



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**



**“CONSTRUCCIÓN PERSONAL Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN
ADULTOS DEPENDIENTES Y NO DEPENDIENTES AL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

RODRIGO SALGADO BECERRIL

NÚMERO DE CUENTA: 0713381

ASESOR

DRA. EN INV. PSIC. PATRICIA BALCÁZAR NAVA

TOLUCA, MÉXICO, FEBRERO DE 2018.

ÍNDICE

	PAG.
RESUMEN	8
PRESENTACIÓN	10
INTRODUCCIÓN	13
MARCO TEÓRICO	17
CAPÍTULO I: “DROGA”, “ADICCIÓN” Y DEPENDENCIA	17
1.1 Definición y Clasificación del Concepto “Droga”.....	17
1.2 La Dimensión Social e Histórica del Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	22
1.3 Características del Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas.....	26
1.4 Definiciones, Terminología y Discusiones de los Criterios Diagnósticos de la Dependencia al Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	32
1.5 Etiología, Comorbilidad y Malestar Psicológico en los Trastornos Adictivos.....	44
1.6 Retos y Puntos de Abordaje en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos Relacionados con el Abuso de Sustancias Psicoactivas.....	51
1.6.1 Condiciones de Efectividad y Recaída de los Tratamientos Psicológicos.....	51
1.6.2 Puntos de Abordaje en la Terapia Psicoanalítica.....	53
1.6.3 Puntos de Abordaje en la Terapia Cognitiva.....	58
1.6.4 Puntos de Abordaje en la Terapia de los Constructos Personales.....	61
CAPÍTULO II: LA TEORÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES Y LA DEPENDENCIA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	65
2.1 Antecedentes Históricos de la Epistemología Constructivista.....	66
2.2 La Psicología de los Constructos Personales.....	71
2.2.1 Los Constructos Personales.....	73
2.2.2 Los Corolarios.....	74
2.2.3 El Sí Mismo.....	77
2.2.4 La Salud Mental y El Ciclo de la Experiencia.....	78

2.3 La Visión Constructivista de la Dependencia al Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	81
MÉTODO	89
Objetivo General.....	89
Objetivos Específicos.....	89
Planteamiento del Problema.....	89
Hipótesis.....	94
Tipo de Estudio.....	95
Variables.....	95
Población.....	107
Muestra.....	108
Selección de Instrumentos.....	109
Diseño de la Investigación.....	113
Procedimiento.....	113
Procesamiento de la Información.....	116
RESULTADOS	118
DISCUSIÓN	127
CONCLUSIONES	145
SUGERENCIAS	147
BIBLIOGRAFÍA	151
ANEXOS	160

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue el de identificar si existen diferencias en la construcción personal y el malestar psicológico de una muestra adulta no clínica y una muestra de adultos en proceso de rehabilitación con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas prevalente y presentada durante el último año según el DSM-IV-TR (2002), o bien, trastorno por consumo de sustancias según el DSM5 (APA, 2014) con presencia de los criterios que describían a la dependencia en el DSM-IV-TR, siendo ambos grupos diagnosticados mediante el módulo “E” de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV-TR (SCID-1) correspondientes al consumo de alcohol o al consumo de sustancias no alcohólicas. Adicionalmente, se analizaron e identificaron correlaciones entre los patrones de síntomas de malestar psicológico y los elementos de análisis de la construcción personal.

Se llevó a cabo un estudio de tipo comparativo mediante un diseño de tipo no experimental transeccional de dos muestras independientes (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006), al llevar a cabo la aplicación de la Técnica de la Rejilla, el SCL-90-R y de los apartados necesarios de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV-TR (SCID-1) a la población seleccionada en un solo momento de medición.

En el estudio se identificaron diferencias entre la construcción personal de las muestras que comprometen a la Estructura Cognitiva, específicamente dentro de una diferencia estadísticamente significativa en el número de Constructos Discrepantes, siendo mayor en la muestra de adultos con diagnóstico de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, lo que señala una situación en la que las personas se sienten divididas entre un cambio deseado y las relaciones positivas del síntoma dentro del marco de la autodefinición.

Se concluye al respecto que la construcción de la realidad en la que el consumo problemático de sustancias psicoactivas es una alternativa viable dentro de la muestra

clínica, encuentra su viabilidad en la coherencia que este proceso facilita para la extensión de subsistemas de autodefinición del sujeto, que aunque son menos funcionales, son más satisfactibles y no tienen en cuenta procesos de invalidación de la identidad que verían peligrar la eficacia predictiva del sistema de construcción ante un cambio espontáneo desorganizado en el propio sistema de construcción personal.

Adicionalmente se identificaron correlaciones entre algunos patrones de síntomas de malestar psicológico y algunos elementos de análisis de la Técnica de la rejilla dentro de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas que involucran: la calidad de la percepción que el participante tiene sobre sus síntomas en relación al número de construcciones que el sistema de construcción tendría la capacidad de elaborar (Índice de Malestar Autopercebido y número de constructos), además de la calidad de las alternativas que su sistema de construcción ofrece en relación a lo que él considera congruente en su persona (Ansiedad fóbica-constructos congruentes) y a la viabilidad sintomática que encuentran las dificultades que engloban el psicoticismo al verse condicionadas por la calidad de las alternativas que se derivan del grado de Polarización (Polarización-Psicoticismo).

PRESENTACIÓN

El tratamiento psicológico de las adicciones pone de manifiesto tanto para la sociedad como para el terapeuta un particular reto en la consecuencia de una de las intuiciones más inmediatas que surge de la observación de los fenómenos que en términos generales entendemos como “desórdenes psicológicos”. Dicha intuición es la que se presenta durante aquel momento en el cual se puede llegar a enarbolar desde un particular punto de vista la ausencia de algún esquema lógico en la conducta del ser humano racional. Es decir, el devenir de una “mala ciencia” en las personas que no consiguen encausar sus procesos hacia la funcionalidad en sociedad.

La estructuración de los marcos conceptuales psicológicos permite contemplar bajo distintas perspectivas las relaciones de un amplio número de conductas con diversos aspectos de la subjetividad y particularidad de los individuos. Sin embargo, un aspecto que puede llegar a ser lamentable es que las cuestiones derivadas del consumo problemático de sustancias psicoactivas no llegan a estar exentas de consideraciones similares para cada caso durante su tratamiento, es decir, una revisión de la situación actual deja al descubierto que los particulares retos y áreas de oportunidad que la terapia psicológica enfrenta en este tema precisan del reconocimiento de la capacidad autorreflexiva de la mente humana en algún lugar en el que la aparente ausencia de racionalidad propia de un individuo pueden frustrar su tratamiento.

Quizás una de las nociones más básicas de la psicología es que esta es una ciencia multiparadigmática, situación que cuando no llega a confundir a algunos, permite apreciar la aceptación y la responsabilidad de los límites humanos, incluidos los límites de la razón. Bajo este contexto, el constructivismo se propone como una metateoría que implica mayores facilidades para adoptar un estilo de pensamiento más relativista, contextual y dialéctico considerando que toda experiencia humana es inseparable del proceso global por el que se atribuye el significado.

El énfasis epistemológico que adopta la Teoría de los constructos personales da lugar a una reestructuración mayor de los marcos conceptuales para contemplar nuevas relaciones de orden lógico en el tratamiento psicológico, dentro de las cuales este puede saber identificar el proceso de la construcción de sus propios esquemas y por lo tanto, saber limitar aquellos significados propios de una teoría y del propio terapeuta de aquellos significados que pertenecen a su paciente, reconociendo de esta manera los dilemas por los cuales el ser humano supone cosas y toma decisiones dentro de una variedad de alternativas que lo involucran ante todo y el primer lugar a él, a sus propios términos y no a los términos de los objetos externos.

Entendiendo que cada acto de conocimiento refleja un mundo propio, son los términos de ese mundo los que limitan una variedad de alternativas. El tema de la construcción humana de las alternativas que involucran a los procesos holísticos de la vida del ser humano permite hacerle volcar un especial interés dentro del estudio del consumo problemático de sustancias psicoactivas en base a que permite elaborar una propuesta que considera en su propia teoría la lógica conductual de una conducta aparentemente autodestructiva. Bajo un punto de vista epistemológico, este sentido lógico debería poder ser contemplado por los tratamientos psicológicos y los propios estudios sobre su efectividad lo reflejan como algo necesario, razones por las cuales el presente trabajo lleva a cabo un análisis comparativo de la Construcción Personal de una muestra de adultos Dependientes al consumo de sustancias psicoactivas con una muestra no clínica con la intención de dilucidar las posibles diferencias generales mediante una metodología propiamente constructivista.

Este trabajo presenta dos capítulos. El primero de ellos “DROGA, ADICCIÓN Y DEPENDENCIA” retoma diversas definiciones y clasificaciones de las sustancias psicoactivas, así como la dimensión social e histórica de su consumo en la humanidad y las propuestas diagnósticas de los distintos niveles y circunstancias de consumo. Estos apartados del capítulo permiten ampliar un panorama que tiene en consideración a diversos puntos de vista de su objeto de estudio como el resultado de un largo y complejo proceso de construcción social. Además, tiene la finalidad de delimitar las problemáticas

sociales y para el individuo que conlleva concretamente aquello que puede ser entendido como un consumo problemático de sustancias psicoactivas. Finalmente, el capítulo también aborda los retos actuales de diversas perspectivas psicológicas para su tratamiento.

El segundo capítulo “LA TEORÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES Y LA DEPENDENCIA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS” propone un abordaje teórico particular de la Dependencia al consumo de sustancias psicoactivas que hace hincapié en la perspectiva constructivista de la cognición. Se describe de qué manera la Teoría de los Constructos Personales propone a través de la Técnica de la Rejilla una metodología que permite explicar los constructos con los que una persona organiza su mundo para captar y comprender el modo en que una persona da sentido a su propia experiencia a través de sus propias palabras. También se retoman las diversas hipótesis constructivistas encontradas al respecto de la Dependencia al consumo de sustancias psicoactivas.

El apartado de “RESULTADOS” de esta investigación se ha orientado a exponer bajo el modelo metodológico de la Técnica de la Rejilla los rasgos generales de las maneras ante las cuales una muestra organiza sus constructos y elementos en contraste con otra muestra no clínica a través del análisis comparativo estadístico mediante la prueba t de Student.

Es en el apartado de “DISCUSIÓN” en el que este análisis comparativo da pie al contraste de hipótesis constructivistas y no constructivistas anteriormente encontradas respecto al tema que han llevado a las conclusiones y sugerencias.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que durante siglos el consumo de sustancias psicoactivas ha sido un fenómeno constante en la sociedad (Slapak y Grigoravicius, 2006), los informes epidemiológicos permiten hacer notar su importancia como uno de los problemas socio-sanitarios más graves debido a su asociación con la comorbilidad de otras patologías y costes en términos de vidas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral y conflictos familiares entre otras problemáticas sociales que han alimentado un amplio debate sobre el tema (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009).

Dentro de los aspectos referidos a lo individual y lo psicológico cabe destacar la manera en la que el abuso y la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas se ve asociado con diversos síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de manifestar problemas significativos relacionados con dicha sustancia (American Psychiatric Association, 2002).

