

UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA

Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas



**EL AUTOCONCEPTO EN PERSONAS DE 20 A 30 AÑOS, ADICTAS A
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE INICIAN SU PROCESO DE
REHABILITACIÓN**

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

Presenta el Bachiller:

ROLI MARÍN TAPIA

Presidente: Miguel Flores Galindo Rivera

Asesor: Daniella Brahim Tabja

Lector: Luisa Escudero Franco Pacheco

Lima-Perú

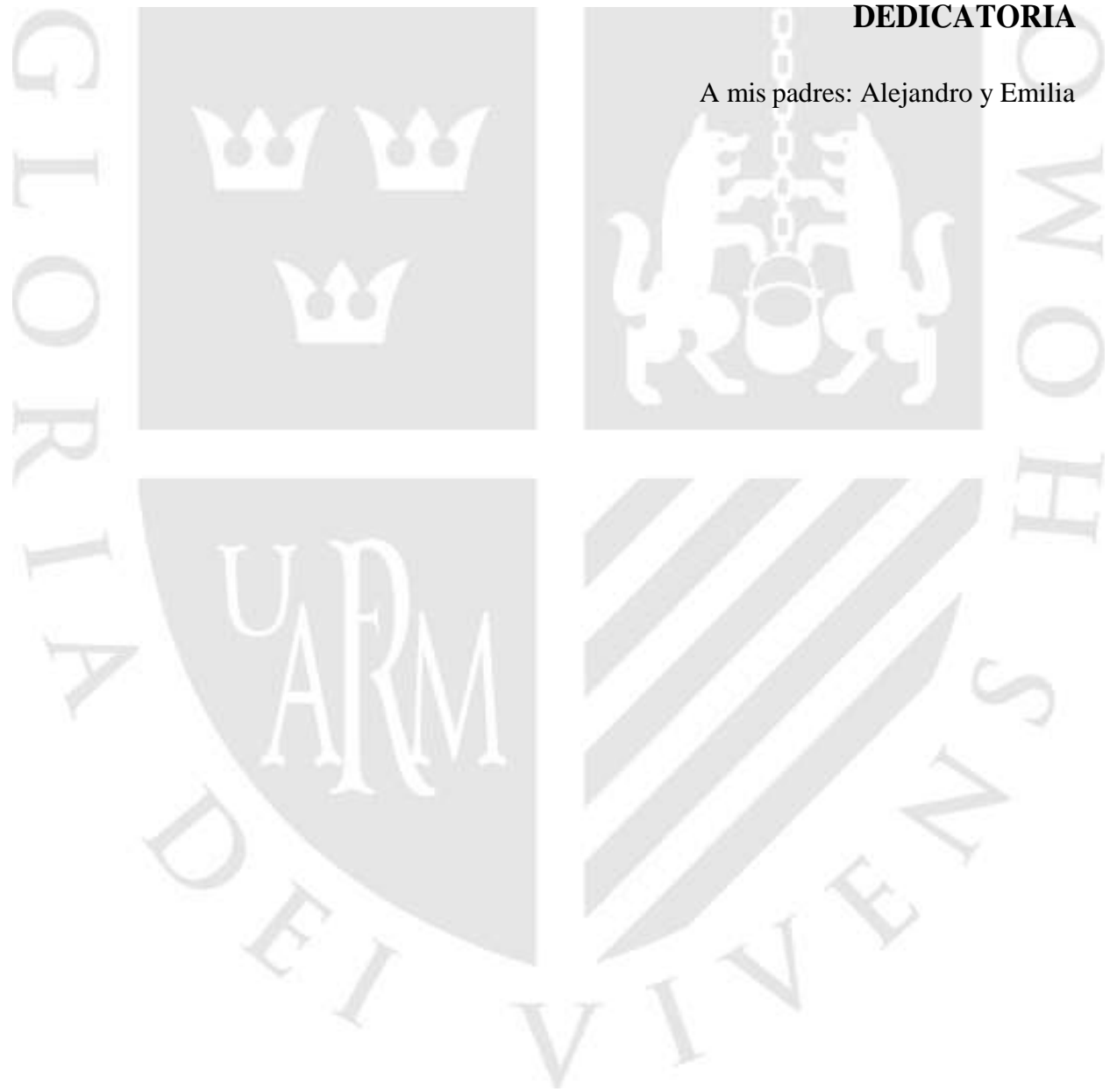
Setiembre de 2019



EPÍGRAFE

“Es el sentido de una semejanza percibida por el pensamiento y predicado sobre cosas en las que se piensa”

William James



DEDICATORIA

A mis padres: Alejandro y Emilia



AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento profundo a Daniella Brahim, mi asesora, por acompañarme en este proyecto y por sus ideas constructivas y necesarias, en cada asesoría.

Mi total gratitud a los internos y profesionales del centro de rehabilitación que voluntaria y generosamente decidieron participar en esta investigación.

Infinitas gracias a todas aquellas personas que de diferente manera contribuyeron y me apoyaron para terminar este proyecto.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue explorar el autoconcepto en personas adictas a sustancias psicoactivas, de 20 a 30 años que inician su proceso de rehabilitación. Los participantes fueron varones de 20 a 30 años de un centro de rehabilitación. La metodología utilizada para conseguir el objetivo estuvo basada en entrevistas semiestructuradas en base a tres dimensiones del autoconcepto: personal, emocional y social. Los resultados muestran que en la dimensión personal se encuentra un self disociado, fragmentado y escindido. En la dimensión emocional la presencia de emociones negativas, en su mayoría, se hacen evidentes, pero al mismo tiempo algunas características como baja tolerancia a la frustración mecanismos de defensa, mecanismos maníacos de protección y la escasa habilidad para manejar afectos negativos. Finalmente, en cuanto a la dimensión social se puede señalar que la presencia de habilidades sociales es escasa cuando se relacionan con otros. Este estudio servirá como un aporte para diseñar e implementar nuevas estrategias en el proceso de rehabilitación de personas adictas a sustancias psicoactivas.

Palabras Claves: Autoconcepto, sustancias psicoactivas, adicción, emociones, habilidades sociales.

ABSTRACT

The aim of this research was to explore the self-concept in people addicted to psychoactive substances, from 20 to 30 years old, who begin their rehabilitation process. The participants were male from 20 to 30 years of a rehabilitation center. The methodology used to achieve the objective was based on semi-structured interviews, based on three dimensions of self-concept: personal, emotional and social. The results show that in the personal dimension there is a dissociated, fragmented and split self. In the emotional dimension the presence of negative emotions, for the most part, becomes evident, but at the same time some characteristics such as low tolerance to frustration, defense mechanisms, manic protection mechanisms and the ability to handle negative affects. Finally, as regards the social dimension, it can be pointed out that the presence of social skills is scarce when they are related to others. This study will serve as a contribution to design and implement new strategies in the process of rehabilitation of people addicted to psychoactive substances.

Key Words: Self concept, psicoadictivesustances, adicction, emotions, social habilities.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	14
1.1. Evolución histórica del autoconcepto	16
1.2. Diferentes definiciones de autoconcepto	18
1.3. Sustancias psicoactivas	19
1.4. Modelos para explicar la adicción a sustancias psicoactivas	20
1.5. Autoconcepto y sustancias psicoactivas	21
CAPITULO II: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	28
2.1 Participantes	29
2.2 Instrumentos de recolección de información	31
2.3 Procedimiento	32
CAPITULO III: RESULTADOS	34
3.1. Dimensión personal	34
3.2. Dimensión Emocional	40
3.3. Dimensión Social	43
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
ANEXOS	65

GLORIA



HOMO



DEI

VIVENS

INTRODUCCIÓN

El autoconcepto ha sido tratado para comprender la construcción de la personalidad, ya que tiene que ver con las relaciones sociales y percepciones sobre uno mismo, es decir, cómo el sujeto se siente, se piensa, se valora, cómo se relaciona con los otros y cómo es su comportamiento Clark, Clemens y Bean (como se citó en Cazalla-Luna y Molero, 2013). Es un proceso dinámico, tiene una función interactiva en el contacto con los otros y se va desarrollando tanto en la infancia como en la adultez al descubrir nuevas habilidades y capacidades para adaptarse a nuevas experiencias (Demo, 1992).

El adecuado desarrollo cognitivo, afectivo y social tienen como cimiento a una percepción adecuada del sí mismo, lo que contribuye a la organización e integración de las experiencias (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). En este sentido, algunos autores sostienen que un autoconcepto positivo sirve de cimiento para la satisfacción personal, sentirse bien con uno mismo (Esnalao, Goñi y Madariaga, 2008). Esto vendría a ser la dimensión evaluativa del autoconcepto, en otras palabras, la autoestima. (Shavelson et al., 1976).

El autoconcepto es una dimensión humana, profunda y necesaria para la construcción de una vida sana, un buen funcionamiento y para la realización de uno como persona, lo cual significa bienestar general (Cazalla-Luna y Molero, 2013). Un autoconcepto positivo permite una mayor capacidad para tomar decisiones, actuar de manera independiente y asumir las responsabilidades que esto conlleva. Asimismo, otorga mayor capacidad para tolerar la frustración y refuerza las estrategias de manejo para sobrellevar las incompatibilidades, antagonismos y fracasos (Naranjo, 2006). Lo cual permite desarrollar e ejecutar estrategias y habilidades de afrontamiento productivas frente a realidades internas y externas (Morales,

2017). Por eso, el sí mismo Verdadero está íntimamente relacionado al significado de la vida, es decir, éste permitiría tomar decisiones en cuanto a qué relaciones, objetivos y comportamientos tienen valor positivo (Schlegel, Hirsch y Smith, 2013). Y al mismo tiempo comprender y aceptar los eventos de la vida y desarrollar una perspectiva sobre estos, lo cual redundará en autonomía, control personal (Snodgrass y Thompson, 1997).

En esta construcción adquiere mucha relevancia el otro, es decir, empieza a tomar importancia no solo las miradas propias de cada persona sobre sí misma sino también las percepciones de los demás. La teoría interpersonal sostiene que el autoconcepto se desarrollaría a partir de las reacciones, percepciones y miradas de los demás con relación al individuo, es decir, el YO bueno, positivo procede de experiencias gratificantes, agradables que viven las personas (Jess Feist y Gregory Feist, 2007). Esto se puede dar tanto en la familia, en la sociedad como en la cultura. Entonces, las experiencias agradables con los otros brindará un marco para desarrollar el sentido de quién se es de una manera significativa (Snodgrass y Thompson, 1997). Aquí entra a jugar un rol relevante el otro significativo, pero también el otro generalizado, es decir, la representación social del grupo, ya que es aquí donde el individuo hace un análisis, le añade un valor, autorregula sus conductas y actitudes, pero al mismo tiempo crea y recrea interpretaciones y significados (Ibarra y Jacobo, 2014). En este ámbito de recreación de información y comportamientos, se produce lo que se conoce como transferencia, es decir, que los eventos con valor y significado de la vida son guardados en la memoria y se activan en el encuentro con otros individuos, entonces, las respuestas ante los nuevos eventos y personas estarán basadas en la consistencia, motivación y expectativas. De aquí que algunas motivaciones personales son centrales en cómo el concepto sobre uno mismo se va desarrollando, entre estas, se encuentran: la necesidad de conexión humana, cuidado, calor, sensibilidad y apego (Snodgrass y Thompson, 1997).

El autoconcepto se convierte en un imperativo ineludible cuando se empieza a hablar de personas en una condición o estado “vulnerable”. Es decir, personas que en un momento

específico no son capaces de procesar o regular sus experiencias afectivas de una manera positiva, entonces, tienden a desarrollar sentimientos dolorosos, de inseguridad, miedo y ansiedad. Se generará un sentimiento de ser y estar intensamente vulnerable y solo (Watson y Greenberg, 2017), debido a la imagen desconfigurada de sí mismos y a la autodesvalorización como producto de la descalificación por parte de los demás (Hernández y Liranzo, 2013).

Estas personas, al no adaptarse a las exigencias del medio, padecen marginación y exclusión social y en muchos casos sus derechos tanto individuales como sociales son negados, sintiéndose indefensos (Arana y Germán, 2005). Y en muchos casos la no consciencia de sus estados tanto internos como externos los lleva a autoexcluirse y esta marginación los conduce a rechazar a los demás (Hernández y Liranzo, 2013). Este es el caso, también, de personas adictas a sustancias psicoactivas que inician su proceso de rehabilitación. Los pacientes al llegar a una institución, por un lado, muestran una serie de mecanismos y procesos psicológicos que intervienen como barreras, que impiden el cambio y manifiestan un gran abanico de deficiencias en las diferentes dimensiones de su desarrollo personal, lo que repercute significativamente en el deterioro de la imagen y valor que la persona tiene sobre sí misma (Rodríguez, 2004).

Los autores refieren que el mantenimiento de un bajo concepto de sí mismo induce a los jóvenes a fumar, a beber y a involucrarse en el consumo de drogas y que por lo tanto, uno de los factores de protección es un concepto positivo de uno mismo (Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003).

Richard, Trevino, Baker y Valdez, (2010) sostienen que desarrollar un autoconcepto positivo es importante en el cese del uso de sustancias psicoactivas y que además la construcción de éste debe acompañar el proceso de tratamiento. También señalan que las motivaciones para ir en busca de tratamiento de aquellos que usan drogas están relacionadas al mantenimiento de un autoconcepto positivo y están dispuestos a mantenerse en abstinencia en comparación a aquellos cuyas motivaciones no están relacionadas al autoconcepto.

Por eso el presente estudio busca investigar ¿Cómo es el autoconcepto en personas de 20 a 30 años, adictas a sustancias psicoactivas, que inician su proceso de rehabilitación?

A partir de lo planteado, esta investigación busca aportar un estudio en pos de la generación de nuevos conocimientos, elementos y evidencias que favorezcan el planteamiento de nuevas herramientas y acciones dentro del proceso de rehabilitación de personas adictas a sustancias psicoactivas.



