Fundaribas).

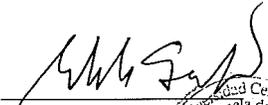
Para ello, se requiere de la participación voluntaria de un grupo de personas que formen parte del sistema de tratamiento ambulatorio de esta institución, a quienes se les aplicarán dos instrumentos: a) la prueba proyectiva llamada **test de apercepción temática** y b) una **entrevista semi-estructurada de autoestigma**, a través de los cuales se obtendrá la información pertinente para alcanzar los objetivos específicos del proyecto.

Asimismo, según lo establecido por el **artículo 46** de la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela** y el **Código de Ética para la vida**, los participantes serán previamente notificados acerca del contenido, procedimiento y fines de la investigación, garantizándoles su bienestar e integridad física, emocional y psíquica, al igual que la confidencialidad de sus datos privados en el **consentimiento informado**.

Finalmente, este estudio permitirá recabar información acerca de la autopercepción de los ciudadanos que asisten a tratamiento por consumo de sustancias y determinar si existe una internalización del estigma. Cabe mencionar que, dentro del marco social, esta información posee destacable importancia para el logro de un adecuado equilibrio psicológico y un desarrollo personal-relacional satisfactorio, lo cual favorece la calidad de vida de estos individuos; por lo tanto, la institución será beneficiada con el aporte científico de la presente investigación y podrá tener acceso a las conclusiones a través de un informe que se emitirá al culminarla.

Sin más que añadir y agradeciendo de antemano su autorización para la pronta ejecución del proyecto, se despiden:


Lic. Giovanni González
FVP. 4231
Tutor Académico-UCV


Prof. Eduardo Sastor
Director de la Escuela de Psicología-UCV



Anexo 2



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica



Dirigido a la Dra. Nubia Rivero.
Presidenta.
Alcohólicos Anónimos de Venezuela

Caracas, 19 de junio de 2014.

Ante todo reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar su colaboración con las bachilleres **Maooren Colmenares Osuna**, C.I. V-19.335.344 y **Carmen Figueira Gómez**, C.I. V-19.548.782, para la realización de su trabajo de grado y optar al título de Licenciadas en Psicología en la Universidad Central de Venezuela. Dicho estudio, llevado a cabo bajo la tutoría académica del **Lic. Giovanni González**, lleva por título: *“Autoconcepto y autoestigma en pacientes con trastorno por consumo de sustancias en abstinencia actual”*, y consiste en una investigación de carácter descriptivo cuyo principal objetivo es:

- Identificar los rasgos de autoconcepto personal y las características del autoestigma en un grupo de pacientes con trastorno por consumo de sustancias, en abstinencia actual.

Para ello, se requiere de la participación voluntaria de un grupo de personas que formen parte del sistema de tratamiento, a quienes se les aplicarán la prueba proyectiva llamada **test de apercepción temática** corregida por Murray, a través del cual se obtendrá la información pertinente para alcanzar los objetivos específicos del proyecto.

Asimismo, según lo establecido por el **artículo 46** de la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela** y el **Código de Ética para la vida**, los participantes serán previamente notificados acerca del contenido, procedimiento y fines de la investigación,

garantizándoles su bienestar e integridad física, emocional y psíquica, al igual que la confidencialidad de sus datos privados en el **consentimiento informado**.

Finalmente, este estudio permitirá recabar información acerca de la autopercepción de los ciudadanos que asisten a tratamiento por consumo de sustancias y determinar si existe una internalización del estigma. Cabe mencionar que, dentro del marco social, esta información posee destacable importancia para el logro de un adecuado equilibrio psicológico y un desarrollo personal-relacional satisfactorio, lo cual favorece la calidad de vida de estos individuos; por lo tanto, la institución será beneficiada con el aporte científico de la presente investigación y podrá tener acceso a las conclusiones a través de un informe que se emitirá al culminarla.

Sin más que añadir y agradeciendo de antemano su autorización para la pronta ejecución del proyecto, se despiden:

Recibido
[Firma]
Presidenta de la Corporación AA de Venezuela.



Lic. Giovanni González
FVP. 4231
Tutor Académico-UCV

[Firma]
Prof. Eduardo Sapiro
Director de la Escuela de Psicología-UCV





Anexo 3

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología

Caracas, ____ de _____ de 2014.

Contrato de consentimiento informado

Yo, _____, ciudadano de la República Bolivariana de Venezuela, portador de la cédula de identidad _____, declaro haber sido informado por las ciudadanas: **Maooren Colmenares Osuna** y **Carmen Figueira Gómez**, estudiantes del 10^{mo} semestre de psicología de la Universidad Central de Venezuela, acerca del estudio titulado: **“Autoconcepto y autoestigma en pacientes con trastorno por consumo de sustancias en abstinencia actual”**, realizado con la colaboración de la Fundación José Félix Ribas - CEPAI “Vicente Salias”.

Amparado por el **Artículo 46** de la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**, en el cual se señala explícitamente la necesidad del libre consentimiento de la persona para participar en investigaciones científicas, doy fe de que estoy consciente del objetivo y el procedimiento a emplear en el presente proyecto, así como de que mi participación **no alterará el tratamiento que recibo, ni vulnerará mi integridad, bienestar e intereses**, sino por el contrario, puede contribuir a reconocer elementos particulares en pro de mi evolución en el tratamiento. Del mismo modo, según el **Código de Ética para la vida**, se me asegura que los datos de esta investigación serán **CONFIDENCIALES** y **solo serán utilizados para efectos del presente estudio**.

Mediante esto, acepto y me comprometo a participar en la actividad propuesta, la cual consta de dos sesiones de 45 minutos aproximadamente, consintiendo el uso de mis datos.

Maooren Colmenares O. Carmen Figueira G.
Investigadoras

Participante

Nota: el paciente contará con una única copia del material extraído, el cual será anexado a su historia clínica y será considerado como parte de su evaluación psicológica en la institución.