Según la Encuesta Nacional de Adicciones del 2011: Reporte de Alcohol (Medina Mora et al., 2012), el consumo de alcohol en la población general se ha visto caracterizado por un incremento significativo en los distintos niveles de consumo, tanto en hombres como en mujeres (71.3% dijo consumirlo alguna vez, 51.4% el último año y 31.6% en último mes). Este incremento es análogo al reflejado en la población adolescente (42.9% dijo consumirlo alguna vez, 30.0% el último año y 14.5% en último mes). Aunado a ello, el índice de adolescentes con posible dependencia al consumo de alcohol registró un incremento significativo, que pasó de 2.1% a 4.1% con respecto a la misma encuesta llevada a cabo en el año 2002. Otro dato destacable a señalar menciona que en referencia a las personas que presentan posible dependencia al consumo de sustancias psicoactivas (6.2% para el alcohol y 0.7% para drogas ilegales), sólo cerca del 6.8% para el alcohol y el 18.4% para drogas ilegales, asistieron a algún tratamiento, de los cuales sólo el 17.5% y el 35.0%, respectivamente, terminaron tratamientos completos con especialistas. Esto quiere decir que sólo el 1.19% de las personas que

presentan posible dependencia al alcohol y 6.44% de las personas que presentan posible dependencia a drogas ilegales, terminaron un tratamiento con un especialista.

El consumo de drogas ilegales (1.8% de la población), ha afectado de manera particular a la juventud, pues los niveles más altos de consumo se encuentran dentro del grupo de los 18 a los 34 años de edad (2.8% de su población) y el consumo de marihuana entre el género masculino ha tenido un incremento significativo, que pasó del 1.7% al 2.2%. Siendo el mismo género también el más afectado por la dependencia al consumo de drogas (1.3%) en comparación a las mujeres (0.2%) (Villatoro Velázquez et al., 2012). La principal dificultad de las condiciones de consumo de sustancias psicoactivas es que más allá de sus niveles, en lo que bajo términos generales puede apreciarse sobre la eficacia del tratamiento psicológico en adicciones se observa que la mayoría de los pacientes con “adicción” a sustancias psicoactivas recaen dentro de los primeros seis meses de seguimiento tras la desintoxicación hospitalaria (Grau López et al., 2012; Guirado, Freixa, Guardia, Salafranca y Turbany, 1994)

La opinión sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas es un aspecto frecuentemente permeado y dividido por una importante construcción social e histórica (Slapak y Grigoravicius, 2006), además del amplio número de factores y aspectos intersubjetivos que determinan consecuencias particulares para cada sujeto (Dusek y Girdano, 1990). Es aún dentro de estas valoraciones que la dependencia, junto al abuso del consumo de sustancias psicoactivas como paso evolutivo en su desarrollo, constituyen justificadas problemáticas a atender puntualmente para las personas que lo padecen, sus seres cercanos y la sociedad en general debido a las consecuencias que estos trastornos implican para el desarrollo funcional de quien la padece, el peligro al cual lo expone y sus implicaciones particulares para diversos problemas de salud (Lorenzo et al., 2009).

La literatura pone de manifiesto que el consumo problemático de sustancias psicoactivas es un fenómeno diverso y de complejos factores asociados a su etiología, que expresan una dificultad para señalar aspectos determinantes en su desarrollo. Es

por ello que la orientación epistemológica bajo la que este estudio plantea abordar el tema atiende acordemente a las consideraciones de nuevas perspectivas en el ámbito de la salud mental, en el sentido de que particularmente en este tema no siempre existe una causa única de los eventos, ni tampoco es regla que un evento dado tenga una consecuencia claramente delimitada (Aguilar Bustos, 2002). Los avances en el conocimiento del tema, permiten vislumbrar la premisa común que en sus estudios comparten las orientaciones constructivistas; que no se tiene acceso a una realidad singular, estable y totalmente cognoscible. Sino que contrario a ello, la comprensión de la realidad está inmersa en el contexto y es necesariamente limitada (Neimeyer y Mahoney, 1998). Esta premisa permite valorar una forma particular de plantear la búsqueda ante el objetivo prioritario que tiene la investigación de proponer nuevas dianas terapéuticas para la prevención y el tratamiento (Ibáñez Cuadrado, 2008) que a su vez permitan tener presente la importante relación que hay entre la sintomatología patológica comórbil y la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas (Casas y Guardia, 2002).

Los enfoques constructivistas coinciden en considerar a las conductas, los síntomas, las resistencias al cambio, al igual que cualquier otra emoción o pensamiento como parte de todo un proceso de dar significado a la experiencia, que es comprensiva con el sentido de identidad (Feixas, 2003). Su análisis se orienta en entender la manera en la que los criterios con los que una persona elige entre las alternativas de su comportamiento se relacionan con los términos ante los cuales ha estructurado su mundo y se considera que sólo mediante ellos se pueden entender sus dilemas (Kelly, 1969/2001). Bajo este orden de ideas es que el presente trabajo plantea que el consumo de sustancias psicoactivas (como cualquier conducta, emoción o pensamiento por el que todo ser humano opta por inclinarse) enmarca una particular vía en el proceso de significar la realidad, dentro de la cual pueden dilucidarse aspectos significativos para su rehabilitación en virtud de la forma en la que construye y anticipa su problemática, a sí mismo y al proceso de vivir en general. El tratamiento constructivista contempla que la facilidad o dificultad para adaptarse a distintos cambios y demandas se suscitan en función de la construcción que los consumidores realizan sobre sí mismo y los elementos

que giran en torno a sus problemas. Considerando que toda actividad está mediada por su propia construcción de la misma, es importante planificar y desarrollar la intervención en el tema considerando que la propuesta deberá ser asimilada por el sujeto dentro de su sistema de construcción previo, pues en él juega un papel relevante el mantenimiento de las pautas terapéuticas orientadas al cambio (Feixas y Villegas, 2000).

Este trabajo centra su metodología en un particular modelo de atribución del significado que las personas emplean como seres que construyen activa y continuamente el significado de su realidad, dándole significado a las experiencias que la vida les presenta, propuesta por George Kelly como la Teoría de los Constructos Personales (TCP) y en la dilucidación de los aspectos significativos en la construcción personal mediante la Técnica de la Rejilla (TR), que evalúa aspectos cognitivos y relacionales desde la propia construcción del sujeto, en este caso de adultos que según los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) presentan “dependencia” al consumo o policonsumo de sustancias psicoactivas o bien, que el DSM 5 enmarca como el continuum de “Trastorno por consumo de sustancias” mediante los criterios relacionados con la dependencia. También se analiza la relación sugerida en estudios anteriores entre la construcción personal y la variada sintomatología de malestar psicológico (Feixas, Cipriano y Varlotta, 2007) que es evaluado con el Inventario de Síntomas SCL-90-R-R de L. Derogatis (1994). El énfasis en esta última parte de la significancia que el malestar psicológico parece tener dentro del paso evolutivo que va del abuso de sustancias psicoactivas a la dependencia (Lorenzo et al., 2009).

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: “DROGA”, “ADICCIÓN” Y DEPENDENCIA

1.1 Definición y Clasificación del Concepto “Droga”

El término droga, del árabe ḥaṭrúka; que literalmente significa “charlatanería” (Real Academia Española, 2001) es un término bastante amplio y antiguo que se empleó en la farmacología clásica para referirse a un medicamento en su estado bruto, tal cual como aparece en la naturaleza (Lorenzo et al., 2009). También se cree que puede provenir de la palabra holandesa droog, que significa “seco” debido a que muchas de las plantas que se importaban a Europa desde América debían ser secadas previas a su viaje para que no perecieran en su transporte (Sanjuán e Ibáñez, 2002).

Dusek y Girdano (1990) puntualizan que comúnmente se define a la droga como una sustancia que por su naturaleza química afecta a la estructura o funcionamiento de un ser vivo. Sin embargo, señalan que esta definición puede llegar a abarcar casi todo lo que una persona ingiere, se inyecta o absorbe. En cara a ello es que estos autores sugieren que cualquier discusión sobre las drogas debe ser definida limitándose al particular punto de vista de todo el mundo y elaboran una interesante precisión al señalar que esta definición puede incluir medicinas, drogas ilegales, alcohol, cigarros, aditivos de alimentos, sustancias industriales e incluso algunos alimentos. El anterior señalamiento sugiere que las definiciones atribuidas a este término parten de los criterios que se utilicen para identificarlo; desde el punto de vista farmacológico por ejemplo, droga se refiere a cualquier sustancia sintética o natural, químicamente pura o no, cuya ingestión provoca una modificación de la consciencia, de la percepción y del humor (Galimberti, 2006). En una definición similar, Astolfi et al. (1989) denominan droga a toda sustancia química capaz de alterar al organismo, cuya acción psíquica se ejerce especialmente sobre la conducta, la percepción y la conciencia.

Lorenzo et al. (2009) señalan que manteniendo el criterio clínico médico en 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, pueda modificar una o más de sus funciones”. De tal forma que con esta definición “droga” pasó a convertirse en un sinónimo de “fármaco” y es así como se continúa utilizando en el inglés (drug).

De entre otros criterios propuestos para la delimitación del término “droga”, Lorenzo et al. (2009) también manifiestan aquel que señala que para que una sustancia sea considerada como tal, su consumo debe ir acompañado por la existencia de un grado de nocividad social ya sea a nivel familiar, laboral y personal. Bajo este contexto sustancias como la cafeína, la teína e incluso el tabaco no podrían considerarse droga.

Partiendo de las distintas delimitaciones del término “droga” a lo largo de la historia, con el tiempo también se originaron diversos intentos por clasificarlas que se distinguen entre sí principalmente por el criterio bajo el cual son ordenadas. Una de las primeras, más completa y significativa de ellas, fue la propuesta por Lewin (1931/2013), la cual las divide de la siguiente manera:

1. Euphorica (Estupefacientes y opiáceos): Abarca al opio y a sus derivados, como la morfina, la heroína y la codeína. En la misma clase se incluyen los preparados sintéticos como la metadona, la meperidina y la dextromoramina, además de la cocaína.
2. Phantastica (Alucinógenos): Abarca el LSD, la mescalina y el Cannabis y sus derivados.
3. Inebriantia (Embriagantes): Abarca el alcohol, el éter, el cloromorfo, la gasolina, el petróxido de nitrógeno, los pegamentos y solventes para barnices.
4. Hypnotica (Hipnóticos y sedantes): Este grupo abarca los barbitúricos, el hidrato de cloral, los bromuros y las benzodiacepinas.

5. Excitantia (Excitantes): Abarca sustancias de uso cotidiano cuyo abuso es socialmente aceptado, como la cafeína, el tabaco, el té, y el alcanfor.

Otra clasificación de las drogas que suele ser muy habitual y que refleja en gran medida su propio criterio es la de "drogas duras" y "drogas blandas". Donde tal condición es si producen o no, respectivamente, dependencia física o sólo hábito o dependencia psíquica. De tal forma que son consideradas "drogas duras" los opiáceos, los narcóticos, barbitúricos y el alcohol, mientras que el tabaco, el cannabis y los alucinógenos son considerados "drogas blandas" (Molina Mansilla, 2008).