CAPITULO I: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Durante mucho tiempo, el autoconcepto ha sido estudiado desde una sola dimensión global. Por eso que los primeros estudios señalan que las ideas que uno tiene sobre sí mismo constituyen un todo indivisible y global (Shavelson et al., 1976). En discusiones de psicología, la palabra autoconcepto ha sido utilizada de diferentes maneras y ha sido dividido en términos que refieren a este como agente o proceso y en términos que lo señalan como objeto de conocimiento y evaluación propios de cada persona. Algunos estudiosos han enfatizado en el autoconcepto como agente, otros le han concedido relevancia al autoconcepto como objeto (Wylie, 1974). Esta entidad mental conocida como autoconcepto requiere un proceso de elaboración teórica en el que la comprensión de dicho concepto, exige puntos de vista sistémicos y complejos (Ibarra y Jacobo, 2014).

Actualmente, se prioriza una visión multidimensional, según la cual, el autoconcepto estaría formado por varios dominios, estos pueden ser, personal, emocional y social. (Shavelson et al., 1976). Esta es la aproximación que se usará en la presente investigación.

Entonces, se hace necesario definir dichos dominios:

- Personal, éste es definido como la idea que cada persona tiene de sí mismo en cuanto ser individual. También se incluye en este campo, la perspectiva de hasta

qué punto una persona se considera honrada y considera las decisiones sobre su vida en función de sus propios criterios. A esto se suma las percepciones que cada individuo tiene en cuanto al logro de objetivos y metas, lo cual vendría a ser la autorrealización (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

- Emocional, es definida como la dimensión en cómo se ve la persona a sí misma en términos de ajuste emocional o regulación de sus emociones (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

El autoconcepto emocional también tiene que ver con las respuestas frente a situaciones concretas y específicas. Por eso este puede concebirse como dos significados: uno que es el estado emocional (soy nervioso, impulsivo, intolerante) y el otro referido a situaciones específicas con personas de rango superior (reacciones frente a una orden, a una pregunta). El autoconcepto emocional se relaciona positivamente con las habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los demás y se relaciona negativamente con la depresión, la ansiedad, el consumo de alcohol y cigarrillos y al mismo tiempo con una integración escasa en los diferentes espacios de interacción (García y Musitu, 2014).

- Social, la cual se refiere a la percepción que cada cual tiene de sus habilidades sociales con respecto a las interacciones sociales con los otros y se calcula a partir de la autovaloración del comportamiento en los diferentes contextos sociales Markus y Wurf (como se citó en Cazalla-Luna y Molero, 2013).

El autoconcepto social puede dividirse en tres dimensiones: responsabilidad social, aceptación social y competencia social. La primera vendría a ser las percepciones que cada uno tiene en cuanto a su contribución en la construcción de la sociedad. Esto se puede entender como como el aporte al bien, al desarrollo constructivo de cada ser humano. La segunda dimensión está relacionada a la manera en que cada individuo percibe las reacciones de los demás y esta se puede visibilizar tanto en el

contacto con pares, grupos, superiores, etc. los cuales pueden ser entendidos en términos de aceptación o rechazo. La tercera dimensión tiene que ver con características que ayudan al sujeto a percibirse en cuanto a sus capacidades para desenvolverse en situaciones sociales. Estas características pueden ser: autenticidad, empatía, y asertividad. (Gonzales y Goñi, 2005).

1.1. Evolución histórica del autoconcepto

Partiendo de una revisión histórica, se puede decir que fueron los filósofos los que mostraron interés en el autoconcepto, atribuyéndole diferentes significados. Por ejemplo, Platón lo definió como alma. Posteriormente, Aristóteles plasma una descripción sistemática del yo. Luego, San Agustín describe los primeros ápices de introspección, remitiendo así a un autoconcepto personal. Años más tarde, filósofos de otros movimientos como el renacimiento, la fenomenología reflejaron el autoconcepto en sus teorías de pensamiento, entre ellos se puede encontrar a Descartes, Hobbes y Locke (James, 1989).

Algunos de estos filósofos pusieron mayor énfasis en ciertas dimensiones del autoconcepto, unos en las experiencias sensoriales, otros en las percepciones. Años más tarde, Kant introdujo la distinción del autoconcepto como sujeto y objeto (James, 1989). El tema del self adquiere una relevancia singular ya que diferentes estudiosos empiezan a abordar el autoconcepto desde diferentes perspectivas. Algunos empiezan a dilucidar y enfatizar el sujeto-cuerpo del autoconcepto y resaltan las ideas, imágenes en relación a un autoconcepto ideal (Erickson, 1983).

Luego de algunos estudios y discordancias, en el siglo XIX aparecerían las bases de posteriores estudios para el autoconcepto. Es William James (1989) quien introduce el tema del self desde un punto de vista psicológico como agente y contenido de la consciencia.

En la psicología americana, hubo un gran interés por el tema del autoconcepto y es William James quien atribuyó al autoconcepto un lugar importante en el pensamiento psicológico y de alguna manera el estudio del self fue analizado y explorado por los

introspeccionistas Calkings (como se citó en Wylie, 1974). La principal contribución que hizo James fue la distinción entre self-sujeto y self-objeto. El primero se refiere a la organización e interpretación de mundos personales y el segundo se refiere a lo que se conoce sobre el yo (Fernández, Bartolomeu, Marín, Boulhoca y Fernández Sisto, 2005). James, señala dos elementos que componen el self: el “mí” y el “yo”. En un primer momento, el autor, refiere al “mí” como objeto de percepción y conocimiento y se hace referencia al “yo” como conocido, reconocido y tratado hoy como autoconcepto. Por eso, el autor añade que el yo de un sujeto abarca todos los conocimientos de sí mismo, estos pueden ser el cuerpo, facultades psicológicas, familia, actitudes, conductas. Asimismo, refiere que el yo, es decir, el autoconcepto de cada individuo, posee algunos constituyentes: yo material, yo social y el yo espiritual (Ibarra y Jacobo, 2014).

Posteriormente, empiezan a aparecer algunas vertientes psicológicas. Entre estas tenemos a la psicología Cognitiva. Esta teoría ha considerado al self como una estructura cognitiva que intenta organizar, cambiar o unir distintos roles, funciones de la persona Kelly, Sarbin, Epstein y Coopersmith (como se citó en Oñate, 1989). La teoría del aprendizaje social abordó el tema del autoconcepto y Bandura introduce algunas variables en el estudio del self: el entorno, la conducta y la persona (Jess Feisty Gregory Feist, 2007).

También, se encuentra el interaccionismo simbólico, el cual considera que el concepto que una persona tiene de su self es producto de las relaciones interpersonales. (Cisneros, 1999). James, también le otorgó gran importancia a los otros en la construcción y elaboración del autoconcepto (Ibarra y Jacobo, 2014).

Por otro lado, se encuentra el conductismo, el cual hace un análisis cuestionador de los estudios del autoconcepto, y sostiene que se enfatiza demasiado en el mundo interno, entonces, perdería rigurosidad en el ámbito científico. Por eso, el conductismo, concibe al sí mismo como una representación de un sistema de respuestas conductuales a diferentes estímulos externos (Freixa, 2003).

1.2. Diferentes definiciones de autoconcepto

El autoconcepto es un producto de actividades reflexivas, propenso al cambio, ya que el sujeto debe asumir nuevas responsabilidades, roles y desarrollar nuevas habilidades cognitivas para afrontar las demandas de su medio y de los demás. Se adquiere, por medio de patrones de interacción con otros (Demo, 1992).

El autoconcepto es un producto de las interacciones sociales y de las valoraciones que hacen los demás con respecto a uno. La persona se ve así misma desde las referencias y puntos de vista de los otros y llega a ser individuo solo cuando adquiere las actitudes de los demás dentro de un ambiente social, contexto, comportamiento o experiencia en la que ambos están incluidos. Por eso es imposible concebir que un self emerge fuera de las experiencias sociales (Mead, 1972).

El autoconcepto es un sistema complejo y dinámico de creencias. Estas creencias son verdaderas y significativas para el sujeto, lo cual significa que cada individuo le otorga un determinado valor a sus pensamientos y experiencias Purkey (como se citó en Gonzáles, Nuñez, Pumariaga y García, 1997). James (1976) lo definió como una dimensión que interpreta y organiza la información que cada sujeto recibe de sus experiencias, relaciones y eventos, por lo tanto es totalmente subjetiva (Ibarra y Jacobo, 2014).

El autoconcepto es un constructo psicológico que tiene componentes cognitivos, afectivos, conductuales y actitudinales. Dicho autoconcepto se adquiere a través de las relaciones y experiencias del individuo y de los "otros significativos" que le rodean, entre los que ocupan un lugar preponderante los padres (Mestre, Samper y Perez, 2001). Aquí, las estructuras cognitivas son importantes, ya que organizarían, almacenarían y utilizarían la información y las experiencias. En este sentido, autoconcepto, también puede ser entendido como una autoteoría, es decir, una construcción que cada individuo realiza sobre sí mismo (Ibarra y Jacobo, 2014).

Para efectos de esta investigación el autoconcepto será definido como un constructo, a través del cual se elaboran percepciones subjetivas sobre uno mismo. Se adquiere a través de patrones de interacción y de atribuciones que el sujeto hace sobre su propia conducta y se va actualizando y cambiando en tanto que las personas desarrollan nuevas habilidades intelectuales y cognitivas (Shavelson et al., 1976; Demo, 1992). Este enfoque permite generar nuevas rutas de investigación, resaltando no solo el interés teórico, sino también clínico y educativo. Incluye dentro de sí una visión, modificable y multidimensional del autoconcepto (Esnalao, et. al 2008; Gonzáles y Goñi, 2005). Shavelson, et al., 1976) fueron los que elaboraron un acercamiento y explicación sobresalientes y enriquecedores acerca de la multidimensionalidad del autoconcepto. Según estos autores, este estudio o modelo señala algunas características acerca de la multidimensionalidad del sí mismo: es organizado y estructurado, es multifacético, está jerárquicamente organizado, el autoconcepto general es estable pero al ir descendiendo se hace susceptible al cambio, es de carácter evolutivo y dinámico, posee un carácter descriptivo y otro evaluativo y puede diferenciarse de otros constructos (Ibarra y Jacobo, 2014).

1.3. Sustancias psicoactivas

También, se hace necesario definir qué se entiende por adicción a sustancias psicoactivas. Es una acción ostensiblemente placentera, tiene un rasgo compulsivo para consumir drogas, ya sea de manera involuntaria e inintencional se convierte en urgente. Una de las características centrales es la pérdida de control, tolerancia, negación (Rodríguez, 2015; Oblitas y Becoña, 2003; Jhonson, 1999).

En el DSM-5 (2013) se habla de trastorno por abuso de sustancias, cuya característica principal es la presencia de síntomas cognitivos, de comportamiento y fisiológicos que manifiestan que las personas siguen consumiendo la sustancia a pesar de todos los problemas significativos que el consumo de esta produce.

En él, recientemente, lanzado CIE 11 (2018) se habla de trastornos y comportamientos adictivos; estos son trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como producto del uso de sustancias psicoactivas o como efecto de comportamientos específicos de recompensa o refuerzo repetitivos.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (2016) sostiene que 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos mentales y otras enfermedades, por lo que el impacto en cuanto a la salud física y mental sigue siendo devastador.

La comisión económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2000) señala que el consumo de drogas tiene como consecuencias el deterioro de la autoestima, dificultades para socializar y desintegración familiar.

A esto se suma, una situación peruana preocupante no solo en números, sino también en cuanto a impactos tanto individuales como sociales. En un informe, se señala que el consumo de sustancias psicoactivas son un factor importante en el aumento de la violencia (Cedro, 2015).

El autoconcepto en personas adictas a sustancias psicoactivas es un tema significativo desde puntos de vista individuales y sociales. Con respecto a esto el Observatorio Peruano de Drogas (2010) comenta que el costo social del abuso en el consumo de drogas está vinculado a los costos de rehabilitación del adicto, a factores como la violencia doméstica, la delincuencia causada por el efecto de las drogas. Asimismo, es pertinente señalar que la adicción afecta a la familia, y en muchos casos la debilita o la destruye.

1.4. Modelos para explicar la adicción a sustancias psicoactivas

Tomando lo descrito por Apud y Oriol (2016) se pueden concebir tres modelos en el estudio de la adicción a sustancias psicoactivas:

(a) El modelo biomédico considera que las adicciones son una enfermedad del cerebro. Dentro de este modelo, se hace necesario subrayar el efecto que las sustancias psicoactivas tienen en el cerebro, a través de mecanismos como la recompensa, el placer, la adaptación y los cambios que el cerebro realiza frente a los diferentes estímulos del medio ambiente. Estos mecanismos permiten al cerebro aferrarse a los efectos de las sustancias psicoactivas, convirtiéndose, éstas en una necesidad.

(b) La dimensión biospsicosocial refiere que las experiencias propias de cada sujeto juegan un rol fundamental, entonces, existen razones tanto psicológicas, biológicas y sociales que explican la adicción. Aquí entran a jugar un rol importante las características personales y el entorno social, por lo tanto, las experiencias subjetivas adquieren una notable relevancia.

(c) El modelo sociocultural dice que son las propias perspectivas de las personas, sus prácticas culturales, sus maneras de relacionarse socialmente y sus formas de dar significado a sus experiencias las que repercuten en la conducta adictiva. En este modelo, los estilos de vida, el lenguaje tienen una repercusión muy importante en la conducta y el comportamiento de los sujetos.

1.5. Autoconcepto y sustancias psicoactivas

El devenir histórico del autoconcepto ha dado origen a diferentes investigaciones sobre las adicciones. Las personas adictas subrayan fundamentalmente la percepción negativa de sí mismos. Los profesionales creen que es la necesidad más relevante de estas personas y resaltan, ante todo, una dependencia notoria de los otros por una carencia de confianza en sí mismos (Torbay, Heras y Marrero, 2003). Cuando la atención está dirigida a la información social negativa, se deja de lado aquella información relevante y positiva, entonces, las valoraciones, los juicios, las percepciones en relación a uno mismo y a los demás son erróneas (Barón, 1996). Es significativo ser conscientes que el núcleo de la adicción no radica en el producto, sino en la persona que llega a sentir la necesidad de esa droga, por eso se puede decir que lo relevante se encuentra debajo de cada

conducta, es decir cuestiones tanto psicológicas, humanas como existenciales (Cañas, 2004).

En cuanto al autoconcepto personal, en un estudio realizado con grupos de adolescentes y adultos, se ha encontrado que las puntuaciones son superiores en el grupo de mayores, debido a que probablemente, los adultos adquieren mayor madurez en relación a lo que significa autorrealización (Zabala y Fernández, 2005), es decir, la persona se acepta a sí misma, reconoce sus fortalezas, pero al mismo tiempo acepta sus debilidades. Otro de los rasgos de personas autorrealizadas es que son conscientes que viven en sociedad, por eso es que siempre están atentos a las reglas de la vida social (Barón, 1996).