Sanjuán e Ibáñez (2002) también sugieren que es posible establecer muy distintos números de clasificaciones de droga, como pueden ser las "institucionalizadas" y "no institucionalizadas": Dentro del grupo de las drogas "institucionalizadas" se incluyen los estimulantes, los hipnóticos barbitúricos y no barbitúricos, los ansiolíticos, los neurolépticos, el alcohol y el tabaco. Dentro del grupo de las "no institucionalizadas" se incluye el opio, la cocaína, el cannabis, el LSD, los anestésicos, los alucinógenos vegetales, los inhalantes y el éxtasis.

Tanto las definiciones como las clasificaciones anteriormente señaladas entre un número ingente más que es posible encontrar en la literatura, ponen de manifiesto que no existe con precisión una clasificación estrictamente mucho más idónea que delimite un término que es por sí mismo muy amplio (Molina Mansilla, 2008). Sin embargo, gran parte del contexto científico se orienta hacia la ya mencionada clasificación propuesta por la OMS en 1982. Lorenzo et al., (2009) señalan que además de ello, la OMS intentó delimitar su clasificación en función de cuáles son las sustancias que pueden producir dependencia y estableció como "droga de abuso" a: "Aquella sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos y susceptibles de ser autoadministrada que provoca efectos en el Sistema Nervioso Central". Actualmente, desde la perspectiva médica y científica se utiliza el vocablo "droga" para referirse a un gran número de sustancias que cumplen los siguientes requisitos, los cuales, bajo la perspectiva del término citado por la OMS,

distinguen algunos matices que diferencian a las drogas de los fármacos (Lorenzo et al., 2009):

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de sus funciones.
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
3. El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psíquica).
4. No tienen ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Para fines de una investigación, resultaría muy sencillo poder definir del término droga a partir de estas últimas delimitaciones que plantean al uso médico de las sustancias psicoactivas como aspecto distintivo entre las “drogas de abuso” y los “fármacos”. Sin embargo, es conocido que todas las sustancias psicoactivas comúnmente usadas son capaces de producir dependencia psicológica (Dusek y Girdano, 1990).

Cruz y López (2001) resaltan que aunque uno de los grandes logros de la medicina moderna fue haber desarrollado fármacos eficaces en el tratamiento de diversos trastornos del ánimo gracias a los cuales algunos trastornos que anteriormente eran incapacitantes ahora pueden ser tratados con muy buenos resultados bajo regímenes de dosificación apropiados para distintos trastornos, todos estos fármacos son considerados sustancias psicoactivas que al menos bajo sus propios términos pretenden ser diferenciadas de las drogas de abuso. El paradigma actual precisa de una distinción exacta y objetiva entre las medicinas psicoactivas o “fármacos” y las “drogas de abuso”. Dar respuesta a ello, implica tener en cuenta la complejidad de los efectos que estos

tienen, tanto en función de sus mecanismos particulares de acción como en las condiciones de cada persona que la consume, la dosificación y la forma farmacéutica (pastilla, jarabe, inyección u otras). En función a ello, una sustancia puede ser muy útil o muy peligrosa, como sucede con la morfina o las benzodiazepinas, por ejemplo.

Es importante mencionar que las sustancias psicoactivas de prescripción médica constituyen un grupo particular de sustancias que sólo deben ser consumidas por indicación médica y supervisión, mientras que las “drogas de abuso” son sustancias cuyo consumo representa un riesgo elevado para la sociedad y el individuo al ser contempladas para otros fines. Sin embargo, las consecuencias del consumo de las primeras como utilidad médica o como droga de abuso radican principalmente en el apropiado control y adherencia al régimen de tratamiento, elementos sin los cuales pueden producir un deterioro clínico significativo de consecuencias importantes de la misma manera en la que sucede con las “drogas de abuso” (Cruz y López, 2001).

Recapitulando al respecto: si se retomasen las definiciones y clasificaciones revisadas en este capítulo, la mayoría de ellas referirían a las sustancias psicoactivas de prescripción médica como una droga debido a su composición química, a sus mecanismos de acción sobre el organismo y a su posibilidad de desarrollar consecuencias adversas al consumirlas de forma inadecuada. Sin embargo, no las clasifican de la misma manera aquellas definiciones que bajo su propio criterio consideran que no es droga aquella sustancia psicoactiva que es prescrita médicamente con el control y cuidado debido. El debate al respecto continúa en la actualidad.

Exactamente de la misma manera en la que lo plantean Slapak y Grigoravicius (2006) en sus trabajos, para fines de esta investigación se adopta el término "sustancia psicoactiva" para referirse a todas aquellas sustancias que una vez introducidas por diversas vías en el organismo, actúan directa o indirectamente sobre el sistema nervioso central, produciendo cambios en la actividad mental como modificaciones en la percepción, el comportamiento o el estado de ánimo. Esta clasificación comprende tanto

sustancias legales como ilegales, de uso médico o no médico y deja de lado los estereotipos y/o criterios particulares relacionados con otras definiciones.

1.2 La Dimensión Social e Histórica del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Fuera de la investigación científica es común esgrimir un posicionamiento matizado dentro de la dialéctica que intenta nutrir las opiniones sobre un tema particular. Pero en el estudio del tema de las sustancias psicoactivas y todos los elementos que lo circundan, la idea más consensuada (e incluso aún a riesgo de equivocarse) es aquella que se limita a sugerir que la volatilidad de las actitudes dirigidas hacia ellas se ve catalizada por la complejidad de las imbricaciones de un importante conjunto de dimensiones que trae consigo el tema; médicas, sociológicas, culturales, antropológicas, ideológicas, políticas y económicas (Lorenzo et al., 2009).

La aceptación del consumo de las sustancias psicoactivas es un fenómeno que varía extraordinariamente de una cultura a otra e incluso dentro de una misma cultura puede sufrir importantes transformaciones con el paso del tiempo: el alcohol por ejemplo, que es aceptado lícitamente dentro de la sociedad occidental, es condenado y prohibido en las culturas musulmanas, en las que a menudo se tolera el uso de la marihuana y el hachís. Otro ejemplo es lo suscitado con el opio que hace años podía conseguirse sin restricciones en las tiendas de comestibles de Estados Unidos, aunque en la actualidad está prohibido (Jaffe, Pettersen y Hodgson, 1980). Una sustancia más actual que muestra la volatilidad de las actitudes dirigidas hacia el complejo concepto que involucran las sustancias psicoactivas es el cannabis, que en la última década ha demostrado sus cualidades medicinales para el tratamiento de algunas modalidades de dolor que no responden a analgésicos derivados de la morfina, o como agente capaz de evitar o revertir los estados de desnutrición extrema en pacientes con SIDA o cáncer (Segura Diez, 2006). Es una sustancia psicoactiva que aun siendo tan análoga a diversos fármacos permitidos y empleados en la actualidad, su grado de legalidad y aceptación depende de cada cultura, estado y/o país.

Una breve revisión histórica permite vislumbrar que hablar de sustancias psicoactivas conlleva diversas perspectivas en razón a que la vida del ser humano en sociedad se encuentra inherentemente referida a la existencia de sustancias psicoactivas en ella: desde el halo religioso que envolvía su consumo en las sociedades antiguas y su pérdida encausada por la decadencia del chamanismo ante la aparición de las religiones organizadas (Inglis, 1994), hasta las consecuencias sociales y sanitarias de las últimas décadas, resulta importante apreciar un paradigma que ha cambiado tanto como lo fue para el ser humano cambiar desde el momento de recolectar las plantas silvestres hasta obtener y estudiar sus principios activos para purificarlos, pasando por modificar sus estructuras químicas con el fin de aumentar sus efectos, cultivarlas en masa y finalmente llegar a la síntesis de laboratorio de sus moléculas para crear compuestos de mayor efectos y abaratar sus costos (Lorenzo et al., 2009).

El uso de sustancias psicoactivas se remonta al comienzo de la humanidad; en un gran número de antiguos grupos y tribus de cazadores a lo largo de todo el planeta, se ha descubierto el uso de alguna sustancia psicoactiva acompañado de cultos mágico-religiosos. Es de esta forma, que su consumo estaba íntimamente ligado a factores culturales, incluido y condicionado a la vez por las particularidades de las respectivas cosmovisiones de los pueblos (Slapak y Grigoravicius, 2006).

Una perspectiva antropológica señala que además de sus sentidos, el hombre originalmente utilizó el instinto como guía de la misma manera que otras formas de vida animal. Pero la capacidad de acudir al instinto se fue perdiendo de forma gradual con la aparición de la conciencia, de la capacidad de razonar y de la memoria. De esta forma, el consumo de sustancias psicoactivas adquirió un uso ritualizado en las sociedades primitivas para algunos individuos que conservaron la capacidad de disociar y liberar el instinto mediante su consumo. La mayoría de las sociedades primitivas en todas partes del mundo tenían sus hechiceros, brujos o chamanes que emplearon la adivinación, frecuentemente a través de trances alcanzados por el uso de sustancias psicoactivas, como guía para sus asuntos diarios. Bajo este paradigma, se ha sugerido incluso que las “drogas” han tenido una función evolutiva al proporcionar al hombre primitivo una

percepción de horizontes más allá de lo que conocía en su dura lucha por la supervivencia (Inglis, 1994).

Durante cierta secularización de la medicina en la antigüedad, basada en las ideas de Hipócrates y Galeno apareció un uso de sustancias psicoactivas, del cual proviene el origen de la utilización de la noción griega "phármakon" que indica a la vez y de forma inseparable la idea del remedio y el veneno: pues no se consideraba peligroso a ningún fármaco por sí mismo, sino que la diferencia entre el remedio y el veneno radicaba en el uso y la dosis que las personas hacían de las sustancias. Con un concepto despojado de valores morales, no resultaba admisible pensar en drogas "buenas" o "malas". La desaparición del concepto "phármakon" se vio referida a la cristianización del imperio romano y su objetivo de reducir al mínimo las prácticas religiosas que no fueran cristianas, con la persecución y el castigo que ello implicaba, así como la destrucción de los conocimientos farmacológicos de la antigüedad. No fue sino hasta el momento de las cruzadas cristianas y la consecuente importación a occidente de la medicina árabe y su abundante farmacopea que renació la farmacología moderna como una disciplina separada de la magia, la bujería y la hechicería. Posteriormente, en el surgimiento de los estados nacionales modernos, la autoridad de la fe cedió el paso a la autoridad de la razón y debido a ello muchas sustancias psicoactivas anteriormente prohibidas comenzaron a ser utilizadas por la ciencia moderna. Durante el siglo XIX, fue en los laboratorios europeos que se descubrieron y aislaron principios activos de numerosas especies vegetales para ser investigadas, usadas con fines médicos y por ende, comercializadas legalmente. Hacia el año 1900 cientos de drogas conocidas hasta el momento (cocaína, morfina, éter, entre otras) se encontraban a la venta en las farmacias de Europa, América y Asia, existiendo un uso moderado, pero generalizado. Aunque existían casos de adicción aislados, su existencia no suponía un problema social, sanitario, jurídico ni político (Slapak y Grigoravicius, 2006).