Se sostiene, también que las personas adictas no son capaces de satisfacer las exigencias, expectativas, y necesidades de dependencia de una manera apropiada en las relaciones interpersonales y no son capaces de tolerar el no tener compañía, entonces, la urgencia de suplir su orfandad busca refugio en una actividad compulsiva, adictiva. En este sentido, las sustancias psicoactivas servirían como un mecanismo para aliviar la ansiedad de no haber tenido una dependencia adecuada durante la niñez. A esto se suma el impacto neurológico que tienen las sustancias psicoactivas, ya que éstas servirían como estimulante del sistema nervioso, especialmente, de los neurotransmisores relacionados al incremento de la dopamina. Es por eso que las personas adictas le conceden bastante relevancia a los estímulos, entonces, sus respuestas emocionales pueden estar insertas dentro de la impulsividad y sus motivaciones se ven disminuidas (Jhonson, 1999; Pérez, 2013).

Se ha demostrado que la adicción, también está muy relacionada a la búsqueda de sensaciones, entonces, la persona adicta busca experiencias nuevas y otros estimulantes como la Anfetamina, que produce la activación del sistema nervioso central y la euforia, pero al mismo tiempo, busca otras drogas como las psicodélicas que producen nuevas y variadas percepciones y emociones. En otros casos, los adictos buscan drogas que tienen como efecto bajos niveles de excitación y procuran sentirse “relajados” emocionalmente (Izard, 1979).

En estudios en los que se vinculan variables de personalidad, de carácter psicosocial y drogodependencias se hace evidente una clara correlación con mecanismos de afrontamiento, de incitaciones y presiones tanto grupales como sociales que conducen al consumo. Pero no solo estos mecanismos, sino también aquellos relacionados a habilidades de asertividad, autocontrol. Existe una asociación evidente entre asertividad y respuesta agresiva. La agresividad se ha convertido en un factor de origen, relacionado, asociado al consumo de sustancias psicoactivas. Personas que piensan que no pueden controlar por sí mismos sus problemas, con baja tolerancia a la frustración y con asertividad inapropiada tienen mayor disposición a ser influenciados por los demás o a buscar satisfacción y aprobación en el mundo externo (Moral, Sirvent y Blanco, 2011). Así intentan controlar los eventos y se protegen para no confrontarse con sus sentimientos y experiencias, utilizando la culpa como un mecanismo primario en la organización de sus vivencias (Watson y Greenberg, 2017).

Los comportamientos agresivos y pasivos son expresiones no asertivas que tienen consecuencias negativas; impiden una comunicación efectiva, adecuada, satisfactoria y así afectan la integridad psicológica y física del individuo. Entonces, las potencialidades y habilidades humanas quedan disminuidas (Velázquez, Arrellanes y Martínez, 2012). El individuo frustrado desarrolla sentimientos de agresividad, pero al no tener a su alcance aquello que le produce frustración y al no saber manejarla dirige esta frustración a los individuos más cercanos, a través de la agresión (Alvaro, Garrido y Torregrasa, 1996).

Por otro lado, se señala que las personas adictas, en muchos casos, tienen miedo de recibir evaluaciones negativas, críticas, rechazo por parte de los demás, lo cual les conduce a evitar las relaciones sociales que impliquen contactos personales íntimos. Al mismo tiempo, presentan estados de constante tensión emocional, pensamientos de fracaso (Utges, 2005). Esto les conduce a lo que Festinger (1968) llama disonancia cognitiva, la cual vendría a ser un conflicto de pensamientos, creencias, acciones e ideas. Frente a esta situación la persona intentará crear “consonancia” o tratará de evitar situaciones que incrementen la disonancia, entonces, buscará diferentes medios para lograrlo, uno de ellos es el consumo de sustancias psicoactivas. Es así como nace la culpa. En una investigación

se mostró que el autoengaño está relacionado a factores como la negación, amnesia selectiva, proyección y pensamiento fantaseado (Martínez-González, Vilar, Becoña y Verdejo-García, 2015). Los humanistas creen que esta discrepancia o disonancia tiene como producto la ansiedad y entonces, aparecen las defensas psicológicas como la distorsión. El vacío entre la imagen que uno tiene sobre sí mismo y la realidad cada vez se incrementa es por eso que el desajuste y la infelicidad de las personas son mayores (Barón, 1996).

La falta de internalización de las normas morales de la conducta o los procesos defensivos que obstaculizan la función de alerta de la consciencia están muy presentes en los relatos de sujetos con comportamientos adictivos, delictivos y criminales. Los sujetos de alta moralidad-conciencia tenían actitudes más críticas hacia cinco clases de drogas: marihuana, alucinógenos, estimulantes, depresivos y opiáceos. Los sujetos de “baja culpabilidad” habían usado una variedad, significativamente, mayor de medicamentos. Tanto los sujetos de conciencia alta como de baja moral tenían el mismo conocimiento objetivo, específico de las drogas, pero el grupo menos culpable tenía un conocimiento mucho más amplio de las drogas (Izard, 1979).

Se señala, también que la persona adicta usa diferentes defensas maníacas tales como la idealización, la negación, la identificación con un objeto ideal y el control omnipotente de los objetos con la intención de controlar, triunfar y huir de las ansiedades persecutorias. El yo del adicto es débil y no tolera las pérdidas, por tanto no tiene la fortaleza necesaria para actuar por sí solo Rosenfeld (como se citó en González 2008). Una de estas defensas maníacas es el humor o la “chacota”. Estudios clínicos muestran que pacientes deprimidos y anoréxicos usan las bromas, caricaturas como maneras de provocación y en algunos casos para conseguir aprobación, aceptación. Estas actitudes, llevan dentro de sí agresividad (Izard, 1979).

También se comenta sobre los orígenes de la falta de capacidad en la regulación de los afectos en la infancia temprana y en la falta de internalización de autocuidado proveniente de los padres. El autocuidado es una habilidad que está relacionada con el

juicio, el control. La carencia de estas internalizaciones hace que las personas adictas no pueden regular sus interrelaciones, su autoestima y su cuidado personal (Khantzian, 2007). Las motivaciones y expectativas son parte inherentes del pensamiento, de la organización de ideas y permiten procesar la información tanto interna como externa. Por eso se puede decir que la orientación de las motivaciones, proyecciones y expectativas representan el éxito o fracaso en el apego en relación al cuidador (Snodgrass y Thompson, 1997). Se ha evidenciado que los sujetos partícipes de un apego seguro construyen una mirada más positiva de sí mismos que las personas que experimentaron un apego ansioso-ambivalente. Entonces, la imagen que tienen, las personas que formaron parte de un apego seguro, es el reflejo de las experiencias positivas que vivieron. Esta autopercepción permite al sujeto verse como una persona con valor, digno de ternura y afectos humanos y es por eso que sus relaciones sociales son positivas y productivas. Esto permite decir que el producto de un apego con calidad es un autoconcepto consistente y afianzado (Festorazi, Castañeiras y Posada, 2011).

En este proceso de internalización del cuidado de los padres, la figura paterna juega un rol importante. En muchos casos, esta no es capaz de brindar soporte y sostén a los problemas de su esposa y por otro lado no reacciona frente a la relación de la madre con el hijo. Esta indiferencia le conduce a no hacerse responsable de las necesidades y requerimientos de su esposa y de su hijo. Al inicio, esto es una convivencia de dos personas pero se va transformado en una triada, ya que la figura paterna estaría utilizando al hijo como medio para sobrevivir. A través de esta relación perniciosa, la figura paterna simplemente se muestra apática e indiferente, e incluso llega a negar la existencia de esta vivencia perversa. Esta figura relacional es introyectada por el adicto y lo convierte en una manera de vivir: explotar o ser explotado. Entonces, se construye una manera de pensar en la que una parte del yo del adicto niega las acciones de la otra parte del yo (Kalina, 1988). Esto les puede conducir a no explorar el mundo con sus propias capacidades y al mismo tiempo manifestarán actitudes de ansiedad elevada, falta de confianza en sí mismos, escasas competencias sociales (Snodgrass y Thompson, 1997). La literatura también muestra que las actitudes de la figura paterna (aceptación, autonomía y expectativas) con relación al hijo potencian el autoconcepto de manera saludable y positiva (Mestre et al., 2001). En ese sentido, la formación del autoconcepto también tiene como base cuestiones sociales, lo que

permite entender que los constructos de soporte social y soporte familiar están íntimamente relacionados con el autoconcepto. Los individuos con concepciones positivas acerca del ámbito social y familiar, desarrollarán y presentarán un autoconcepto positivo (Baptista, Rigotto, Cardoso y Rueda, 2012).

Otros estudios, manifiestan que en cuanto a habilidades sociales y autoconcepto social se ha evidenciado que los sujetos son más exitosos en sus relaciones interpersonales cuando poseen mayor destreza social, por eso se sentirán cómodos consigo mismos y al mismo tiempo tendrá una repercusión relevante en el aumento positivo de su autoconcepto. Se señala también, que los adultos tienen un mejor autoconcepto social y se perciben con más competencias sociales que los jóvenes, a pesar que sus niveles de responsabilidades sociales son muy parecidos. El autoconcepto social aumenta con la edad, lo cual puede significar que conforme pasan los años el autoconcepto social mejora y por ende las competencias sociales. Estas últimas podrían permitir relaciones interpersonales saludables que repercutirá en un elevado autoconcepto social durante la madurez (Zabala y Fernández, 2005).

Se sostiene, también que la escasez de habilidades sociales se presenta como un elemento frecuente en diferentes problemas y uno de ellos es la adicción a sustancias psicoactivas y por otro lado, la construcción o adquisición de habilidades sociales puede funcionar como elemento protector ante el uso de estas sustancias. Por ello, que el desarrollo de habilidades sociales es importante para que el individuo resuelva sus conflictos de manera saludable y asertiva (Moral y Ovejero, 1998). Cuando estas habilidades sociales son pobres, las relaciones con otras personas se convierten en lo que se conoce como la categorización social, es decir, se divide al mundo en diferentes categorías sociales, entonces se asignan pensamientos, creencias agradables y favorables a los miembros del propio grupo, mientras que a los del otro grupo se le atribuye sentimientos indeseables. Es así como nace el prejuicio (Barón, 1996).

Dentro de este ámbito de las adicciones a sustancias psicoactivas, y específicamente, dentro de la práctica clínica, las comunidades terapéuticas juegan un rol

preponderante. Las comunidades terapéuticas aparecen en nuestro país a finales de 1988 y tienen como base un modelo italiano “ProyectoUomo” (Lara y Gutiérrez, 1998). Este es un proyecto fundado en Roma para toxicodependientes. Dicho programa tiene un enfoque orientado a la integración de la persona adicta y su familia. Se piensa que el adicto es un ser libre de elegir y responsable. Se trabaja mucho la adherencia al tratamiento y en lo posible ayudar al sujeto a controlar sus impulsos (Rodríguez, 2009). Se basan en el modelo cognitivo el cual sostiene que las conductas adictivas derivan de interpretaciones que subyacen debajo de cada comportamiento, éstas cogniciones son distorsionadas en cuanto al pensamiento. Entonces, se le otorga una relevancia significativa a las creencias. Como consecuencia, el objetivo de dicha terapia será modificar los pensamientos y creencias erróneas y enseñar algunas técnicas de autocontrol (Oblitas y Becoña, 2003). Por eso que se cree que la integración y sistematización, dentro de las comunidades terapéuticas, de las terapias cognitivo-conductuales pueden ser eficientes en la construcción y reestructuración del autoconcepto (Rodríguez, 2004).

Este estudio se realizó en uno de estos centros de rehabilitación, que es dirigida por una congregación religiosa, sin embargo, se reciben personas de diferente profesión religiosa. Dicha institución se dedica a la rehabilitación exclusiva de varones adictos a drogas bajo el modelo de comunidad terapéutica. Ofrece tratamiento residencial y tratamiento ambulatorio. En un Informe, DEVIDA (2015) comenta que a veces, el tratamiento ambulatorio para personas adictas a sustancias psicoactivas resulta insuficiente, entonces, se hace necesario un tratamiento basado en internamiento o de tipo residencial.

Por eso, esta investigación tiene como objetivo explorar el autoconcepto que tienen personas adictas a sustancias psicoactivas, de 20 a 30 años, que inician su proceso de rehabilitación. Asimismo, se busca describir las dimensiones personal, emocional y social del autoconcepto.

CAPITULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Existen, en su mayoría, estudios cuantitativos sobre autoconcepto. Por eso, es pertinente estudiar dicho tema desde una visión cualitativa, ya que siendo el autoconcepto un tema subjetivo, es una dimensión a la que es difícil acceder a su contenido o contener su amplitud. En este sentido, es una entidad que necesita ser explorada no solo desde lo objetivable, sino también desde perspectivas mucho más profundas. El autoconcepto no puede ser entendido distanciado del sujeto, entonces, se necesita, interpretación, creación y comprensión de los diferentes discursos (Ascorra y López, 2016).

Por eso, la presente investigación tendrá un enfoque cualitativo, ya que se necesita comprender el autoconcepto y así acercarse al entendimiento de los significados y perspectivas subjetivas de cada participante Creswell, Wynn y Money (como se citó en Izcarra, 2014).

Katayama (2014) señala: la investigación cualitativa busca acercarse a diferentes objetos para comprender, entender la vida personal y social del individuo, por medio de los significados desarrollados por él mismo. La metodología cualitativa significa construir e interpretar el conocimiento y a la vez este permite centrarnos en el autoconcepto, de una manera dialéctica, lo cual mostrará la singularidad de las experiencias de cada sujeto en pos de la construcción de nuevas ideas González-Rey (como se citó en Ascorra y López, 2016).

Es importante profundizar en la comprensión de los fenómenos, y uno de estos es el autoconcepto, por eso el presente estudio tendrá un diseño fenomenológico. Éste permitirá explorar y describir el significado de los participantes acerca de sus experiencias vividas, en relación al autoconcepto. Se adquiere información para desarrollar y componer una descripción de la “esencia” de las experiencias por parte de los participantes, es decir qué y cómo fueron las experiencias (Creswell, 2007).