El uso de sustancias psicoactivas no siempre fue percibido como un problema social: fue considerado así de manera reciente en la historia de la humanidad, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX (Slapak y Grigoravicius, 2006). Es en las

características de la sociedad industrial y de consumo que el fenómeno de la adicción ha alcanzado una gran importancia (Lorenzo et al., 2009). En este contexto las instituciones médicas y farmacéuticas de Estados Unidos buscaron consolidarse como un monopolio en cuanto a la prescripción y regulación de sustancias psicoactivas en las farmacias mediante fundamentos de orden sanitario y social que se complementaban con los condicionamientos de la moralidad cristiana en Estados Unidos. Ello fue la base de un proceso internacional que hizo del consumo de sustancias un problema de salud, de orden público y de seguridad ciudadana provocativo de políticas con tendencia prohibicionista que continúa en la actualidad (Slapak y Grigoravicius, 2006).

La información expuesta de Slapak y Grigoravicius (2006) merece su lugar al permitir hacer notar el peso que el contexto social posee dentro la representación que se tiene sobre el consumo de sustancias psicoactivas como un problema, dado que es el resultado de un largo proceso de construcción social variable según las condiciones socio históricas referido más a la percepción que parte de ellas que a la objetividad, particularmente en este caso, se trata de un concepto que es por sí mismo amplio o subjetivo desde el inicio de su definición etimológica. Estos autores señalan que pese a que cerca del 12% de los fallecimientos que suceden cada año se debe a las drogas legales frente al 0.4% debido a sustancias ilegales, el discurso sobre el consumo de sustancias se centra en asociar a las sustancias prohibidas a distintos problemas sociales como la delincuencia y la violencia, a los que no se les puede adjudicar solamente el consumo de drogas. Así mismo, sugieren que cualquier investigación llevada a cabo sobre algún aspecto del consumo de sustancias psicoactivas debe considerar su objeto de estudio como el resultado de un largo proceso de construcción social, que evita la "naturalización" (o el simplismo) de fenómenos sociales de alta complejidad (Slapak y Grigoravicius, 2006).

1.3 Características del Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas.

Para abordar las implicaciones puntuales del consumo de sustancias psicoactivas es importante precisar que desde la investigación ha derivado el conocimiento de que no existe una sola sustancia psicoactiva que cause un sólo efecto: Cada una de ellas puede tener múltiples efectos y estos varían dependiendo de distintos factores que a su vez ejercen su influencia según el momento y ambiente en que se consumen (Dusek y Girdano, 1990).

Astolfi et al. (1989) señalan que el efecto que puede producir una “droga” está dado, principalmente, por tres factores:

- a) La sustancia: su pureza, concentración, frecuencia de uso, vía de administración, consumo único o múltiple, simultáneo o sucesivo o su dosis.
- b) El individuo: su estructura básica de personalidad, antecedentes biográficos y clínicos, expectativas y fantasías depositadas en el ritual de la incorporación del fármaco, experiencias previas con el uso de la droga en cuestión y/o de otras drogas y/o su estado anímico en el momento de consumo.
- c) El grupo: ya sea la conformación y estado anímico de aquel que coparticipa de la experiencia, como también el más amplio panorama sociocultural e histórico en el que se desarrolla.

Tapia Conyer (2001) coincide con Astolfi et al. (1989) en mencionar que el tipo y la magnitud de los efectos que causa una droga se encuentran relacionados con la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente. Pues a pesar de que las características farmacológicas de la sustancia psicoactiva son importantes, también influyen el estado emocional al momento del consumo, los factores como el peso, talla, edad, la frecuencia, las ocasiones y circunstancias del consumo, así como las

expectativas propias y de los individuos que lo rodean, entre otros. Todos estos factores desempeñan una función importante para que los efectos de las sustancias psicoactivas sean adversos o positivos. Para este autor también cabe resaltar que muchas de las consecuencias sociales adversas del consumo de sustancias psicoactivas no se encuentran necesariamente asociadas a la dependencia y el consumo problemático: algunos de los problemas, por ejemplo, dependen de la combinación poco afortunada de la intoxicación episódica en ambientes peligrosos y demandantes o situaciones de consumo en las que el individuo debería estar “sobrio”, lo que ocasiona que se le considere como irresponsable o poco confiable. Estos problemas se relacionan con las expectativas culturales en torno al consumo y la intoxicación.

Es esta perspectiva también es imprescindible señalar que el consumo de todas las sustancias psicoactivas puede ser peligroso para ciertos individuos a determinadas dosis y bajo ciertas circunstancias: algunas son más peligrosas que otras, algunos individuos son más susceptibles a sus efectos y/o a su consumo que otros. Este riesgo puede depender del balance entre el costo y el valor que le da cada individuo (Dusek y Girdano, 1990) o de las interacciones específicas entre las características del individuo que las consume y el entorno en que tiene lugar el consumo (Tapia Conyer, 2001). Con base en lo anterior, se puede afirmar que la sustancia psicoactiva no es un elemento que por sí solo explique los costos y las consecuencias que su consumo pueda tener para el individuo y la sociedad, ni tampoco todas las causas de la adicción a su consumo si no es entendida en conjunto con otros elementos y/o variables.

El consenso que se ha venido empleando típicamente en distintos ámbitos de la salud distingue los siguientes niveles de consumo para delimitar sus costes y consecuencias (Lorenzo et al., 2009):

- Uso: no posee ninguna significación clínica ni social, es decir, desde su término se refiere al consumo, utilización o gasto de la sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares o laborales. En ausencia de otras especificaciones debe

entenderse como un consumo aislado, ocasional, episódico, inocuo, sin ningún ritmo en la habitualidad, sin tolerancia o dependencia (Lorenzo et al., 2009).

Para Tapia Conyer (2001) este “uso” de sustancias psicoactivas es una condición incierta al no tener una distinción clara entre ella y lo que se define como abuso: existen parámetros sociales, médicos, biológicos y legales de los cuales depende la distinción entre uso y abuso. Un ejemplo es el uso del alcohol, del cual no se sanciona su uso e incluso la sociedad le atribuye algunas características positivas en función de su integración social, sin embargo su consumo sí puede definirse como abuso al ingerirlo en el primer trimestre de embarazo o antes de conducir. Fuera del consenso mencionado con anterioridad, el “consumo moderado” es definido bajo la intención de establecer niveles de consumo sin riesgo y puede referirse como aquel consumo que por lo general no causa problemas para el usuario, ni para la sociedad. No obstante, aunque se establece un límite para el consumo moderado de alcohol (no más de una copa de 0.5 oz de alcohol absoluto por día para la mayoría de las mujeres, no más de una copa por día en el caso de los hombres y no más de una copa por día en personas de edad avanzada), definir qué cantidad de sustancias psicoactivas genera problemas es complicado debido a las diferentes formas en las que la sustancia afecta a las personas dependiendo de sus características (sexo, edad, condición física u otros factores anteriormente señalados) y aún dentro de personas con características similares. Inclusive bajo la cautela de las recomendaciones sobre las cantidades límite puede resultar difícil para ciertos grupos de riesgo como los hijos de alcohólicos, mantener formas de consumo moderadas sin progresar a patrones más estrictos. Para el caso de las drogas ilegales es común considerar que cualquier uso es considerado abuso de sustancia a pesar de que se sepa que las consecuencias de su consumo dependan de los variados factores anteriormente mencionados (Tapia Conyer, 2001).

- Hábito: Es la costumbre de consumir una o varias sustancias al haberse adaptado a sus efectos. Hay en ello un deseo del producto, pero nunca se presenta de manera imperiosa. No existe una tendencia a incrementar la dosis ni se padecen trastornos físicos

o psíquicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca supone una alteración conductual (Lorenzo et al., 2009).

- Abuso: Como se señala con anterioridad, este nivel de consumo es particularmente controversial en su definición, pues parte de diversas perspectivas. Para Tapia Conyer (2001), el abuso puede definirse como el punto a partir del cual la exposición a las sustancias psicoactivas constituye un riesgo significativo. Para la OMS, su definición encierra cuatro criterios diferentes (Lorenzo et al., 2009):

- a) Uso no aprobado: Cuando el consumo está legalmente sancionado. Implica los casos de consumo cuando se está trabajando con maquinaria de precisión, se conduce un auto, se portan armas, se participa en una competencia deportiva u otras actividades que pongan en riesgo físico al consumidor.
- b) Uso dañino: se refiere al consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total de la tolerancia de las mismas como por ejemplo en ancianos, niños, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
- c) Uso que comporta una disfunción: describe un “patrón desadaptativo de consumo” sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos cuantitativos puntuales que se realizan, todo lo cual significa una alteración del funcionamiento personal: psicológico y social.

Por su parte, el sistema CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994) no recoge la misma terminología del abuso y en su lugar define como “consumo perjudicial” aquella forma de consumo que está afectando a la salud física o mental. Los criterios que emplea para su diagnóstico son:

- a) Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.
- b) La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y específica).
- c) La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes y se ha presentado reiteradas veces en un periodo de doce meses.
- d) El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo periodo de tiempo (excepto para la intoxicación aguda).

El sistema diagnóstico del DSM-IV-TR (APA, 2002) también definía al abuso de sustancias psicoactivas mediante los siguientes criterios:

Criterio A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los síntomas siguientes durante un periodo de doce meses:

1. Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo efectos de la sustancia).

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia, por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

Criterio B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias.

- Dependencia: Para Astolfi et al. (1989) el término “dependencia” consiste en la sujeción y subordinación del individuo por la "droga" y está referida a un conjunto de síntomas ansiógenos y angustiantes que sufre el consumidor cuando se suprime bruscamente el consumo de la sustancia. Pero en 1982 la OMS definió dentro de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades a la “dependencia” como un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes (Lorenzo et al., 2009). En la actualidad, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades bajo la cual se estructuran los criterios del CIE-10 constituye uno de los estándares internacionales más usados al respecto (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Dentro de la conceptualización del DSM-IV-TR, la APA (2002) describía a la dependencia como un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, existiendo un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Actualmente, la categorización diagnóstica del DSM 5 (APA, 2014) ya no conserva las distinciones entre el “abuso” y la “dependencia”, pues las considera como una sola dentro de un continuum acogiendo los criterios diagnósticos de ambas en un solo diagnóstico llamado “Trastorno por consumo de sustancias”.

Lorenzo et al. (2009), señalan que tanto el abuso como la dependencia en este sentido no son un absoluto, sino un elemento cuantitativo de distintas magnitudes y un extremo del espectro se asocia al consumo compulsivo. El grado de una dependencia puede evaluarse a través de la magnitud de los síntomas de abstinencia producidos y la peligrosidad del consumo de una sustancia psicoactiva, así como las consecuencias individuales, familiares y sociales de su uso prolongado. Bajo esta perspectiva se esgrime el concepto de dependencia como un continuo donde en un extremo se haya el consumidor dependiente, mientras que un grado antes se encontrarían los bebedores con un patrón de consumo perjudicial con riesgo a evolucionar. El esquema imperante había sido que básicamente en el abuso, el sujeto no había perdido del todo la libertad frente a la drogas, sino que consistía en un uso no aprobado, peligroso, desadaptativo o perjudicial. Tanto para la OMS como para la APA, en la dependencia se consideraba existente una pérdida de la libertad frente al consumo de la sustancia psicoactiva, pues la persona se encontraba superditada o controlada por el objeto de la sustancia psicoactiva (Portero Lazcano, 2015).