Se busca describir la experiencia del sujeto en sí y por sí, dejando de lado cualquier tipo de relación o explicación en términos de causalidad. La meta final es deconstruir y construir la “Estructura del mundo de la vida” propio de cada sujeto. En este sentido el autoconcepto se convierte en una realidad subjetiva que necesita ser comprendida con y desde el sujeto (Katayama, 2014).

2.1 Participantes

Son hombres adultos que se encuentran internados, en proceso de rehabilitación de adicción a sustancias psicoactivas. Sus edades oscilan entre 20 a 30 años. Es la etapa de la intimidad y el aislamiento, en la que la persona busca intimidad psicosocial con otras personas, pero cuando la persona no ha logrado consolidar sus vínculos íntimos se inserta en un proceso de abandono de sí misma, generando así un sentido de aislamiento (Erikson, 1983).

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los participantes

	Edad	Instrucción	Sustancias	Internamiento
Participante 1	21	Superior incompleta	THC, PBC, OH	3 mes
Participante 2	22	Superior incompleta	OH, PBC, THC	1 mes y medio
Participante 3	30	Superior incompleta	OH, PBC, THC	2 meses y 6 días
Participante 4	24	Secundaria incompleta	PBC, OH	2 meses y medio
Participante 5	27	Superior incompleta	THC, PBC	2 meses y 9 días
Participante 6	30	Superior incompleta	THC, PBC	2 semanas
Participante 7	28	Superior incompleta	PBC, THC, OH	1 mes
Participante 8	30	Superior incompleta	PBC, OH	2 meses y medio
Participante 9	26	Superior incompleta	THC, PBC	3 semanas

Éstos han sido designados a partir de algunos criterios de inclusión.

- Son personas no menores de 20 años ni mayores de 30 años.
- Tiempo de internamiento (tres meses como máximo) debido a que después de este tiempo, se considera que los internos deberían ya haber adquirido ciertas habilidades de introspección y entran a una etapa de autoconocimiento, en la cual trabajan temas personales. Esta es una categorización realizada por el centro de rehabilitación.
- Policonsumo (más de una droga).

Al mismo tiempo, se utilizaron algunos criterios de exclusión:

- Comorbilidad (personas que padezcan otra enfermedad o trastorno). Esto se verificó a través de las historias clínicas.
- Personas que hayan recaído (más de una vez en el centro al haber terminado su tratamiento). La recaída se considera solo en el centro donde se realiza la investigación.

El acceso a los participantes se realizó por medio de los responsables del centro, ya que fueron ellos junto al investigador los que eligieron a las personas a ser entrevistadas, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. El centro brindó la oportunidad, al investigador, de tener acceso a las historias clínicas de los participantes.

El acercamiento a los participantes parte de una experiencia de voluntariado realizada por el investigador en el centro, antes mencionado. Es pertinente mencionar, también que este momento el investigador no tiene ningún tipo de relación o vínculo con los participantes, ni lo tendrá después de realizada la investigación.

Asimismo, es necesario señalar que los participantes son una población “vulnerable”. Es por ello que se cuidó en cada momento su integridad y bienestar. De igual manera, se procuró no afectarlos negativamente, ya que su participación fue voluntaria y respaldada por un consentimiento informado que ellos mismos leyeron y firmaron (ver anexo 1). De aquí que tanto los nombres como la información recabada se salvaguardarán bajo estricta confidencialidad.

2.2 Instrumentos de recolección de información

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas, que permitieron recoger información sobre el autoconcepto de una manera dialéctica, personal, directa e interactiva con el propósito de hacer que el individuo manifieste sus percepciones y creencias de una manera detallada sobre sus experiencias. (ver anexo 2). Así mismo, las entrevistas semiestructuradas otorgan libertad, flexibilidad para introducir nuevas preguntas con el objetivo de conocer un tema con más profundidad (Katayama, 2014).

Dicha entrevista, ha sido dividida en tres ejes temáticos:

- Personal, éste es definido como la idea que cada persona tiene de sí mismo en cuanto ser individual (Cazalla-Luna y Molero, 2013).
- Emocional, que puede ser definido como la dimensión en cómo se ve la persona a sí misma en términos de ajuste emocional o regulación de sus emociones (Cazalla- Luna y Molero, 2013).
- Social, la cual se refiere a la percepción que cada cual tiene de sus habilidades sociales con respecto a las interacciones sociales con los otros y se calcula a partir de la autovaloración del comportamiento en los diferentes contextos sociales Markus y Wurf (como se citó en Cazalla-Luna y Molero, 2013).

Es pertinente decir, también, que se ha elaborado una matriz de entrevista con algunas preguntas para cada eje temático (ver anexo 3). Éstas han pasado por una revisión de contenido. Han sido entregadas a tres expertos con experiencia en el tema para su debido análisis. A partir de sus comentarios, se ha rediseñado dicha entrevista, ajustando las preguntas a la definición de cada eje temático. Así mismo, se ha realizado dos pruebas piloto de dichas entrevistas en otro centro de rehabilitación, diferente al centro designado para el estudio, sin embargo, con características muy similares. Estas pruebas piloto, también han servido para revisar y rediseñar las preguntas.

2.3 Procedimiento

En primera instancia, se realizó el contacto con la directora del centro para solicitar el permiso. Luego de haberlo obtenido, se envió una carta de parte de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya para presentar al investigador y al mismo tiempo pidiéndole todos los espacios y posibilidades necesarias para la aplicación de los instrumentos. Posteriormente, el investigador visitó el Centro de Rehabilitación para explicar a los responsables y directivos el estudio a llevarse a cabo. En dichas reuniones se tomaron acuerdos relacionados a fechas y espacios para la concretización de las diferentes entrevistas

semiestructuradas. La aplicación de éstas se realizó en las fechas acordadas por el centro y el investigador. Dichas entrevistas, se realizaron en el mismo centro, en un espacio asignado para tal motivo. Es necesario mencionar que se llevaron a cabo dos y tres entrevistas por día. La aplicación de los instrumentos se produjo durante dos semanas.

Los participantes firmaron el consentimiento informado antes de la entrevista y así mismo, antes de iniciar la misma, se le explicó sobre la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas y el cuidado de su integridad y bienestar. Del mismo modo, se les informó que la información recabada será usada solo para fines académicos. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas para sus respectivos análisis.

El procesamiento de la información se realizó, a través del análisis de contenido. Las narraciones de cada participante se organizaron en categorías de análisis, las cuales fueron formuladas a partir de los discursos de los entrevistados y tomando como base las dimensiones del autoconcepto. En este sentido, la simplificación de la información tuvo como cimiento la información teórica y los discursos recabados a través de las entrevistas. Se pone de relieve un bloque de información, integrado al contenido, estructura y contexto que le confiere el entrevistado. Así mismo, algunos autores añaden que el análisis de contenido facilita la interpretación de un fenómeno estudiado, por medio de las categorías que se obtienen del metatexto y es por eso que se puede especificar propiedades y características comunes de los participantes (Moraima y Mujica, 2008). El análisis se sostiene sobre procedimientos para describir el contenido de los mensajes (Bardín, 1996).

Al término de la investigación se entregará al centro un reporte de los resultados y discusión sobre el tema investigado con el propósito de que estos sirvan para diseñar herramientas y estrategias en el proceso de rehabilitación. Asimismo, las grabaciones realizadas serán eliminadas de manera completa, una vez concluido el estudio.

CAPITULO III: RESULTADOS

El objetivo de esta investigación fue explorar el autoconcepto en varones de 20 a 30 años, adictas a sustancias psicoactivas, que inician su proceso de rehabilitación. En esta sección se presentarán los resultados obtenidos, tomando como base de análisis las dimensiones del instrumento de recojo de información (entrevista semiestructurada): Dimensión personal, emocional y social.

3.1. Dimensión personal

Con la dimensión personal se intentó explorar las ideas que cada persona adicta tiene de sí misma en cuanto a su ser individual. En este sentido, dicha dimensión ha sido dividida en dos categorías: a) atribuciones personales sobre sí mismos. (b) Percepciones sobre las atribuciones de los otros en relación a las personas adictas.

La primera se refiere a cómo se ven y cómo se perciben en cuanto seres individuales. Esta primera categoría se divide en subcategorías: atribuciones positivas y negativas, logros personales y aspiraciones en cuanto a su manera de ser individual. Es importante mencionar que en todos los discursos recogidos se señala la presencia de atributos sobre sí mismos tantos positivos como negativos, aunque en su mayoría, los negativos se hacen más presentes.

“Bueno soy una persona prejuiciosa, una persona prejuiciosa, a veces siento que las personas están constantemente en fijación conmigo, el prejuicio que tengo...soy una persona alegre, me gusta compartir, este... me gusta aprender, cuando le tomo interés a algo creo que aprendo rápido” (Hombre, 22 años)

“Me gusta trabajar, eh no tan responsable como siempre he tenido, eso sí es mi gran defecto que nunca he sido responsable en muchos temas, eh soñador...eh, este el ser alegre siempre he sido carismático, el ser aventurero a mí me gusta ser aventurero y otro más trabajador pues me gusta trabajar porque quiero salir adelante ¿no? ese es mi objetivo...muy soñador, eh qué más puedo decir, ¿Cómo me describo?, no tan cariñoso recién estoy, eh he sido siempre frío” (Hombre, 30 años)

“Lo que más me gusta es que soy empeñoso, cualquier actividad que yo haga, eh trato de hacerlo bien, quizá tal vez porque sea un poco perfeccionista...y me molesta cuando fallo porque ahí justamente viene mi baja tolerancia a la frustración. Y lo peor que detesto, eh es que soy muy permisivo conmigo mismo y con los demás también, veo actitudes que son negativas y las dejo pasar” (Hombre, 22 años)

“Bueno soy una persona prejuiciosa, una persona prejuiciosa, a veces siento que las personas están constantemente en fijación conmigo. Una persona (silencio) que tal vez, una persona que tal vez no siente nada por los demás ¿no? A veces siento que no siento nada por los demás soy una persona muy sociable, o sea me puedo reír pero, si hago algo es por mí ¿no?, en ese sentido, si hago algo, o sea si es que soy solidario, lo estoy ayudando pero igual yo lo hago por mí” (Hombre, 22 años)

Dichos discursos permiten evidenciar características positivas y negativas narradas, por los mismos entrevistados. Entre las características positivas se encuentran: alegre, generoso, trabajador, aventurero, soñador, perfeccionista. Asimismo, los entrevistados refieren, a través de sus narraciones características negativas: prejuicioso, desconfiado, irresponsable, frío, con baja tolerancia a la frustración, permisivo consigo mismo, perfeccionista. Esto conduce a pensar cierta ambivalencia a la par que intentan armonizar

los aspectos escindidos de su self, por es pertinente señalar que esto nos llevaría a pensar que existe una cierta disociación, fragmentación del sí mismo.

Otro de los elementos es el tema de los logros personales, los cuales están relacionados, en su mayoría, a cambios en cuanto a actitudes, características personales y comportamientos. Solo dos participantes manifiestan sus logros en base a temas materiales, por ejemplo, comprar una moto, solventarse por sí mismo, hacer negocios, comprar una lavadora.

“Si, eh, también respetar la opinión de los demás, eh, escuchar, escuchar a las personas lo que te dicen, aceptar lo que te dice, eh, también he tratado de bajar mi soberbia ¿no?, yo antes era más soberbio y ya soy menos soberbio ya, no creo que yo siempre tengo la razón sino que hay alguien que me puede enseñar algo ¿no?” (Hombre, 27 años)

“Bueno ahorita mismo, aceptar que necesito liberarme de muchas cosas ¿no?, internarme, tratar de salir de todo esto. Darle una satisfacción a mi madre, que... osea, un logro para mí es que después de tantas veces repetidas que he escuchado de mi madre que me diga que se siente decepcionada de mí, esta vez me haiga dicho que se siente orgullosa ¿no? Eso para mí es un logro” (Hombre, 30 años)

“Actitudes, yo sé que me cuesta, es bastante, pero poco a poco trabajo sobre la mentira, sobre ser deshonesto” (Hombre, 30 años)

“Comportamientos sí, me he vuelto una persona más tolerante no, siempre he sido una persona tolerante pero cada vez me vuelvo más tolerante no, y mi tolerancia la llevo de la mano con mi inteligencia no, no dejo o no dejo que mi intolerancia me gane...” (Hombre, 28 años)

“Bueno, sí lo de la honestidad, eso también, eso lo he hecho acá, estoy siendo honesto, el logro que siento es que yo me siento bien, me siento bien como persona” (Hombre, 24 años).

“Soy más ordenado, más aseado, este que te digo... el logro... tender mi cama, algo que no hacía años, es muy importante para mí, todos los días tender mi cama, o sea ni si quiera me cuesta ¿me entiendes? O sea ese es un logro porque ni siquiera me cuesta. O sea ver a otros compañeros que reniegan por cosas... o sea en casa, hasta ahorita no he renegado por esas cosas de casa.” (Hombre, 22 años)

Las citas anteriores, fragmentos de los discursos hechos por los entrevistados, muestran que los logros personales están orientados a los cambios realizados o por realizarse en base a actitudes, comportamientos: soberbia, intolerancia, escucha, mentira, deshonestidad, enorgullecer a seres queridos. Estas son actitudes y conductas básicamente negativas, pero existe el deseo, una aspiración interna de que estas se conviertan en conductas y actitudes positivas o en todo caso en conductas que ayuden a la persona a sentirse bien consigo misma.

Asimismo, se puede decir que son actitudes y conductas que están íntimamente relacionados al manejo de afectos negativos, pero al mismo tiempo nos incitan a pensar en la importancia de los vínculos, los vacíos afectivos de relaciones personales y la necesidad de obtener o recuperar el amor perdido. Los entrevistados manifiestan que estos vínculos han sido casi aniquilados o destruidos debido a que sus actitudes y comportamientos no han sido los apropiados (mentira, deshonestidad, falta de escucha).

Por otro lado, las narrativas exploradas evidencian que las personas adictas a sustancias psicoactivas aspiran a ser individuos diferentes con características relacionadas a actitudes y comportamientos. Solo una persona manifiesta su aspiración de llegar a ser profesional. De igual manera, solo dos participantes refieren querer ser diferentes para la tranquilidad de alguno de sus seres queridos o más cercanos, de manera concreta, por su madre.

“Me gusta ser responsable conmigo mismo. Me gustaría ser un buen padre para mi hijo. Un día mi hijo me dijo “No te quiero ver bien por un día, por un año”. “Me gustaría ver por toda la vida”. Es lo que quiero hacer. También ser un buen hijo, Mi madre ha sufrido bastante conmigo” (Hombre, 30 años)

“Uhhmm ser mejor que, por ejemplo tomo yo como ejemplo mucho a mi papá que mi papá es una persona íntegra, con muchos valores, él si es disciplinado, trabajador, eh, responsable, eh, amigable, conversador ¿no?, muchos, muchas cosas positivas, yo lo tomo como ejemplo a él. Me gustaría ser así como él” (Hombre, 27 años)

“Honesto. Responsable...Así me gustaría ser. Ser más humilde. Acá estoy aprendiendo a ser humilde, volviendo hacer humilde. Porque eso no la tenía. En realidad el dinero tiene que ver mucho en eso. De haber tenido dinero desde muy chiquillo también me volvió soberbio” (Hombre, 26 años)

“Bueno, tener todos mis valores, valores, llegar a ser profesional, tener algo que sea mío, llegar a ser grande como se dice, salir adelante” (Hombre, 24 años)

“Idealmente me gustaría ser una persona, bueno una persona ideal para mí es una persona que está en paz, en armonía, físicamente, mentalmente, espiritualmente ¿no? Una tranquilidad plena” (Hombre, 22 años)

Las citas anteriores, como parte de las narrativas de cada sujeto, refieren que las personas adictas a sustancias psicoactivas tienen la necesidad y aspiran a cambiar su manera de ser individual en base a algunas características, que en la mayoría de discursos se repiten: responsable consigo mismo, buen padre, buen hijo, disciplinado, trabajador, honesto y humilde.

La segunda subcategoría es la que se refiere a los atributos que ellos creen que los otros tienen sobre las personas adictas, características, en su mayoría, negativas.

“Y en forma de ser alegre también en parte de ser chacotero ¿no?, soy chacotero, pienso que me miran así...como que también mis defectos yo también sabían que soy a veces, este vulgar al hablar a veces se incomodan” (Hombre, 30 años)

“A ver qué dirían pe a ver, ah ese, como se dice vulgarmente, ah es e huevón le gusta poner apodos, chacotero, deshonesto, ese huevón es mentiroso habla de consumo, varias cosas dirán de mí no. Lo he escuchado pero no les he dicho nada, los he dejado, me quedo callado, como otros compañeros que hablan bien de mí, me afirman, como que otros no” (Hombre, 24 años)

“De que nunca voy a cambiar, de que siempre voy a estar sumergido en los mismos errores, ehhhh de que siempre le voy hacer daño a las mismas personas no, y de que, más que todo de que esa persona ya no cambie yaaa, algo de lo que yo creo que están demasiado equivocados ¿no?” (Hombre, 28 años)

“Sinceramente creo que algunos me ven como un tonto porque... bueno por mi actuar a veces, quizás, considero que los que me conocen un poco más saben que me gusta leer, me gusta hacer deporte y... y nada más, eso ¿no? Una persona buena, no me meto con nadie, trato de no meterme con nadie. Soy un poco chacotero, bueno eso es algo muy marcado, me gusta fastidiar, me gusta fastidiar y nada más eso me consideran ¿no? Creo que me ven como una persona alegre, me gusta aclararme dudas que me genero ¿no? Me gusta el deporte” (Hombre, 22 años)

Estos extractos de los discursos de cada sujeto consideran que los otros tienen una mirada negativa, ya que las características mencionadas tienen en su mayoría una connotación peyorativa, aunque algunas de estas puedan parecer un tanto positivas. Como por ejemplo el de “chacotero”. Esto permite cuestionarnos de si es que no se usa el humor y la “chacota” como un mecanismo de defensa, de protección o de evitación del contacto con alguna realidad interna o externa.

Las características que los otros manifiestan son, en su mayoría, negativas: deshonesto, mentiroso, nunca va a cambiar, lo cual puede indicar cierta proyección, es decir, los entrevistados piensan sobre ellos mismos con los mismos atributos que los demás les atribuyen.

3.2. Dimensión Emocional

Por otro lado, se obtuvo información en cuanto a la dimensión emocional, a través de la cual se exploró el ajuste emocional o regulación de emociones de cada participante. Esta dimensión tiene una categoría denominada emociones negativas, básicamente por la presencia de éstas. Esta se divide en dos subcategorías: a) estrategias en el manejo de emociones, b) reacciones frente a los comentarios.

A través de los discursos de cada participante se nota la aparición de emociones comunes a todos los participantes: intolerancia, represión, negación, tristeza, euforia.

Así mismo, es pertinente resaltar que en su gran mayoría estas emociones son negativas. En cuanto a las estrategias en el manejo de emociones, los discursos señalan que las personas adictas cuando se encuentran frente a diferentes emociones lo que hacen, en un primer momento, es reprimir, contener y en algunos casos golpear. Asimismo, refieren que hablan con amigos, respiran, entretienen su mente, incomodan a otros, a través de bromas. A esto se suma lo señalado por algunos participantes, quienes hablan de la verbalización de sus emociones en los diferentes grupos terapéuticos del centro. Dos participantes señalaron que dentro de su manera de lidiar con sus emociones está llorar y orar a Dios.

“Emocionalmente me considero eufórico. Primero me reprimo viejo, para serte sincero, me reprimo, trato de contenerme. Todo lo relacionábamos a la chacota pero ruda o si no hacíamos una broma, todos creíamos que al otro le iba a gustar ¿me entiendes? Una cosa así, todo lo llevábamos al agravio ¿no? ” (Hombre, 21 años)

“Ehh como le dije también este, lo reprimo en muchas ocasiones o en algunas ocasiones les digo también, yo soy de más de palabra no voy tanto a físico, entonces yo les, a veces no más que se me pasa ¿no?, a veces le digo: ¿oe qué te pasa? Empujando pero, a veces le digo: no, no te comportes así, mira lo que has hecho. Trato de que la otra persona entienda porque está mal” (Hombre, 27 años)

“Respiro y pienso dos, tres veces antes de reaccionar...sí, como también llorar, orar para que Dios me ayude...cuando es alegría claro que lo manifiesto estoy contento, cuando es cólera estoy serio pero no voto la cólera con los demás, me la trago y me aparto y me voy a otro sitio donde esté solo tranquilo y pueda respirar y pensar por qué estoy así.” (Hombre, 24 años)

“Emocionalmente un muchacho carismático, alegre. A veces con ira por la frustración, por la traición. Esos son soy extremista. Porque puedo ser muy eufórico como puede estar muy depresivo. Ósea me voy a los excesos. No puedo estar en la mitad, no puedo controlar muy bien mis emociones. Así creo, emocionalmente me destruye. Cuando estoy muy depresivo necesito la sustancia. Si estoy muy eufórico tengo que celebrar con la sustancia. Así estoy viejo. Por eso estoy acá” (Hombre, 22)

Como se puede notar, los discursos señalan la presencia de emociones negativas, especialmente, en momentos o situaciones en las que se hace necesario estrategias para manejar o lidiar con alguna emoción con carga negativa. Por ejemplo, la intolerancia a la frustración.

Del mismo modo, se hace notorio, la presencia de emociones con un nivel de intensidad muy bajo, pero en otras ocasiones esta intensidad es considerablemente alta. Por ejemplo, sentirse eufórico y conducir esta euforia a la broma ruda o en palabras de los entrevistados, a la “chacota” en este sentido, se puede hablar de cambios emocionales repentinos, es decir, pasar de una emoción a otra de una forma violenta, pero al mismo tiempo, existe la incapacidad de reconocer éstos estados de ánimo.

Es pertinente mencionar que la mayoría de entrevistados señala que existe una diferencia entre las estrategias utilizadas antes de llegar al centro y las utilizadas una vez iniciado su proceso de rehabilitación.

“No la verdad. Esto el centro me está ayudando a ir por el lado bueno, para construir mi vida. Decía mi abuelo “cada quien es arquitecto de su propia vida”. Yo lo destruí mi vida, destruí mi ser. Aquí lo estoy volviendo a construir” (Hombre, 22 años)

“Porque he cambiado mi forma de vida ¿no?, de, de ver, de no ser amoroso a ser cariñoso ¿no? ha tenido un gran logro en mí, otro logro personal podría ser el estar acá ¿no?” (Hombre, 30 años)

Otra de las subcategorías de la dimensión emocional fue las reacciones de las personas adictas frente a los comentarios. En cuanto a esta subcategoría existe una diferencia en las reacciones, ya que los participantes señalan que frente a comentarios positivos reaccionan escuchando y aceptando y que frente a comentarios negativos reaccionan de manera resistente, por ejemplo, negando, sulfurándose o tratando de ser revanchistas.

“Yo digo las cosas como son. Si me quieren decir algo que me digan a mi cara. No a mis espaldas. Yo hablo primero. Lo confronto. No digas en mi espalda. Si algo no te gusta de mi persona dímelo de frente” (Hombre, 30 años)

“Bueno, si es algo negativo que es verdad agacho la cabeza, lo recepto bien, si es algo negativo que no es verdad me sulfuro, me enciendo, al toque comienzo a negarlo y comienzo... no ha negarlo simplemente a... a... exponer que es que es mentira ¿no?, soy una persona que no me gusta cuando, cuando me alzan falsos testimonios, cuando alzan falsos hacia mí, yo al toque exploto y trato de... de... no sé cómo expresarme mejor dicho y no sé cómo poner las ideas en claro para hacerle entender a la otra persona que no, que no es así ¿no?” (Hombre, 30 años)

“Bueno estee, si son cosas malas, estee, me incomodan, me incomodan, o siempre, siempre, aunque uno no quiera siempre esta ese sentimiento de revanchismo ¿no?, porque me ha hecho esto ,a veces yo también caigo en esos pensamientos y mi mente se pone a buscar ¿no? algún momento para devolverla uhmm” (Hombre, 27 años)

“ehh, bueno por ejemplo, esteee, me intolerera cuando las personas se quieren pasar de vivas, o hacen algo que no me agrada, o son injustos, o cuando no están informadas y ya te dicen algo, hablan a tus espaldas. Yo también cometo errores y a veces me intoleran que me digan mis errores, yo no quiero pero igual me intolerera, que me marquen mis actitudes también me intolerera, no es una intolerancia grande, sino que yo siento que me incomoda, me incomoda y me molesto” (Hombre, 27 años)

Como se nota, existe una clara diferencia en cuanto a reacciones frente a comentarios de otras personas. Cabe resaltar que frente a comentarios negativos, los evaluados, reaccionan con incomodidad, revanchismo, sulfuración, negación. Lo cual, probablemente, muestra ausencia de estrategias para manejar afectos o comentarios negativos.

3.3. Dimensión Social

Finalmente, se exploró la dimensión social. Esta ha sido dividida en dos categorías: Grupos de interacción y comunicación. La primera ha sido dividida en subcategorías: a) relaciones con personas conocidas, b) relaciones con personas cercanas. c) relación con los con los progenitores.

En cuanto a la primera subcategoría las personas entrevistadas señalan que cuando se relacionan con personas conocidas (sin confianza) suelen no hablar mucho, no dicen lo que piensan, no se abren, evitan, los evaden y a esto se suma la desconfianza que tienen con estas personas.

También, manifiestan que sus relaciones sociales con las personas cercanas (con confianza) se dan por medio de determinadas características como: compartir ideas, dar consejos y hablar sobre sí mismos. Otros manifestaron no tener buena relación con sus familiares debido a que estas personas cercanas se enfadaron o porque la persona adicta siente algún tipo de remordimiento por todo el daño ocasionado.

De la misma manera, los discursos de los participantes hacen evidente la ausencia de una figura paterna. En sus narrativas, en casi todos los casos, la figura de la que se habla es la madre. En cuanto a la comunicación, los participantes manifiestan que no necesariamente dicen lo que piensan cuando entran en contacto con otras personas. Esta falta de sinceridad tiene como características a la mentira, la agresividad, la impulsividad y la poca reflexión para comunicar sus ideas.

Esto incita a pensar en la posibilidad que las personas adictas a sustancias psicoactivas tienden a evitar nuevas relaciones, puede ser por miedo al rechazo, crítica. Por ello, se puede decir que, probablemente, se mueven dentro de relaciones inestables, poco sólidas. Esto les conduce a la búsqueda y necesidad de tener personas y grupos de los que puedan depender, de alguna manera como los centros de rehabilitación que funcionaría como un grupo de soporte esencial en los vínculos.

Por otro lado, es preciso mencionar la ausencia de una figura que represente autoridad, sostén y estabilidad de diferente índole, en este caso, una figura paterna. Asimismo, es probable, que la comunicación de los participantes esté orientada a la complacencia de los otros o en todo caso funciona como un mecanismo de evitar hablar de temas personales mucho más profundos. En este sentido, la comunicación se torna superficial y difusa.

“Cuando no conozco a la persona no hablo mucho, me expreso poco. No saco todo de mí” (Hombre, 26 años)

“No, ahora poco a poco he estado recuperando ya más la sensibilidad y es ahora donde siento, justo el ehh, el apartamiento de ellos, la lejanía. Nostalgia siento, nostalgia, pena, a veces este, culpa conmigo mismo, cólera por haber ehh, defraudado a ellos por ejemplo, haberlos defraudado ¿no?” (Hombre, 27 años)

“Pero de personas que sí son de mi entorno digamos este de, tengo un poco de amigos dos, tres amigos con ellos si todo suelto normal, con mis hermanos igual, pero con otro tipo de gente generalmente siempre ha sido un problema la mayoría” (Hombre, 30 años)

“Obviamente cosas personales hay veces no las disparo así no más con cualquiera más que con personas bien allegadas a mí o personas que de repente puedo conocerlas de repente dos tres días pero siento esa confianza pa contárselo y se lo cuento ¿no?