1.4 Definiciones, Terminología y Discusiones de los Criterios Diagnósticos de la Dependencia al Consumo de Sustancias Psicoactivas.

De forma histórica y tradicional cuando se habla de “adicción” en general, se suele referir particularmente a la adicción a las sustancias psicoactivas o “drogas”, pues desde el siglo XX el término era empleado como un sinónimo de embriaguez (Lorenzo et al., 2009). Sin embargo en los últimos años han surgido corrientes científicas que avalan la tendencia a considerar la existencia de conductas adictivas o compulsivas sin consumo de sustancias (Echeburúa y Corral, 2013). A pesar de no ser consideradas desde las estructuras más estrictas y científicamente reconocidas como son el DSM-IV-TR (2002) y el DSM-5 (APA, 2014) y otros, con excepción de la ludopatía, es innegable que toda conducta puede ser patologizada falsamente por la sociedad a través del altavoz de los medios de comunicación y la cultura. Pero cada vez se presentan hábitos de conducta aparentemente inofensivos que en determinadas circunstancias pueden ser o convertirse

en conductas compulsivas con mayor profusión que acarrear un importante malestar (Echeburúa y Corral, 2013). Algunos ejemplos de ello son la adicción al alimento, al sexo, a las compras, a la televisión, al juego, al trabajo o al internet (Fernández, 2003). Tanto con las adicciones químicas como con las conductuales, las personas adictas experimentan un síndrome de abstinencia caracterizado por un profundo malestar emocional (estado de ánimo disfórico, insomnio, irritabilidad e inquietud psicomotora) al dejar de tener contacto con la sustancia o la actividad (Cía, 2013).

Tanto al uso como al abuso y/o a la adicción a las sustancias psicoactivas de uso no medicinal, coloquialmente se le llama "drogadicción". Para delimitar las variables del consumo problemático de sustancias psicoactivas en términos más científicos y buscando excluir la carga peyorativa de llamar a alguien "drogadicto", se acuñaron distintos conceptos a lo largo de la historia que atienden a la necesidad de analizar el consumo de sustancias psicoactivas desde una perspectiva más neutral y científica. El término "farmacodependencia" fue uno de los primeros. Este término implicaba dependencia física y psíquica a los fármacos de los cuales se abusa, pero esta definición no considera a otras sustancias naturales, que no son precisamente "fármacos" (Berruecos Villalobos, 2010). El término de "toxicomanía" también adquirió importancia durante alguna época para referirse al estado de intoxicación periódica o crónica del consumidor causada por el consumo de algún producto comercializado y considerado en esa época de uso médico, como lo era la morfina. Otro término empleado con el paso del tiempo fue el de "habitación", que anteriormente era usado para referirse al fuerte deseo o compulsión por continuar consumiendo la sustancia psicoactiva, y una ansiedad por repetir los efectos placenteros y eufóricos de la sustancia (Lorenzo et al., 2009).

La OMS definió en algún momento a la adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Esta se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales (Universidad Rafael Landívar, 2016). Sin embargo, al ser un término antiguo y de uso variable, la adicción es considerada como una enfermedad propia y la misma OMS recomendó dejar de emplear

el término para referirse de forma exclusiva a las consecuencias adversas del consumo excesivo de sustancias psicoactivas. En lugar de ello se inclinó a favor del uso del término “Dependencia”, que puede contemplarse en varios grados de severidad (OMS, 2002). Para Dusek y Girdano (1990), la inadecuación y eliminación del término “adicción” pudo haber sido relevante en los problemas existentes para entender y manejar una condición tan seria y compleja.

Los consensos de mayor peso en tiempos bastante recientes aún referían - o algunos de ellos refieren todavía - a la “dependencia” como una de las consecuencias más adversas del consumo problemático de sustancias psicoactivas, independientemente de lo que es o no es una adicción. El hallazgo de que algunas de las nuevas drogas no producían dependencia física como tal, pero sí una poderosa inclinación mental a consumirlas, llevó a que se definieran dos tipos de dependencia: la física y la psicológica (Dusek y Girdano, 1990). Aunque algunos autores también sugieren la existencia de una dependencia social (Lorenzo et al., 2009).

- Dependencia física: Tapia Conyer (2001) señala que es definida como un estado en el cual el organismo se ha adaptado a la presencia de la droga, de tal forma que cuando se le suspende provoca claros síndromes físicos de abstinencia que suelen manifestarse usualmente con distensión y dolor que en casos extremos con algunos tipos de drogas pueden amenazar la vida del sujeto, pues el organismo se ha vuelto dependiente a la sustancia psicoactiva. Para Dusek y Girdano (1990) es un fenómeno biológico que se caracteriza únicamente por una demanda metabólica de cierta sustancia particular que se desarrolla en las células del sistema nervioso central después de un uso prolongado de ella. Este fenómeno sólo puede observarse cuando la sustancia es retirada y surgen los síntomas conocidos como abstinencia y síndrome de privación o abstinencia, descritos más adelante.

- Dependencia psicológica: Tapia Conyer (2001) señala que al término se le define como un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionadas

con los efectos de las drogas y que se manifiesta por una conducta de búsqueda continua.

- Dependencia social: Se determina por la necesidad de consumir la sustancia psicoactiva como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una importante señal de identidad personal. El abandono de la sustancia puede generar que el dependiente presente crisis relacionales que puedan provocar la reanudación de su consumo con el objeto de reestablecer un equilibrio social con en el que se encuentra comfortable (Lorenzo et al., 2009).

Cada uno de los tipos de dependencia se distingue por manifestaciones sintomáticas propias y vienen determinadas por causas específicas, por ejemplo: las sustancias depresivas del SNC tienden a provocar dependencia física, mientras que las sustancias psicoactivas estimulantes del mismo por el contrario, producen dependencia psicológica. Sin embargo todas ellas tienen en común la conducta final del dependiente de obtener y consumir la sustancia y no pueden considerarse elementos separados, sino complementarios e interactuantes en una misma persona (Lorenzo et al., 2009). Tapia Conyer (2001) por su parte, sugiere que la dependencia es una sola, con rasgos comunes entre las diferentes drogas y con algunas características propias, pues los estudios recientes muestran que no existe siempre una regla dada para el consumo de sustancias psicoactivas para todos los consumidores debido los factores que influyen en sus efectos.

La tolerancia es un aspecto que se ve reflejado durante el curso del desarrollo de los Trastornos por Consumo de Sustancias y/o de la dependencia, con importante razón se encuentra muy relacionada con su diagnóstico. Se caracteriza por una disminución gradual del efecto producido por una sustancia psicoactiva tras su administración repetida, lo que lleva a incrementar las dosis necesarias para obtener el efecto deseado por el consumidor (Lorenzo et al., 2009). La explicación de ello es que aunque la persona que emplea las sustancias psicoactivas usualmente desea que sus efectos duren tanto como sea posible, el proceso del metabolismo de la droga limita la duración de su acción y la exposición repetitiva ocasiona que con el tiempo la sustancia se metabolice más

rápido y por lo tanto la duración e intensidad se reduzca considerablemente. A fin de obtener los mismos efectos el consumidor tiene que aumentar tanto la dosis como la frecuencia con que se administra, sin embargo los efectos continúan disminuyendo cada vez más. Con el uso crónico la mayor parte de las drogas producen tolerancia, pero este fenómeno no ocurre con todas las drogas. En el caso del LSD y otros alucinógenos se reduce el efecto sin importar qué tan grande sea la dosis (Tapia Conyer, 2001).

La abstinencia constituye un término imprescindible en las definiciones de dependencia, particularmente para la dependencia física. Dusek y Girdano (1990) señalan que si un individuo desarrolla síntomas de abstinencia, o el síndrome de abstinencia, significa que ha adquirido dependencia a la droga y para la APA, dentro del DSM-IV-TR (2002), esta constituía la principal distinción entre el abuso y la dependencia, misma para la cual es importante diferenciar el “estado fisiológico” de dependencia del “trastorno de dependencia”. El síndrome de abstinencia se ve constituido por manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variables de acuerdo a la sustancia psicoactiva consumida, las cuales ceden con la administración de la droga o con sustitutivos farmacológicos que amortigüen el vacío producido en los neuroreceptores (Lorenzo et al., 2009). La importancia del fenómeno del síndrome de abstinencia incide en que la peligrosidad de una droga se define en función de la magnitud de síntomas de abstinencia que se producen después de que la droga sea retirada del organismo, así como las consecuencias individuales, familiares y sociales que provoca el consumo (Tapia Conyer, 2001).

Hasta hace un tiempo reciente se empleaban dos sistemas diagnósticos para la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas:

El sistema CIE-10 (OMS, 1994) define al Síndrome de dependencia como un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que típicamente incluye un deseo intenso por consumir la sustancia psicoactiva; dificultades para controlar el consumo; persistencia

en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y a veces un cuadro de abstinencia física. Sus pautas diagnósticas son las siguientes (OMS, 1994): Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante periodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un periodo de 12 meses:

1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por consumo frecuente en cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
3. Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida) con la intención de aliviar o evitar los síndromes de abstinencia.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.
5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia tanto por el consumo continuado

cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) diagnosticaba a la dependencia como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
- b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Este sistema diagnóstico también permitía clasificar:

- Con dependencia fisiológica: aquellos que presentan signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos uno o dos).

- Sin dependencia fisiológica: aquellos en los que no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos uno y dos).

En la más reciente publicación del DSM-5 (APA, 2014) se han suscitado cambios significativos en los diagnósticos relacionados con el consumo problemático de sustancias psicoactivas en comparación a su predecesor: han desaparecido las categorías de "abuso" y "dependencia", que eran mutuamente excluyentes en la versión del DSM-IV-TR (APA, 2002), dando lugar a una conceptualización donde existe una única dimensión. Esta conceptualización, que no recoge en sí misma la distinción de los conceptos "abuso" y "dependencia", ahora emplea en conjunto los mismos criterios de dichas categorías para un diagnóstico de "Trastorno por consumo de sustancias" con dos puntuales diferencias: excluye el tercer síntoma del abuso de sustancias (que hace referencia a la presencia de problemas legales relacionados con la sustancia) y se añade un ítem de Craving (ansias o poderoso deseo por consumir la sustancia).