¿Entiendes? Porque hay personas así, hay personas que te hacen sentir confianza en un minuto” (Hombre, 30 años)

“Que a veces no puedo elaborar bien una idea y digo cualquier cosas, o a veces estee, al decir algo no lo puedo pronunciar bien y empiezo a tartamudear y eso también me molesta. uhmmm, siempre la vergüenza me ha venido por lo que va decir la otra persona, más que nada por eso . ehh, lo que pasa es que a veces yo tengo otros temas de conversación y algunos se aburren . A veces no sé qué decir para que todos estén pendientes o tal vez me presten atención” (Hombre, 27 años)

Los discursos de los entrevistados señalan que existe una diferencia notoria en la manera de relacionarse con los demás, entonces manifiestan que con personas conocidas (sin confianza) no hablan mucho, no se abren, no se dan a conocer, no dicen lo que piensan. Mientras que con personas cercanas (con confianza) lo que hacen es compartir ideas, dar consejos y hablar sobre sí mismos.

Algunos de los participantes mencionan no tener una buena relación con personas cercanas, debido a que se sienten culpables del daño ocasionado. Probablemente, esto es miedo a ser descubiertos, conocidos y también miedo a la crítica, al rechazo, a las opiniones de los demás.

Entonces, pareciera que lo que hacen es evadir y evitar nuevos vínculos personales para seguir dependiendo de aquellas personas consideradas individuos de confianza. La comunicación tiene como características a la impulsividad, mentira, agresividad, entonces, es probable que esta sea superficial y difusa.

De aquí se puede decir que en los resultados se plasman las tres dimensiones del autoconcepto, señaladas en el marco teórico. Esta descripción permitirá profundizar y analizar dichos resultados con mayor detenimiento en las líneas siguientes.



CAPITULO IV: DISCUSIÓN

En esta sección se presentan las ideas de los resultados discutidos a la luz del análisis y la posible comprensión de los diferentes discursos.

Los resultados, a través de las narrativas de los propios sujetos entrevistados, permiten evidenciar que la personas adictas a sustancias psicoactivas viven un proceso de intento de organizar y asociar sus diferentes características como un todo integrado. Aunque las características parezcan formar parte de un proceso “normal”, se puede señalar que se hace evidente la presencia de un self fragmentado, escindido, disociado, en el que la presencia de atributos negativos es mucho más notoria.

Entonces, la imagen que las personas adictas a sustancias psicoactivas tienen sobre sí mismas se ve envuelta por atributos negativos muy presentes y repetitivos. Lo cual puede indicar que existe, de alguna manera, falta de consciencia de aspectos positivos, denotando así un autoconcepto negativo. Como se vio en la teoría, los pacientes al llegar a una institución, por un lado, muestran una serie de mecanismos y procesos psicológicos que intervienen como barreras y que impiden el cambio y por otro lado, manifiestan un gran abanico de deficiencias en las diferentes dimensiones de su desarrollo personal, lo que repercute significativamente en el deterioro de la imagen y valor que la persona tiene sobre sí misma (Rodríguez, 2004). Cuando la atención está dirigida a la información social negativa, se deja de lado aquella información relevante y positiva, entonces, las valoraciones, los juicios, las percepciones en relación a uno mismo y a los demás son erróneas, irreales y negativas (Barón, 1996).

Sin embargo es necesario mencionar que se hace evidente un intento de armonizar estos dos polos (atributos negativos y positivos), lo cual indica, un paso importante en el tratamiento, ya que los entrevistados son conscientes de aquello que tienen que modificar. Es pertinente acotar, también, que varios participantes muestran cierto grado de introspección y consciencia sobre sus comportamientos, actitudes y pensamientos. Lo cual invita a pensar que el autoconocimiento no necesariamente se da a partir de los tres meses como es planteado en el proceso del centro.

Un atributo que llama la atención es la permisividad con uno mismo, o en palabras de los entrevistados, no hacerse cargo de sus acciones y simplemente no pensar en ellas. Esta permisividad tiene una doble dirección, ya que no solo se refiere a ellos mismos, sino también a los demás. Es decir, son permisivos con los demás para ser permisivos consigo mismos. Entonces, la permisividad se convierte en un pretexto para ganarse el consentimiento de los demás. Este mecanismo de complicidad les conduce a la indiferencia, a la desconfianza en el otro, a la irresponsabilidad y a la acción sin ningún tipo de reparo en las consecuencias. Esta permisividad, no les permite tener límites claros y al mismo tiempo les conduce a tener una percepción errónea de la autoridad.

Entonces, como ellos mismos manifiestan, nace la mentira, la justificación de sus comportamientos sin un ápice de reflexión y análisis. Al mismo tiempo, esto también puede significar que la permisividad con los demás funciona como un pretexto para no perder a las personas en las que, de alguna manera, se confía. Puede significar una necesidad de mantener vínculos, al menos momentáneos. En la teoría se habla que el autocuidado es una habilidad y que al mismo tiempo tiene que ver con el juicio, el control. La carencia de estas internalizaciones hace que las personas adictas no pueden regular sus interrelaciones, su autoestima y su cuidado personal (Khantzian, 2007).

De todas las dimensiones exploradas, hay una que merece especial atención y análisis, esta es la dimensión emocional. Debido a que en esta parte se hace evidente la escasa habilidad para manejar situaciones con carga emocional negativa. Por eso es que las estrategias que se usan son inexistentes, por ejemplo, en el manejo de impulsos, se hacen

presentes manías como la euforia repentina, el cambio violento de una emoción a otra. Entonces, se hacen presentes y evidentes emociones como la ira, inseguridad, temor, tristeza, incompreensión.

A esto se suma un sinnúmero de pensamientos negativos. Es así como se puede decir que las personas adictas a sustancias psicoactivas experimentan emociones, básicamente, desadaptativas, disfuncionales y desagradables. Entonces, se puede hablar de una alteración en cuanto a la regulación de emociones. En la teoría se sostiene que la adicción a sustancias está relacionada con una activación anormal de las emociones, por eso es lógico decir que las personas adictas a sustancias psicoactivas tienen una alta probabilidad de presentar alteraciones en las percepciones y experiencia de diferentes emociones (Pérez, 2013). Se señala que las personas adictas no son capaces de satisfacer las exigencias, expectativas, y necesidades de dependencia de una manera apropiada en las relaciones interpersonales y no son capaces de tolerar el no tener compañía, entonces, la urgencia de suplir su orfandad y soledad busca refugio en una actividad compulsiva, adictiva (Johnson, 1999).

Las emociones frente a los comentarios de los demás, son en su mayoría negativas, lo cual indica una falta aprendizaje emocional para recibir comentarios negativos que hacen nacer en ellos: represión, negación, huida. También es preciso mencionar el cambio de un estado emocional a otro de manera repentina y violenta, por ejemplo, en un momento uno está triste y súbitamente, se vuelve eufórico, como una manera de encubrir o sublimar emociones negativas o en todo caso enfrentarse a realidades y experiencias internas desagradables. Entonces, se puede hablar de inestabilidad emocional. Esto hace evidente la ausencia de habilidades emocionales para reflexionar y pensar en las emociones de tal manera que les permita convivir consigo mismos y con los demás. En la teoría se habla de estrategias, como competencias emocionales. Éstas son definidas como un grupo de capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes relevantes y necesarias para reflexionar, tomar consciencia, entender, comunicar y regular de una manera apropiada los estados emocionales. Esto redundará en el bienestar personal y social (Álvarez, 2013).

Otro atributo que merece atención especial, ya que se repite en los discursos de la mayoría de los entrevistados es la poca capacidad para tolerar la frustración. Esto puede inducir a pensar en la escasa presencia de habilidades para manejar y lidiar con afectos negativos, lo cual les conduce a experimentar emociones desagradables o negativas, pero al mismo tiempo, creencias y pensamientos como “los demás piensan que nunca voy a cambiar”.

Esto hace nacer en ellos emociones como tristeza, indiferencia, sulfuración, cualquier acontecimiento desagradable les enfada. La escasa presencia de estrategias para lidiar con afectos negativos los conduce a adquirir otro tipo de herramientas como los mecanismos de defensa: represión, inhibición, evasión, aislamiento, proyección, negación. En la teoría se comenta sobre los orígenes de la falta de capacidad en la regulación de los afectos en la infancia temprana y en la falta de internalización de autocuidado proveniente de los padres. El juicio, el control, el pensamiento reflexivo, el autocuidado al no ser internalizados de manera apropiada, en personas adictas a sustancias psicoactivas, se convierten en obstáculos tanto en la regulación afectiva de las interrelaciones como en la autoestima y en las habilidades para desarrollar un cuidado personal apropiado (Khantzian, 2007). Sin embargo, es preciso mencionar que los entrevistados se proyectan a cambiar, básicamente, conductas y actitudes como la mentira, deshonestidad, irresponsabilidad.

Es interesante notar, también la presencia de algunos mecanismos maniacos de protección y de defensa, por ejemplo, las bromas o en palabras de los mismos entrevistados “la chacota”. Entonces, “la chacota”, se convierte en una manera recurrente de evadir emociones internas desagradables, ya que la persona adicta intenta proteger su mundo interno a través de las bromas. Este mecanismo termina siendo ineficaz, ya que no les permite confrontarse con sus realidades, a veces, turbulentas, desagradables. Al mismo tiempo, les permite evadir situaciones displacenteras, ya sea consigo mismos o con los demás. En la teoría se señala que la persona adicta usa diferentes defensas maníacas tales como la idealización, la negación, la identificación con un objeto ideal y el control omnipotente de los objetos, con la intención de controlar, triunfar y huir de las ansiedades persecutorias. El yo del adicto es débil y no tolera las pérdidas, por tanto no tiene la

fortaleza necesaria para actuar por sí solo Rosenfeld (como se citó en Gonzáles, 2008). Una de estas defensas maníacas es el humor o la “chacota”. Estudios clínicos muestran que pacientes deprimidos y anoréxicos usan las bromas, caricaturas como maneras de provocación y para conseguir aprobación, aceptación. Estas actitudes, llevan dentro de sí agresividad. Pero no solo usan las bromas “rudas” para burlarse de los demás, sino que también se usan a sí mismos como medios de burla (Izard, 1979).

Finalmente, los resultados muestran una dimensión social carente de habilidades sociales para relacionarse, especialmente, con personas desconocidas, ya que los entrevistados manifiestan que frente a estas personas no hablan, no se abren, no se dan a conocer o en la mayoría de casos, simplemente evaden. Esto podría significar que la creación de vínculos con estas personas requiere bastante tiempo, más de lo que toman los procesos “normales”. Puede significar, también, alguna estrategia de protección para no ser descubiertos, pero al mismo tiempo, puede significar falta de confianza en sí mismos, el miedo a ser conocidos y resistencia frente a los comentarios de los demás.

Es importante, además, notar que los entrevistados separan a las personas en grupos de confianza y sin confianza, es decir, las personas sin confianza son las desconocidas y las personas con confianza son cercanas a ellos. En la teoría se comenta que las personas adictas no solo sufren desajustes en el área personal, sino que también estas alteraciones se hacen presentes en su vida social, por ejemplo, la poca capacidad para mantener relaciones amistosas, rechazo hacia los demás, comportamientos de rebeldía frente a la autoridad y desinterés por algún tipo de valores Charo (como se citó en Torbay et al., 2013). Cuando estas habilidades sociales son pobres, las relaciones con otras personas se convierten en lo que se conoce como la categorización social, es decir, se divide al mundo en diferentes categorías sociales (conocidos, desconocidos), entonces se asignan pensamientos, creencias agradables y favorables a los miembros del propio grupo, mientras que a los del otro grupo se le atribuye sentimientos indeseables. Es así como nace el prejuicio (Barón, 1996)

En esta misma línea, en una investigación se señala que personas adictas, en la categoría de amistad y relaciones interpersonales, revelan una mayor necesidad de

mecanismos interpersonales y expresan de manera notoria la falta de confianza que tienen en los otros, la carencia de apoyo afectivo y la ausencia de amigos (Torbay et al., 2013). La escasez de habilidades sociales se presenta como un elemento frecuente en diferentes problemas y uno de ellos es la adicción a sustancias psicoactivas y por otro lado, la construcción o adquisición de habilidades sociales puede funcionar como elemento protector ante el uso de sustancias psicoactivas. Por ello, que el desarrollo de habilidades sociales es importante para que el individuo resuelva sus conflictos de manera saludable, asertiva (Moral y Ovejero, 1998).

Así mismo, se hace evidente la ausencia de la figura paterna como símbolo de autoridad o sostén en la familia. Los participantes, casi todos, resaltan a la figura materna como una presencia importante en la familia. Por eso se comenta en la teoría que en este proceso de internalización del cuidado de los padres, la figura paterna debería jugar un rol de soporte, pero en muchos casos, esta no es capaz de brindar soporte y sostén a los problemas de su esposa y por otro lado no reacciona frente a la relación de madre/hijo. Esta indiferencia le conduce a no hacerse responsable de las necesidades y requerimientos de la madre y del hijo. En un inicio, la madre junto al hijo constituyen una díada, pero se va transformando en una triada, ya que la figura paterna estaría utilizando al hijo como medio de sobrevivencia. A través de esta relación perniciosa, la figura paterna simplemente se muestra apática e indiferente, incluso llegando a negar la existencia de esta convivencia perversa. Esta figura relacional es introyectada por el adicto y lo convierte en una manera de vivir: explotar o ser explotado. Entonces, se construye una manera de pensar en la que una parte del yo del adicto niega las acciones de la otra parte (Kalina, 1988). La formación del autoconcepto también tiene como base cuestiones sociales, lo que permite entender que los constructos soporte social y soporte familiar están íntimamente relacionados con el autoconcepto. Los individuos con concepciones positivas acerca del ámbito social y familiar, desarrollarán y presentarán un autoconcepto positivo (Baptista et al., 2012).

Asimismo, los entrevistados comentan que no tienen una buena relación con sus seres queridos debido que se sienten culpables por el daño ocasionado. De hecho este sentimiento de culpa significaría un constante conflicto interno de pensamientos, creencias

y emociones. En este sentido la persona adicta intenta armonizar estos conflictos utilizando mecanismos como la mentira, la deshonestidad. En la teoría se sostiene que esto sería una disonancia cognitiva. Entonces, la persona se encuentra frente a dos posibilidades: motivado para reducir la disonancia o tratar de esquivar situaciones que aumenten la disonancia. Pero la persona no puede vivir con este conflicto, entonces, busca una solución: consumir sustancias psicoactivas y a esto se suma y aparece la mentira y la deshonestidad como maneras de desaparecer tal disonancia (Festinger, 1968). Asimismo, se señala que el autoengaño está relacionado a factores como la negación, amnesia selectiva, proyección y pensamiento fantaseado (Martínez-González et al., 2015).