Lorenzo et al. (2009) elaboran una importante precisión al señalar que típicamente se ha considerado que el abuso es una circunstancia de riesgo evolutivo al siguiente

paso, que es la dependencia, pero además de ello sugieren que bastantes consumidores pueden mantener un patrón “simple” de abuso durante un largo plazo, el cual parece tener relación con las características psicológicas y psicopatológicas. Este punto de vista jerárquico de abuso y dependencia era considerado problemático dentro de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y de ello parte su eliminación (Jones, Gill y Ray, 2012; citados por Becoña, 2014). Además, aunque la mayoría de los clínicos asumían que un diagnóstico de abuso era un precursor del posterior diagnóstico de dependencia, los estudios no lo demostraron así. Por ejemplo, según Schuckit et al. (2001; citado por Becoña, 2014) solo el 10 % de las personas diagnosticadas con abuso al consumo de alcohol se convertían posteriormente en personas dependientes al consumo de alcohol. Se afirma que la justificación de la unidimensionalidad para los criterios del DSM-5 (APA, 2014) se basó en distintos análisis y estudios (Becoña, 2014).

El cambio en los criterios diagnósticos de este trastorno es importante dadas las implicaciones clínicas y de investigación. La principal ventaja dentro de lo que pretende el sistema categorial del DSM-5 al bajar el punto de corte en el diagnóstico es apresar a los “diagnósticos huérfanos” que eran frecuentes en el DSM-IV-TR (Agrawal, Health y Lynskey, 2011; citados por Becoña, 2014), consiguiendo con ello llenar un hueco en el diagnóstico de un amplio número de personas que consumen sustancias psicoactivas y que sin cumplir con los criterios diagnósticos anteriores tienen algún tipo de problema relacionado con ellas (Portero Lazcano, 2015).

Los criterios diagnósticos que en la actualidad recoge el sistema del DSM-5 (APA, 2014) ahora hacen referencia únicamente al “Trastorno por consumo de sustancias” como un patrón problemático de consumo de sustancias que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva a al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

- a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia en particular.
- b. Se consume la sustancia (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

En ausencia de las distinciones anteriores en las variables del consumo problemático se introduce el nivel de severidad del trastorno según el número de criterios presentados: leve (2-3); moderado (4-5) y severo (6 o más criterios) (APA, 2014).

Esta nueva clasificación compromete en la presente investigación algunas discrepancias diagnósticas, dado que ya no emplea el término de “dependencia”. Las diferenciaciones entre el “abuso” y la “dependencia” al consumo de sustancias psicoactivas habían venido siendo consideradas importantes en la literatura, particularmente en lo que se refiere a la sintomatología: Katz et al. (2011; citado por Portero Lazcano, 2015), pues se suele identificar distinciones entre los patrones de comorbilidad de las poblaciones de personas con abuso al consumo de sustancias y las correspondientes de las personas con dependencia al consumo de sustancias, lo cual conduce a etiologías distintas para ambos grupos y todo ello tendría consecuencias tanto para la investigación como para el tratamiento. Quizás el ejemplo más importante referido a ello es la ausencia o la presencia del síndrome de abstinencia, que constituye la principal distinción entre el abuso y la dependencia (APA, 2002) y compromete manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variables de acuerdo a la sustancia psicoactiva consumida (Lorenzo et al., 2009). La importancia del fenómeno del síndrome de abstinencia incide en que la peligrosidad de una droga se define en función de la magnitud de síntomas de abstinencia que se producen después de que la droga sea retirada del organismo, así como las consecuencias individuales, familiares y sociales que provoca (Tapia Conyer, 2001). De acuerdo con Becoña (2014), con el sistema categorial del DSM-5 se ha perdido una buena oportunidad de hacer tipologías de adicciones al consumo de sustancias psicoactivas que son más útiles en la clínica y que integran en cada una cierta

comorbilidad asociada. El conocimiento de un malestar que refleja variada sintomatología psíquica es para algunos autores de vital importancia y se constituye como una variable importante dentro del desarrollo de la rehabilitación (López y Becoña, 2006)

Becoña (2014) puntualiza que el hecho de que no aparezcan los antiguos términos como tal no significa que no existan, pues persisten tal cual de forma operativa en la descripción de los ítems incluidos en el DSM-5, simplemente los descriptores de esas “categorías” aparecen ahora en un continuum que da un formato dimensional distinto al diagnóstico del Trastorno por consumo de sustancias. El antiguo “abuso” ahora está contemplado en los ítems 5, 6 y 8 (como se ha dicho, ha desaparecido el criterio correspondiente a los problemas legales repetidos que sí formaban parte en el DSM-IV-TR). El resto de los criterios del Trastorno por consumo de sustancias corresponde idénticamente a los antiguos criterios de “dependencia”, siendo los primeros cuatro los más propios de la dependencia psicológica.

Con el fin de responder a los puntos de discusión sobre los criterios diagnósticos sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas, se incluyen en el trabajo tanto al diagnóstico del Trastorno por consumo de sustancias, categorizado bajo los criterios diagnóstico DSM-5 como al diagnóstico de Dependencia al consumo de sustancias, categorizado bajo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR con la finalidad de hacer hincapié en que la modalidad del “Trastorno por consumo de sustancias” que es diagnosticada en cada uno de los participantes de este trabajo pretende ser caracterizada por la presencia de dependencia, debido a que es un aspecto que suele comprometerse en las consideraciones en torno a la sintomatología (Torrens Mélich, 2008). Puntualmente, el Trastorno por consumo de sustancias al que se hace referencia en el presente trabajo, es considerado así principalmente bajo el cumplimiento de los criterios diagnósticos que pertenecían a la dependencia de sustancias psicoactivas en el DSM-IV-TR y que en sí mismo, no sufrieron cambios en el DSM 5.

Ante el empleo de un sistema diagnóstico establecido vale la pena mencionar que como es para algunos autores como Dusek y Girdano (1990), la definición de la

términología y los criterios diagnósticos de la dependencia desplaza a la ciencia hasta cierto punto fuera de la esfera humana y hacia el dominio médico, no a la inversa, volviéndolo paradójico, ya que en un inicio se intentaba desalentar el uso del término adicción con la idea de ayudar a modificar el estereotipado esquema del adicto como un criminal, de modo que se pudiera empezar a tratar la dependencia a las drogas como una “enfermedad”. Lejos de ser un destino, el empleo del sistema diagnóstico para esta investigación constituye una guía profesional con el fin de contrastar los supuestos teóricos con la experiencia enfocándose en el consumo de sustancias psicoactivas desde una visión de psicopatología que plantea al sufrimiento del ser humano como parte de una serie de construcciones que el individuo emplea inadecuadamente para anticipar e interpretar de forma eficiente la realidad (Gurrola , 2003).

1.5 Etiología, Comorbilidad y Malestar Psicológico en los Trastornos Adictivos.

La literatura revisada permite vislumbrar que la explicación sobre el origen de las adicciones difícilmente se encuentra asociado a una sola dimensión etiológica. De importancia al respecto es que los revolucionarios avances en el campo de la genética humana han tenido importantes repercusiones en este aspecto.

Ibáñez Cuadrado (2008) sostiene que el modelo genético entiende a las adicciones como trastornos complejos en razón a que han quedado descartadas las posibilidades de atribuir a un solo gen sus causas, de la misma manera en la que tampoco los estudios de epidemiología genética han conseguido suficiente concordancia en cuanto a explicar hereditariamente el padecimiento de una determinada adicción. Debido a que la acción de los genes no explica por sí misma la etiología de los trastornos de adicción, en el propio paradigma genético se sugiere la aplicabilidad del modelo de herencia "multifactorial", que da lugar a “factores ambientales”, los cuales en términos genéticos, se entienden como todos aquellos que no son estrictamente heredables, incluyendo posibles factores biológicos prenatales o postnatales, acontecimientos estocásticos en el

DNA (como las mutaciones somáticas), así como todas las experiencias psicosociales desde las primeras etapas del desarrollo.

Se hace hincapié en que este modelo multifactorial explica que los genes no son la causa de la enfermedad, sino que confieren una susceptibilidad para el desarrollo de la misma. Son muchos los genes que pueden estar implicados interactuando con factores ambientales, de tal manera que resulta difícil de esclarecer con las técnicas actuales. Se ha estimado que los factores genéticos contribuyen al 40-60% de la vulnerabilidad para el desarrollo de las adicciones, mientras que los factores ambientales explicarían el resto y visto bajo el propio ángulo del modelo multifactorial no cabe duda de que los factores ambientales tienen una influencia decisiva en la etiología de las adicciones (Ibáñez Cuadrado, 2008).

Algunos de los determinantes que parecen más evidentes entre los factores ambientales del desarrollo de las adicciones son el género, el nivel socioeconómico, la disponibilidad y normalización social del uso, la educación y la familia (Medina Mora, Natera, Borges, Cravioto y Fleiz, 2001). Respecto a la dilucidación del papel que estos factores juegan en el desarrollo del trastorno, Aguilar Bustos (2002) plantea que dentro del ámbito de la salud (y en especial de la salud mental) no siempre existe una causa única de los eventos, ni tampoco es regla que un evento dado tenga una consecuencia claramente delimitada: existen muchos factores asociados con las adicciones pero ninguno de ellos es determinante, más bien es la combinación de ellos la que hace que se manifieste definitivamente. Este autor ha identificado en otra clasificación al menos cuatro categorías en las cuales pueden agruparse los factores de riesgo: los que pertenecen al plano individual, los relativos al ambiente familiar, los que están en relación con el entorno social y los concernientes al ámbito educativo. Desde una perspectiva relacional, la codependencia también ha sido llamada o considerada un elemento de "facilitación" en la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas debido a que la persona codependiente cubre o protege con sus conductas a la persona con problemas de consumo de las consecuencias dolorosas de su dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, propiciando con ello que la persona dependiente niegue o tenga

bajo reconocimiento su trastorno. El fenómeno de la codependencia emerge desde las interacciones familiares como una respuesta frente al estilo de relación que se produce en la dinámica familiar, pues este núcleo social es el responsable del desarrollo y mantención del fenómeno adictivo (Biscarra y Fernández Acevedo, 2010).

El trabajo llevado a cabo por Aguilar Bustos (2002) señala también que las funciones neuropsicológicas desempeñan un papel muy importante en el fenómeno de las adicciones, pues explica que las capacidades para anticipar, planear, inhibir conductas impulsivas y elaborar juicios acertados sobre las consecuencias de los actos se encuentran estrechamente relacionados con ellas y que por lo tanto, cuando un individuo sufre alteraciones que afectan estas funciones tiene mayores probabilidades de experimentar con drogas. Con respecto a estas funciones neuropsicológicas es que la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas se encuentra frecuentemente relacionada con un malestar que refleja variada sintomatología psíquica, cuyo conocimiento es de vital importancia y se constituye como una variable importante dentro del desarrollo de la rehabilitación (López y Becoña, 2006). Para Torrens Mélich (2008) la denominada "patología dual" o "comorbilidad" se entiende como la concurrencia de un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Este tipo de pacientes son frecuentes dentro del tratamiento a las adicciones y presentan mayor gravedad que aquellos que sólo presentan un tipo de trastorno.

Torrens Mélich (2008) hace hincapié en que un reto a futuro es la necesidad de analizar la coexistencia de síntomas psicopatológicos con el consumo, intoxicación y abstinencia de sustancias, debido a que estos pacientes constituyen un reto terapéutico, tanto en los aspectos individuales como para los sistemas sanitarios que deben hacer frente a dos dimensiones asistenciales diferenciadas: la de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y la de salud mental. Uno de los principales problemas fundamentales en la identificación válida y fiable del diagnóstico de comorbilidad en pacientes que consumen sustancias psicoactivas es que los efectos agudos y crónicos ocasionados sobre el Sistema Nervioso por el consumo de sustancias psicoactivas

simulan síntomas de variados trastornos mentales, dificultando así la distinción entre los síntomas psicopatológicos ocasionados por el consumo o la abstinencia de la sustancia de aquellos relacionados a un trastorno psiquiátrico independiente.

La aparición simultánea de ambos trastornos se explica bajo dos hipótesis principales (Torrens Mélich, 2008):

1. La adicción y otros trastornos son expresiones sintomáticas de distintas anomalías neurobiológicas preexistentes.
2. La administración repetida de sustancias psicoactivas origina cambios neurobiológicos mediante los mecanismos de neuroadaptación que tienen elementos comunes con anomalías mediadoras de ciertos trastornos psiquiátricos.

Estas hipótesis ofrecen en general al menos cuatro posibilidades en un paciente:

- A) Las distintas combinaciones entre los trastornos por consumo de sustancia y otros trastornos psiquiátricos pueden representar dos o más condiciones independientes uno de otro, con sus respectivos cursos clínicos. Dicha combinación puede originarse como consecuencia de compartir factores predisponentes iguales o similares.
- B) El primer trastorno puede influir en el desarrollo de un segundo trastorno de forma que este siga un curso independiente. De esta forma el consumo de drogas puede precipitar una predisposición a ciertos trastornos o causar un cambio fisiológico permanente que origine un trastorno permanente. Esta posibilidad también podría invertirse en el sentido de que durante la enfermedad psiquiátrica se desencadenase una conducta de consumo que derive en un trastorno por uso de sustancias que evolucione de forma independiente.

- C) El consumo de sustancias puede ser un medio paliativo de la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no es diagnosticado de forma adecuada. En este caso el tratamiento adecuado de una enfermedad psiquiátrica podría hacer desaparecer el trastorno por abuso de sustancias.

- D) Pueden aparecer algunos cuadros psiquiátricos temporales como consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias.

Al respecto de la comorbilidad, Aguilar Bustos (2014) sugiere que los factores estresantes están fuertemente asociados a las adicciones. Manifestando así la importancia que la comorbilidad en sí misma tiene dentro de la etiología de la adicción como consecuencia de una afección psiquiátrica, llevando incluso a algunos pacientes a abusar de drogas en un esfuerzo por manejar sus síntomas a manera de automedicación; los trastornos alimenticios también son un factor de riesgo para el desarrollo de las adicciones: se ha encontrado por ejemplo, que las adolescentes obesas con baja autoestima son más propensas a volverse adictas al cigarro; también es común encontrar comorbilidad que involucre depresión y otros padecimientos psiquiátricos bajo distintas formas de interacción con las adicciones: por un lado, la depresión incrementa el riesgo de consumir alcohol y drogas y por otro, el abuso de sustancias psicoactivas incrementa el riesgo de padecer depresión; además el trastorno por déficit de atención e hiperactividad también se relaciona estrechamente con el trastorno por uso de sustancias, pues en ambos existen componentes importantes que implican un deterioro en las funciones de inhibición, de manera que es razonable considerar que compartan algunos factores que los desencadenan.

Bajo otra modalidad de la comorbilidad también resulta importante precisar que se estima que cerca del 18% de las personas con trastorno por abuso de sustancias presentan criterios para algún diagnóstico psiquiátrico de ansiedad independiente al trastorno por consumo de sustancias, es decir, que la ansiedad en sí misma no es atribuible a los estados de intoxicación o al síndrome de abstinencia (Aguilar Bustos, 2014), pero existen varios aspectos psicobiológicos comunes entre estos trastornos -

destacando la dimensión impulsiva de la personalidad - que son un aspecto importante en los trastornos del control de los impulsos y los trastornos relacionados con el uso de sustancias, así como en trastornos de alimentación (Cervera Martínez et al., 2001).

En la actualidad, está claro que no todas las adicciones se limitan a las conductas generadas por el consumo incontrolable de sustancias psicoactivas. Se ha descubierto que el elemento esencial de todos los trastornos adictivos es la falta de control: el descontrol de una persona afecta sobre determinada conducta que al comienzo le es placentera, pero que gana terreno entre sus preferencias hasta llegar a dominar su vida. La dificultad para el afrontamiento de los problemas, la baja autoestima, la impulsividad, la poca tolerancia a estímulos físicos o psicológicos desagradables como el dolor o la tristeza, un estado de ánimo depresivo o disfórico y la búsqueda de sensaciones fuertes aumentan la predisposición y la vulnerabilidad para que un sujeto desarrolle alguna adicción en general (Cía, 2013).

Feixas et al. (2007) señalan que la falta de un conocimiento claro y fundamentado sobre un cuadro clínico de comorbilidad termina por elevar el coste de los tratamientos, sin conseguir con ello la curación de los pacientes. Tal como lo mencionan Lorenzo et al. (2009) y corrobora el resto de la literatura revisada en este capítulo, las características psicopatológicas parecen tener significancia en el paso evolutivo que va del abuso de sustancias psicoactivas a la dependencia o a la “adicción” en general. Bajo la perspectiva psiquiátrica estar “sano” o “enfermo” depende en gran medida de la presencia de los criterios diagnósticos establecidos (APA, 2002). En cambio para la perspectiva psicológica la distinción entre lo “sano” y lo “enfermo” puede ser subjetiva, por lo que los límites entre estas distinciones no siempre se encuentran definidos claramente, dando mayor viabilidad bajo este punto de vista a la evaluación del malestar psicológico como medida de sintomatología asociada para dimensionar la comorbilidad en una persona (Espíndola Hernández et al., 2006). Para Espíndola Hernández et al. (2006) el malestar psicológico es una descripción que evidencia y se define como un estado reactivo caracterizado por alteraciones no necesariamente patológicas, de duración temporal y

secundarias a un evento estresor identificable, que tiene características adaptativas y funcionales hacia el contexto.

La reacción del malestar psicológico se suma a la estructura de carácter, a la interpretación que la persona hace del mundo y a su particular forma de resolver un conflicto externo que repercute en su psiquismo. El concepto de malestar psicológico responde a la necesidad de nombrar una serie de manifestaciones clínicas no necesariamente patológicas y arraigadas al carácter de la persona que es capaz de nombrar cualquier manifestación relacionada con una queja emocional, producto de un tamizaje que puede aludir a un instrumento de salud autopercebida que hace el individuo de su estado de bienestar general. La gama de manifestaciones clínicas propias de la salud mental que se manifiestan como alteraciones psicológicas pueden ser clínicamente significativas, pero no cumplen los criterios para ser consideradas como un trastorno mental o no se vuelcan a ello. Estas pueden incluso llegar a ser fenomenológicamente iguales a las manifestaciones patológicas propias de los trastornos mentales, pero el contexto y la etiología son completamente distintos (Espíndola Hernández et al., 2006).

Cuando es reconocido el estresor desencadenante puede suscitarse un desajuste de las representaciones y símbolos que conforman el mundo interno. Los movimientos desencadenados por el estresor se dan durante un periodo de ajuste donde el sujeto los usa en pro de la adaptación al medio ambiente y de las necesidades de su mundo interno, pues los estados de crisis se enfrentan a partir de la estructura de carácter básica que una persona posea. El malestar psicológico tiene un carácter egodistónico y dado el dolor que implica el desajuste para la persona se convierte en una reacción temporal (Espíndola Hernández et al., 2006). El análisis de estas manifestaciones clínicas permite entender la manera en la cual la persona está intentando adaptarse al contexto, pues los elementos desencadenantes que invaden a la persona suscitan alteraciones de orden defensivo y de rápida evolución.

De acuerdo con Fernández-Montalvo, Lorea, López-Goñi y Landa (2008), se ha encontrado en los estudios que emplean el Symptom checklist 90 revised (SCL-90-R) en

distintos tipos de adicciones, que la mayoría de los sujetos presentan varias escalas con puntuaciones considerablemente más elevadas en comparación a la población no clínica, aunque la intensidad de los síntomas es inferior a la presentada en el resto de la población psiquiátrica.

1.6 Retos y Puntos de Abordaje en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos Relacionados con el Abuso de Sustancias Psicoactivas.

El tratamiento psicológico para el consumo problemático de las diversas sustancias psicoactivas presenta particulares retos, principalmente en torno a las dificultades de la adherencia terapéutica (Medina Mora et al., 2012), que pueden verse reflejados en las conocidas condiciones de recaída al consumo problemático después del tratamiento (Grau López et al., 2012). La revisión de los puntos de abordaje que ofrecen los distintos modelos de intervención psicológica sobre el tema señalan una amplia y variada diferencia en el desarrollo psicológico de las adicciones y por lo tanto también dentro de sus propios esquemas de intervención, que difieren de un consenso absoluto en torno a diversos factores. Se dividen a continuación por subpuntos de este apartado: Condiciones de efectividad y recaída de los tratamientos psicológicos en adicciones; Puntos de abordaje en la terapia psicoanalítica; Puntos de abordaje en la terapia cognitiva; Puntos de abordaje en la terapia de los constructos personales.

1.6.1 Condiciones de Efectividad y Recaída de los Tratamientos Psicológicos en Adicciones.

En lo que bajo términos generales puede apreciarse sobre la eficacia del tratamiento psicológico en adicciones, se observa que la mayoría de los pacientes con “adicción” a sustancias psicoactivas recaen dentro de los primeros seis meses de seguimiento tras la desintoxicación hospitalaria (Grau López et al., 2012; Guirado et al., 1994). Smith, Barry, Keenon y Dukray (2010; citados por Grau López et al., 2012) detectaron que una vez desintoxicados hasta el 91% de los pacientes informaron de una recaída y que en el 59% de los casos comenzó en la primera semana tras el alta. Los resultados también coinciden

con los estudios de pacientes que realizaban seguimiento ambulatorio; en una muestra de 257 pacientes dependientes al consumo de sustancias psicoactivas, reportaron que el 86% recaía a los tres meses de seguimiento ambulatorio (Goeb, Coste, Bigoty Ferrand, 2000; citados por Grau López et al., 2012). Las principales variables asociadas a la recaída fueron: consumir horas previas al ingreso a modo de despedida, presentar comorbilidad médica, trastorno depresivo comórbido y el policonsumo de sustancias (Grau López et al., 2012).