La comunicación con las diferentes personas, con las que tienen contacto, está basada en la mentira y la exposición de ideas viene acompañada de impulsividad, agresividad y poco análisis para expresar ideas. Esto significaría falta de asertividad para transmitir emociones y pensamientos. Al existir estas características, el espacio comunicativo de las personas adictas con los demás se torna superficial y difuso, carente de objetivos e intereses. Con algunas personas, familiares, la comunicación es una expresión de complacencia, probablemente, como una manera de evadir temas personales mucho más profundos.

Algunos autores señalan que en estudios en los que se vinculan variables de personalidad, de carácter psicosocial y drogodependencias se hace evidente una clara relación con mecanismos de afrontamiento, de las incitaciones y presiones tanto grupales como sociales que conducen al consumo. Pero no solo estos mecanismos, sino también aquellos relacionados a habilidades de asertividad, autocontrol. Entonces, existe una asociación evidente entre asertividad y respuesta agresiva. La agresividad se ha convertido en un factor de origen relacionado, asociado al consumo de sustancias psicoactivas. Personas con un locus de control externo, baja tolerancia a la frustración y con asertividad inapropiada tienen mayor disposición a ser influenciados por los demás o a buscar satisfacción y aprobación en el mundo externo (Moral et al., 2011).

En cuanto a la comunicación, también se sostiene, en la teoría, que los comportamientos agresivos y pasivos son expresiones no asertivas que tienen consecuencias negativas; impiden una comunicación efectiva, adecuada, satisfactoria y así afectan la integridad psicológica y física del individuo. Entonces, las potencialidades y habilidades humanas quedan disminuidas (Velázquez et al., 2012).

Por otro lado, es necesario mencionar que los logros personales de los entrevistados, en su mayoría, están referidos a la recuperación de los vínculos con aquellas personas con las que los han perdido, es decir, sus expectativas personales están orientadas a la relación con los demás. Otra vez, aquí se hace evidente la necesidad y la urgencia de crear lazos y vínculos. En la teoría se sostiene que las personas adictas no son capaces de satisfacer las exigencias, las expectativas, las necesidades de dependencia de una manera apropiada en las relaciones interpersonales y no son capaces de tolerar el no tener compañía, entonces, su urgencia de permanencia del objeto busca refugio en una actividad compulsiva, adictiva. De aquí que los niños que desarrollarán adicciones no logran internalizar la permanencia de objeto durante el periodo preedípico y sienten temor que sus impulsos agresivos puedan aniquilar o destruir los objetos de amor o personas en las que confían. Unos años más tarde, los niños tienen la experiencia del alejamiento y separación de su familia y responden refugiándose en la adicción (Jhonson, 1999).

Así mismo, se dice que los sujetos partícipes de un apego seguro construyen una mirada más positiva de sí mismos que las personas que experimentaron un apego ansioso-ambivalente. Entonces, la imagen que tienen las personas que formaron parte de un apego seguro es el reflejo de las experiencias positivas que vivieron. Esta autopercepción le permite al sujeto verse como una persona con valor, digno de calor y afectos humanos y es por eso que sus relaciones sociales son positivas y productivas. Esto permite decir que el producto de un apego con calidad es un autoconcepto consistente y afianzado (Festorazi et al., 2011).

Es importante, mencionar, también la importancia del centro de rehabilitación y del tratamiento que las personas adictas a sustancias psicoactivas reciben, ya que como ellos

mismos manifiestan, el proceso de rehabilitación les están ayudando a cambiar algunas conductas y actitudes, en palabras de ellos, reconstruir sus vidas. En la teoría se refiere que a los tres meses de tratamiento se encuentra ya un proceso ascendente positivo en cuanto al reconocimiento y tratamiento de sus conflictos emocionales. Las personas adictas sostienen no sentirse solas en sus problemáticas emocionales (Álvarez, 2013).



CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son importantes para desarrollar nuevas estrategias en el proceso de rehabilitación de personas adictas a sustancias psicoactivas en pos de la construcción de un autoconcepto positivo que permita planificar, orientar y ejecutar de una manera más consistente el trayecto de la rehabilitación.

- Los resultados muestran la exploración de tres dimensiones (personal, emocional y social). Dichas dimensiones tienen características diferentes. La dimensión personal es entendida como la idea que cada persona tiene de sí mismo en cuanto ser individual. La dimensión emocional se refiere a cómo se ve la persona a sí misma en términos de ajuste emocional o regulación de sus emociones. La dimensión social se refiere a la percepción que cada cual tiene de sus habilidades sociales con respecto a las interacciones sociales.
- En la dimensión personal, a través de las narraciones, se puede notar cierta ambivalencia, disociación, fragmentación. Esto de alguna manera se condice con la literatura, especialmente, cuando se dice que los pacientes al llegar a una institución, por un lado, muestran una serie de mecanismos y procesos psicológicos que intervienen como barreras, que impiden el cambio y manifiestan un gran

abanico de deficiencias en las diferentes dimensiones de su desarrollo personal, lo que repercute significativamente en el deterioro de la imagen y valor que la persona tiene sobre sí misma (Rodríguez, 2004).

En la dimensión emocional se nota la presencia de emociones, en su mayoría negativas: poca tolerancia a la frustración, falta de capacidad para manejar afectos negativos, mecanismos de defensa, mecanismos maníacos de protección. Esto se condice con la literatura cuando se señala que la persona adicta usa diferentes defensas maníacas tales como la idealización, la negación, la identificación con un objeto ideal y el control omnipotente de los objetos con la intención de controlar, triunfar y huir de las ansiedades persecutorias. El yo del adicto es débil y no tolera las pérdidas, por tanto no tiene la fortaleza necesaria para actuar por sí solo Rosenfeld (como se citó en Gonzáles 2008).

En la dimensión social, se nota escasez de habilidades sociales en sus relaciones con otros. En la teoría se comenta que las personas adictas no solo sufren desajustes en el área personal, sino que también estas alteraciones se hacen presentes en su vida social, por ejemplo, la poca capacidad para mantener relaciones amistosas, rechazo hacia los demás, comportamientos de rebeldía frente a la autoridad y desinterés por algún tipo de valores Charo (como se citó en Torbay, et al., 2013).

- La literatura nos dice que la mayoría de las investigaciones en cuanto al autoconcepto tienen un enfoque cuantitativo, por lo que esta investigación adquiere relevancia al tener un enfoque cualitativo, lo cual ha permitido resaltar el tema del autoconcepto de una manera comprensiva, reflexiva y profunda.
- Una de las dimensiones que prevalece en cuanto a sus contenidos es el área emocional, sin embargo, es necesario mencionar que las diferentes dimensiones, se encuentran íntimamente relacionadas y muchos de los temas narrados por los entrevistados son transversales a estas.

RECOMENDACIONES

A partir de lo recogido y discutido y pensando en futuras investigaciones se hace necesario plasmar algunas recomendaciones para, precisamente, permitir que nuevos estudios, en lo posible, busquen generar conocimientos desde diferentes perspectivas.

- La población de este estudio ha sido solo masculina, entonces, sería interesante realizar una investigación con población femenina. Esto permitirá no solo tener una perspectiva distinta, sino también obtener información para comparar grupos.
- En esta investigación se dice que el centro de rehabilitación es un espacio dirigido por una congregación religiosa, entonces, sería propicio realizar el estudio en un centro que no esté dirigido por una congregación religiosa. Esto permitirá abordar nuevos temas en cuanto a personas adictas y a centros de rehabilitación.
- Los entrevistados son personas que se encuentran en rehabilitación, peor sería útil, también entrevistar a los profesionales a cargo de las personas adictas a sustancias psicoactivas, ya que es importante también la mirada de otras personas.
- Tanto en los resultados como en la discusión se señala a la dimensión emocional del autoconcepto como aquella que merece especial atención, por eso sería productivo profundizar la dimensión emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alvaro, J; Garrido, A y Torregrosa, J. (1996). *Psicología social aplicada*. Madrid. McGraw-Hill/Interamericana de España. S.A.

American Psychiatric Association. (DSM 5,2002). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Panamericana.

Arana, J y Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas con patología dual y mujeres usuarias de drogas. *Revista Eguzkilo*. 169-215. Recuperado de

<http://www.ehu.es/documents/1736829/2174561/12Arana.pdf>

Ascorra, P y López, V. (2016). Investigación cualitativa en subjetividad. *Psicoperspectivas*, vol. 15, (1), 1-4. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242016000100001&script=sci_arttext&tlng=en

Baptista, M., Rigotto, D, Cardoso, H, & Rueda, F. (2012). Social, family support and self-concept: Relationship between constructs. *Psicología desde el Caribe*, 29(1).

Baron, R. (1996). *Psicología*. Mexico. Prentice-Hall Hispanoamericana. S. A.

Cañas, J. (2004). *Antropología de las adicciones: psicoterapia y rehabilitación*. Madrid: Dykinson.

Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. España: Ediciones Akal.

Becoña, E. y Oblitas, L. (2003). Psicología de la salud y adicciones: perspectiva terapéutica. *Revista de Psicología de la Pucp. Volumen 21 (1)*. Recuperado de <file:///C:/Users/ROLI/Downloads/Dialnet-PsicologiaDeLaSaludYAdicciones-993444.pdf>

Cazalla-Luna, N y Molero D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*. Volumen 10, 43-64. Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/viewFile/991/818>

Cedro. (2015). *El problema de la drogas en el Perú*. Recuperado de http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El_problema_de_las_Drogas.%C3%BA%20ver.pdf

Cisneros, A. (1999). Interaccionismo simbólico, un pragmatismo acrítico en el terreno de los movimientos sociales. *Revista Sociológica*, Volumen, 14. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3050/305026706001/>

Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 11, 2018). Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1602669465>

Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: choosing among five approaches*. London: Sage publications.

Demo, D. (1992). The self concept over time: *Research Issues and directions*. *Annual reviews of sociology*, 303-323.

Devida. (2015). *Reporte estadístico sobre el consumo de drogas en el Perú y acciones de prevención y tratamiento*. Recuperado en [file:///C:/Users/ROLI/Downloads/Reporte-Estadistico-2015-Prev-y-Trat%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ROLI/Downloads/Reporte-Estadistico-2015-Prev-y-Trat%20(1).pdf)

Erikson, E. (1983). *Identity: Youth and crisis*. London-Bostón: Faber and Faber Editors.

Esnaola, I; Goñi, A y Madariaga, J. (2008). El autoconcepto; perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, volumen 13, (1), 69-96. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17513105>

Feist, J y Feist, G. (2007). *Teorías de la personalidad*. McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U.

Fernández, D. Bartolomeu, D. Marín, J. Boulhoca, C. y Sisto F. (2005). Autoconcepto y rasgos de personalidad: un estudio correlaciones. *Revista de Psicología escolar y*

educacional. Volumen, 9. Recuperado de
<https://www.redalyc.org/pdf/2823/282321815002.pdf>

Festorazi, V. Catañeiras, C y Posada, C. (2011). Estilos de apego y autoconcepto: bases para una adolescencia positiva. *Psicodebate. Psicología, Cultura y sociedad*, 11.

Freixa i Baqué, E. (2002). El conocimiento de sí mismo desde la óptica conductista. *Revista Psicothema*, Volumen, 15, (1). Recuperado de
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715101>

García, F y Musitu, G. (2014). *Autconcepto forma 5*. Madrid: Tea ediciones.

González, O y Goñi, E. (2005). Dimensiones del autoconcepto social. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832309018>

González, J. (2008). Psicoanálisis y toxicomanía. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental Volumen 1*, (4) Recuperado en
<http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/psicoanalisisytoxicomania.pdf>

Gonzales, J., Nuñez, J., Glez, s. y Garcia, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*. Volumen, 15, (3). Recuperado de
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709204>

Hernández, R y Liranzo, P. (2013). Las diosas sometidas: autoconcepto en mujeres de grupos vulnerables. Encuentros afectivo-participativos y sus efectos en el self. *Ciencia y sociedad*. Volumen, 38, (4). Recuperado de
<https://revistas.intec.edu.do/index.php/ciso/article/view/Artic3848>

Ibarra, E y Jacobo, H. (2014). *Adolescencia: evolución del autoconcepto*. Mexico. Juan Pablos Editor.

Izard, C. (Ed.). (1979). *Emotions in personality and psychopathology*. New York. PlenumPress.

James, W. (1989). *Principios de Psicología*. México: Fondo de Cultura económica.

Jhonson, B. (1999). Tree perspectives on adiction. *Journal of the American PsychoanalyticAsociation*. Volumen, 47, (3), 791-815.

Kalina, E. (1988). *Adolescencia y drogación*. Buenos Aires. Nueva Visión.

Kantzian, E. (2007). *Treating addiction as human process*. United Kingdom: Jason Aronson.

Katamaya, R. (2014). *Introducción a la investigación Cualitativa: fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Perú: Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega.

Lara, A y Gutiérrez, A. (1998). Comunidades terapéuticas: una respuesta desde la informalidad. *Revista científica de Cedro. Volumen, 16*, 4-16. Recuperado de [file:///C:/Users/ROLI/Downloads/PSICO-12\(16\)1998%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ROLI/Downloads/PSICO-12(16)1998%20(3).pdf)

Martínez-González, J., Vilar, R., Becoña, E. y Verdejo- Garcia, A. (2015). Self deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema. Volumen, 28*, (1).

Martínez-Lorca, M. y Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones, Volumen, 15*, 2, 145-158. Recuperado de <file:///C:/Users/ROLI/Downloads/438-848-1-SM.pdf>

Mead, J. (1972). *Mind, self and society*. United States of America. Chicago Press.

Mestre, V., Samper, P. y Pérez, E. (2001). Clima familiar y desarrollo del autoconcepto: un estudio longitudinal en población adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología. Volumen, 33*, (3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80533301>

Moraima, M y Mújica, L. (2008). El análisis de Contenido: una forma de abordaje metodológico. *Revista de Educación Laurus. Volumen. 14*, (27), 129-144.

Moral, M y Ovejero, O. (2005). Un programa de intervención psicosocial para la mejora de las habilidades sociales de adolescentes consumidores de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Apuntes de Psicología 2005, Volumen, 23*, (1), 3-26. Recuperado de [file:///C:/Users/ROLI/Downloads/65-129-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ROLI/Downloads/65-129-1-SM%20(1).pdf)

Moral, M de la V; Sirvent, C y Blanco P. (2011). Adicciones y déficits en asertividad. *Psicología. com. Volumen 15*, (8). Recuperado de http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2011/03/Adicciones-y-deficits-en-asertivida_1.pdf

Morales, F. (2017). Relaciones entre afrontamiento del estrés cotidiano, autoconcepto, habilidades sociales e inteligencia emocional. *Departamento de psicología evolutiva y de la educación. Volumen, 10*, (2). Recuperado de <https://www.redib.org/recursos/Search/Results?lookfor=autoconcepto&type=AllFields&page=13>

Naranjo, M. (2006). El autoconcepto positivo: un objetivo de la orientación y la educación. *Revista electrónica "actualidades investigativas en educación". Volumen 6*, (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44760116.pdf>

- Observatorio peruano de drogas (2010). *Informe final sobre el impacto de drogas en el Perú*. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/oid/research/Costs/Estudio%20Impacto%20Social%20Economico%20Peru%202010.pdf>
- Oriol, R. y Apud, I. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y Drogas, Volumen. 16*, 115-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>
- Oñate, Pilar. (1989). *El autoconcepto: formación, medidas e implicancias en la personalidad*. Madrid: Narcea, S.A. de ediciones.
- Pérez, M (2013). Alteraciones emocionales en pacientes drogodependientes. *Revista de la asociación Proyecto Hombre*. Recuperado en https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2013/07/Revista-PH_81_BAJA.pdf
- Richard, A. Trevino, R. Barker, M. Valdez, J. (2010). Negative Reflected Appraisal, Negative Self-Perception, and Drug Use Intentions in a Sample of Suburban High School Students. *Journal of Child&AdolescentSubstance Abuse. Volúmen 19*, 193–209.
- Rodriguez, A. (2009). Aspectos teóricos-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. *Cuadernos de la facultad de humanidades y ciencias sociales-Universidad Nacional de Jujuy*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/185/18516803015/>
- Rodríguez, E. (2004). *Efectos de un programa de psicoterapia cognitivo-conductual en el bajo nivel de autoconcepto y en los estadios de cambio en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas*. Lima. Devida.
- Schlegel, R., Hirsch, K. y Smith, C. (2013). The importance of you who really are: the role of the true self in eudemonia. American Psychological association.
- Shavelson, R., Hubner, J., Stanton, J. (1976). *Self concept: validation of construct interpretations*. Review of educational research. Pp. 407-441.
- Snodgrass, J y Thompson, R. (Ed.). (1997). *The self in relation to others: cognitive and motivational underpinnings*. New York. The New York academy of Sciences.
- Torbay, A; Heras, C y Marrero, M. (2003). Evaluación de las necesidades sociopersonales de drogodependientes, desde un programa de intervención: La perspectiva de los

implicados. *Anales de psicología* vol. 19, (2), 173-186. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/167/16719201/>

Unodc. (2016). *Informe mundial sobre las Drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

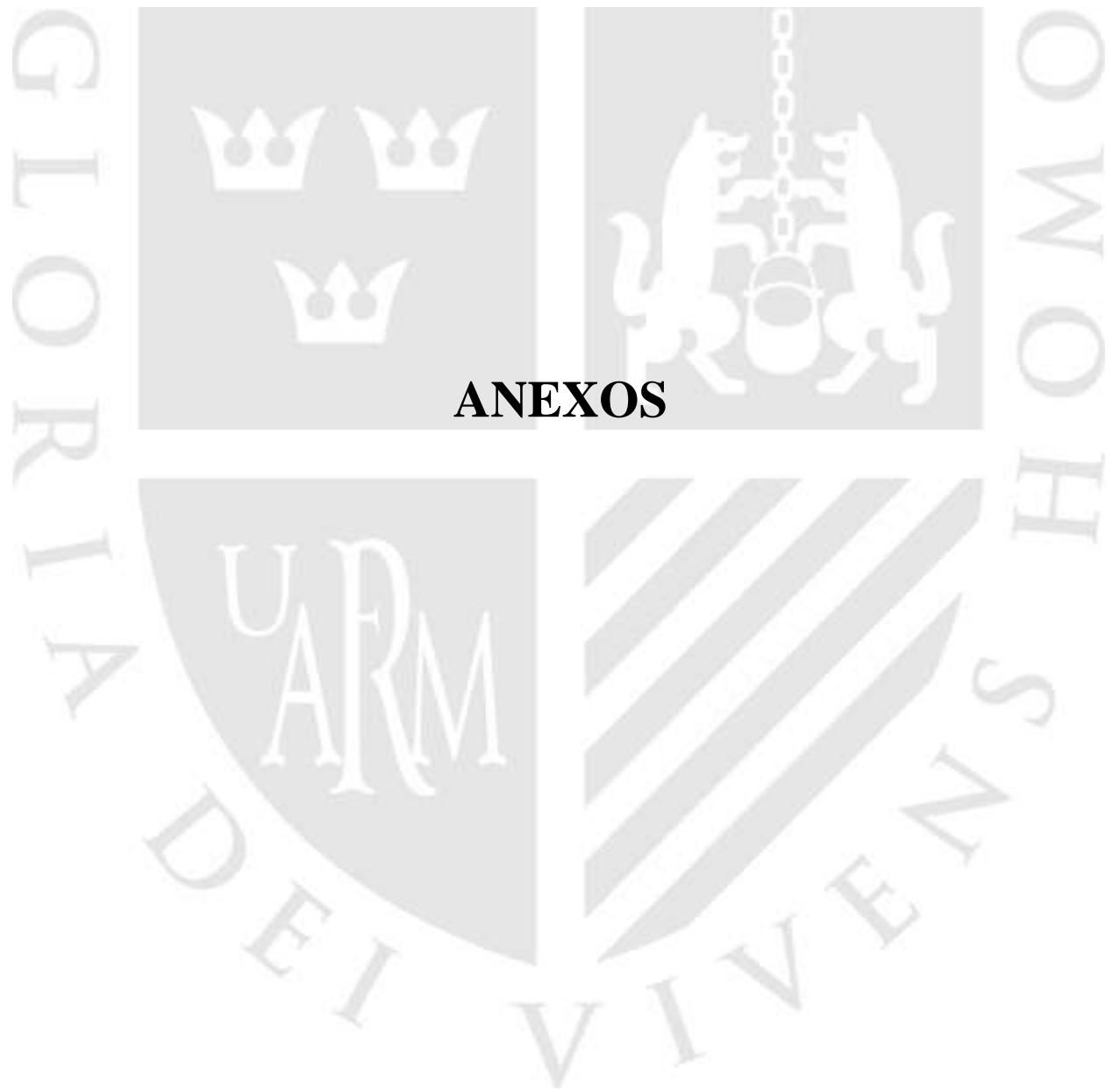
Utges, M. (2005). Tesis doctoral. Los trastornos de la personalidad en adictos a la heroína y la seroconversión el VIH, una asociación relevante. Universidad autónoma de Barcelona. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5568/mun1de1.pdf>

Velazquez, M., Arellanez, J. y Martínez, A. (2012). Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta Colombiana de Psicología*. Volumen, 15, (1). Recuperado de [file:///C:/Users/ROLI/Downloads/203-888-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ROLI/Downloads/203-888-1-SM%20(1).pdf)

Watson, C y Greenberg, S. (2017). *Emotion-Focused Therapy for generalized anxiety: Strengthening the vulnerable self*. Washington: American Psychological Association.

Wylie, R. (1974). *Self concept: a brief historical overview of psychologists' interest in constructs concerning the self*. University of Nebraska.

Zabala, F y Fernández, R. (2005). Diferencias en el autoconcepto personal y social. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, (1), 243-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=3498>



ANEXO No 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Roli Marín Tapia de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, en el marco del cursode Seminario de Tesis I. El objetivo de este estudio es: explorar el autoconcepto en personas adictas, en proceso de rehabilitación.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas, formuladas, a través, de una entrevista.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán identificadas con un código y por lo tanto, serán anónimas.

Su participación en este estudio es voluntaria y puede dejar de participar en el momento que dese sin que esto lo perjudique de ninguna forma. Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Adicionalmente, si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Si tiene preguntas adicionales sobre su participación en este estudio o quisiera acceder a los resultados de esta, puede contactar a Catalina Hidalgo correo catyhidalgo@gmail.com.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya. He sido informado(a) del objetivo, duración y otras características de la investigación.

Reconozco que mi participación es voluntaria y que la información que yo provea en el curso de esta investigación es confidencial.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Catalina Hidalgo correo catyhidalgo@gmail.com.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar al correo y teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(En letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

ANEXO No 2: GUIA DE ENTREVISTA

Buenos días, mi nombre es Roli Marín, soy estudiante de Psicología de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya. Estoy realizando una investigación para mi tesis de Licenciatura, cuyo tema es el autoconcepto. Todas las respuestas tendrán un carácter confidencial, es decir, tu nombre no será divulgado. No existen respuestas correctas o incorrectas, ya que todas son importantes, debido a que me interesa mucho conocer tu opinión sobre lo que yo te pregunte. Si no entiendes alguna pregunta, no dudes en preguntarme. Como me interesa mucho escuchar atentamente lo que vayas diciendo, voy a grabar la entrevista para no tomar nota. En cualquier momento de la entrevista, cuando creas conveniente, podemos parar. Gracias por tu participación.

Seudónimo:

Edad:

Sexo:

Grado de instrucción:

Tiempo de internado:

Lugar de procedencia:

Estado Civil:

Hijos:

Algún tipo de tratamiento previo:
consumo:

Sustancias consumidas:

Tiempo de

¿Cómo te describirías? ¿Cómo así?

Si tuvieras que decir tres palabras sobre ti ¿Cuáles serían?

¿Qué es lo que más te gusta de ti y lo que menos te gusta de ti?

¿Crees que hay cosas en ti que han cambiado a lo largo del tiempo? ¿Cómo así? ¿Desde cuándo?

¿Cuáles son los logros más importantes alcanzados por ti de manera personal?

¿Te gusta ser cómo eres?

¿Cómo te gustaría ser idealmente?

¿Cómo crees que los demás te ven?

¿Cómo te definirías emocionalmente? ¿Qué emociones y sentimientos te caracterizan?

¿Cuáles son las emociones más presentes en ti? ¿En qué situaciones se presentan?

¿Qué haces cuando sientes algunas emociones? Ejemplo, rabia, tristeza, alegría.

¿Qué emociones experimentas cuando estas con los demás? (familia, hijos, compañeros de internado) ¿Y qué haces cuando sientes esas emociones?

¿Cómo reaccionas frente a lo que tu familia o amigos comentan sobre ti? ¿Te incomoda?

¿Ignoras? ¿Te cuestiona? ¿Te agrada? Explícame. ¿Cómo así?

¿Cuáles son los comentarios de los demás que te ayudan a crecer y aquellos que no te ayudan?

¿Cómo reaccionas frente a los comentarios de los otros?

¿Cómo eres en tus relaciones con los demás?

¿Qué habilidades o fortalezas tienes cuando te relacionas con los otros?

¿Qué es lo que menos te gusta de ti cuando te relacionas con los demás?

¿Crees que necesitas cambiar algo en tus relaciones con los demás? ¿Esta forma de relacionarte con los otros es diferente dependiendo de si estás con tu familia, amigos, compañeros de trabajo?

¿Cuáles son las principales características que los demás resaltan sobre ti en la forma como te relacionas con los demás?

¿Es importante para ti que los demás perciban cambios en ti? ¿Cómo así?

¿Hay algo más que me quieras contar acerca de lo que hemos hablado, acerca de ti mismo?

Muchas gracias por el tiempo que me has brindado, tus respuestas son muy valiosas para la investigación que estoy realizando.



ANEXO No 3: MATRIZ DE ENTREVISTA

Objetivo	Variable	Áreas temáticas	Preguntas
<p>Explorar el auto concepto en personas adictas a sustancias psicoactivas de 20 a 30 años, que inician su proceso de rehabilitación</p>	<p>Auto concepto Constructo, a través del cual se elaboran percepciones subjetivas sobre uno mismo. Se adquiere a través de patrones de interacción y de atribuciones que el sujeto hace sobre su propia conducta y se va actualizando y cambiando en tanto que las personas desarrollan nuevas habilidades intelectuales y cognitivas. (Shavelson, Hubner</p>	<p>Datos Sociodemográficos</p>	<p>Seudónimo Edad Sexo Grado de instrucción Tiempo de internado Lugar de procedencia Estado Civil Hijos Algún tipo de tratamiento previo:</p>
		<p>Personal</p> <p>El término autoconcepto personal hace referencia a la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser individual (Cazall-Luna y Molero, 2013)</p>	<p>¿Cómo te describirías? ¿Cómo así? Si tuvieras que decir tres palabras sobre ti ¿Cuáles serían? ¿Crees que hay cosas en ti que han cambiado a lo largo del tiempo? ¿Cómo así? ¿Cuáles son los logros más importantes alcanzados por usted de manera personal? ¿Cómo te gustaría ser idealmente?</p>
		<p>Emocional</p> <p>cómo se ve a sí misma en cuanto a ajuste emocional o regulación de sus emociones (Cazalla-Luna y Molero, 2013)</p>	<p>¿Cómo ves tu vida emocional? ¿Qué emociones experimentas en el contacto con los demás? (familia, hijos, compañeros de internado) ¿Cómo manejas tus emociones?</p>

	y Stanton,		<p>¿Cómo te definirías emocionalmente?</p> <p>¿Cuáles son las emociones más presentes en ti? ¿En qué situaciones se presentan?</p>
		<p>Social</p> <p>Representaría la percepción que cada cual tiene de sus habilidades sociales con respecto a las interacciones sociales con los otros y se calcula a partir de la autovaloración del comportamiento en los diferentes contextos sociales (Markus y Wurf (como se citó en Cazalla-Luna y Molero, 2013)</p>	<p>¿Cómo crees que los demás te ven?</p> <p>¿Qué es lo que usualmente tu familia o amigos te comentan?</p> <p>¿Cuáles son los comentarios de los demás que te ayudan a crecer y aquellos que no te ayudan?</p> <p>¿Qué crees que los demás piensan sobre ti?</p> <p>¿Cuáles son las principales características que los demás resaltan sobre ti?</p> <p>¿Algunas personas han percibido un cambio en ti?</p>