Se ha probado que el entrenamiento de habilidades cognitivas tiene efectos positivos en la regulación de los procesos de control de la recompensa y toma de decisiones (Aguilar Bustos, 2014). Sin embargo, los resultados sobre la eficacia del tratamiento y el elevado número de recaídas señalan un importante comprometimiento en las características mismas de los pacientes: De acuerdo con Pedrero Pérez, Rojo Mota, Ruiz Sánchez de León, Llanero Luque y Puerta García (2011), la mayoría de los abordajes psicoterapéuticos precisan de la integridad de los sistemas de aprendizaje, dado que los pacientes deben recibir, codificar e integrar información nueva para a su vez, organizarla y traducirla en planes comportamentales. Esta tarea demanda una amplia capacidad de procesamiento cognitivo por parte de los pacientes para producir el cambio conductual esperado. Ante ello es importante remarcar que las personas que inician un tratamiento para revertir su problema de consumo de sustancias, se encuentran lejos de su rendimiento cognitivo óptimo, lo cual les dificulta la participación en las tareas terapéuticas. El deterioro cognitivo compromete de forma importante al aprendizaje y en consecuencia se relaciona con peores resultados de tratamiento a corto, mediano y largo plazo. Específicamente se ha encontrado que el deterioro cognitivo en adictos al consumo de sustancias psicoactivas que se encuentran bajo tratamiento se asocia a baja adhesión, mal cumplimiento de normas y pautas, menos probabilidades de completar tratamiento, recaída temprana, pobre adquisición de habilidades para rehusar el consumo, peor disposición para el cambio, menor compromiso con el tratamiento, menor cumplimiento de pautas, menor atribución de autoeficacia, menor capacidad de "insight", menor capacidad para reconocer la gravedad de la adicción y los problemas asociados,

menor nivel de retención y menor nivel de abstinencia tras el tratamiento (Pedrero Pérez et al., 2011).

La amplia evidencia expuesta apunta a señalar que el abuso y la dependencia de sustancias están asociados con cambios que se relacionan con el deterioro cognitivo de magnitud variable. Sin embargo, las adicciones en términos generales, no pueden reducirse a sus variables neurológicas (Pedrero Pérez et al., 2011), pues al igual que los aspectos hereditarios son necesarias, pero no suficientes para explicar un proceso tan complejo que implica la participación de todos los elementos mencionados por la literatura: aspectos intrapersonales e interpersonales, factores genéticos y ambientales, disposiciones previas y efectos post exposición a la sustancia, además de los factores que determinan los efectos de cada sustancia, entre otros. Por lo señalado, ante la importancia que la relación entre el paciente y el terapeuta tiene en el éxito de los tratamientos psicoterapéuticos (Hernández Fleta, Acosta Artilles y Pereira Miragaia, 2009), el abandono del tratamiento y la poca adherencia lograda en las intervenciones sobre las adicciones consisten un reto particular a superar, pues representaría un avance que disminuiría el mayor gasto asociado a este trastorno (Vidal Corominas y Chamblás García, 2014).

1.6.2 Puntos de Abordaje en la Terapia Psicoanalítica.

Casi desde el inicio del desarrollo del psicoanálisis han existido autores interesados en el tratamiento de las así llamadas “adicciones”, otorgando diversas explicaciones a su origen. Las hipótesis psicoanalíticas son muy diversas dependiendo del punto de vista desde el cual se han fundamentado y es de esas diferencias de lo cual depende el punto de abordaje en un tratamiento para el consumo problemático de sustancias psicoactivas con correspondientes particularidades dentro de la propia técnica psicoanalítica.

Dentro del trabajo de Freud no existió propiamente dicho un abordaje teórico encaminado a la explicación del consumo problemático de sustancias psicoactivas, pero sí llegó a plantear en algún momento dentro de la adicción a sustancias químicas como

el alcoholismo, el morfinismo o el tabaquismo, la existencia de una relación entre una sexualidad insatisfactible y el deseo vehemente y repetitivo de la intoxicación compulsiva como medio sustitutivo del goce faltante en una vida sexual “normal”, es decir, simples sustitutos de lo que llama “adicción primordial”, en referencia a la masturbación (López, 2006). Algunos años después relaciona la motivación intrínseca por beber con una niñez en la cual el valor erógeno de la zona de los labios se vio reforzado como forma de gratificación por la leche inconscientemente deseada, representada en el objeto de la sustancia psicoactiva (González Guerra, 2008). Dentro de la hipótesis el enlace inexistente a nivel de relación con el objeto sexual como objeto perdido sugeriría pensar en la naturaleza de la pulsión sexual misma como algo desfavorable en el logro de la satisfacción plena, lo cual no sucedería en el vínculo con la sustancia en la adicción, pues esta parece permitir alcanzar un enlace logrado con ella cuando menos aparentemente pleno. Para Freud, el abordaje terapéutico en esta “neurosis actual” de paciente, tendría que operar sobre las conductas relacionadas con su sexualidad que estuvieran sosteniendo los síntomas, encausando a su vez las energías sexuales (López, 2006).

Algunos seguidores de Freud en cambio si sostenían formalmente variadas propuestas para elaborar una teoría en torno al consumo problemático de sustancias psicoactivas y estructurar tratamientos. De entre las diversas hipótesis en el paradigma psicoanalítico, algunas sugieren un énfasis en la fijación en la etapa oral o la manifestación de la estructura maniaco-depresiva como condición para el desarrollo de la conducta compulsiva de la adicción, mientras que otros autores lo entienden como un síntoma de conflictos neuróticos (como la lucha con deseos homosexuales) o como una forma de regresión a un estadio gastrointestinal, como tentativa de curación de anomalías del psiquismo temprano, entre otras. Durante varias décadas, la utilidad de los tratamientos analíticos de las adicciones se vio cuestionada en relación a los resultados obtenidos (López, 2006).

Las relaciones objetales por su parte, también pueden expresarse en el consumo problemático de sustancias psicoactivas bajo muy distintas dinámicas, dependiendo de la historia previa del paciente y el tipo de vínculos y relaciones establecidos con su familia.

De acuerdo con López (2006), existen hipótesis que consideran errónea cualquier sugerencia de que la adicción es impulsada por un deseo de placer, las cuales son explicaciones frecuentemente coincidentes y complementarias en el ámbito de las relaciones objetales; La hipótesis de la adicción como sustituto del objeto plantea una dificultad para internalizar las interacciones con los padres como parte del funcionamiento efectivo del Superyo, lo que deriva en una alternancia entre el sometimiento a prohibiciones internas poco razonables por un lado y las conductas adictivas rebeldes por otro lado. La hipótesis de la internalización de la permanencia del objeto sugiere que los niños que sufrirán adicciones no internalizan la permanencia del objeto durante el periodo pre edípico. Para esta hipótesis, las personas con conductas adictivas no son capaces de satisfacer sus necesidades de dependencia adecuadamente en una relación humana y además no son capaces de tolerar la soledad, razón por la cual se elige una adicción que puede cambiarse cuando las condiciones ambientales varían. Para la hipótesis de la conducta adictiva como medio para evitar la experiencia interna de abandono, la adicción es semejante a los desórdenes de personalidad narcisista o límite: en el narcisismo la ausencia de la capacidad de tolerar la soledad se solventa mediante la dependencia a un conjunto interno organizado de fantasías idealizadas que permiten a la persona ser indiferente a los hechos de las relaciones reales. En la personalidad límite, para esta hipótesis la inestabilidad afectiva activa la necesidad constante de ser consolado y tranquilizado por una persona idealizada (López, 2006).

Bajo la perspectiva de las relaciones objetales, la sustancia psicoactiva es un objeto simbólicamente ideal que adquiere intensidad entre los individuos que se encuentran fijados a su objeto primario y bien, puede representar tanto al pecho bueno como pecho malo de la posición esquizo-paranoide. Para este conjunto de hipótesis, el placer se vuelve un factor irrelevante en el uso adictivo de la droga y el aspecto en común que comparten es que la función de las drogas es evitar ciertos afectos intolerables (González Guerra, 2008).

La impotencia/indefensión ante los afectos es un aspecto clave para el modelo de intervención de las relaciones objetales, siendo resultado del trauma psíquico de sentirse

abrumado por cualquier estado afectivo que cada individuo encuentre más problemático. Las intervenciones al respecto, empatizarían con tal condición en razón a que los pacientes están intentando responder de manera desubicada a ella, por lo cual el tratamiento tendría que valorar el impulso de restaurar el sentimiento de potencia ante los afectos intolerables sin alentar la conducta adictiva, valorando que el impulso agresivo de controlar la propia existencia no es nada de lo cual hay que avergonzarse, además de que el paciente deba ser consciente de lo que quiere en el lugar de permanecer dominado por las respuestas adictivas y finalmente, debería manejar los conflictos y vulnerabilidades referidas al Sí Mismo y la dificultad para tolerar la impotencia cuando deba ser necesario, entendiendo su origen en experiencias de la infancia que necesitan ser recordadas y elaboradas en el tratamiento con la técnica psicoanalítica (González Guerra, 2008).

Por otro lado, la formulación psicoanalítica en relación al tema por parte de Lacan plantea al efecto de la droga en el psiquismo como una "formación de ruptura" con respecto al falo en el lugar del concepto clásico de "formación de compromiso", que entiende en las demás teorías psicoanalíticas a la adicción como un síntoma consecuente de ella. Su manera de pensar el fenómeno se encuentra sobre un eje distinto a la clásica concepción desde la producción de formaciones del inconsciente, donde la significación pasa de un elemento a otro encubriendo una satisfacción sustitutiva y la adicción pasa de ser una "consecuencia" a ser una "respuesta" (López, 2006).

Si bien, la falta del objeto es un aspecto constitutivo en el ser humano desde Freud hasta Lacan, para este último, la noción de objeto falo refiere una dimensión imaginaria del objeto distinta al miembro sexual real y que lo enlaza a la falta como castración simbólica. Esta imagen fálica se relacionaría con el efecto originado en el plano simbólico de la paternidad dentro de la "metáfora paterna", la cual es una función altamente ordenadora en función a que limita al deseo de la madre escindiendo la unidad que inicialmente forman la madre y el infante, escisión positiva mediante la cual, la función paterna añade un referente ante la ambigüedad del deseo del infante hacia la madre, tal función provoca una desambiguación en el psiquismo que significará un pensar coherente característico de todo sujeto integrado en la cultura (Lacan, 1957/2010).

El problema de la adicción se reduce para Lacan en que el significante falo es esencial para abrir paso al plano de la significación, pues se encuentra destinado a designar en su conjunto los efectos del significado en cuanto a que está condicionado por su presencia de significante. Por lo tanto, la ruptura a la que alude Lacan es una ruptura con el plano de la significación, de importancia debida a que la significación se enlaza a la ley instaurada a través de la “metáfora paterna”, que tiene efectos en tres “tiempos” sobre el sujeto (López, 2006). Todo el planteamiento puede resumirse relativamente señalando que el objeto es inaccesible debido a la ruptura de dicho significado, que provoca la imposibilidad de recrear el objeto deseado en forma adecuada y no pueda simbolizar lo que culturalmente se encuentra establecido; la ley, las normas, las contumbres familiares y sociales. El consumo de las sustancias psicoactivas da así una “solución” a un problema estructural de goce y el efecto de la sustancia psicoactiva tendría que pensarse como un efecto de salida de la dimensión del sentido. Recurrir a ella implica un intento de dejar de hacer al objeto inaccesible por causa de la formación de ruptura (González Guerra, 2008).

Bajo la manera en la cual Lacan entiende el fenómeno no puede explicarse la relación con la sustancia como un síntoma de conflictos inconscientes o sustituto de la relación con objetos sexuales relacionados con alguna fijación, ni tampoco como producto privilegiado de una estructura en particular o de dinámicas específicas en las relaciones objetales, sino como una respuesta o solución distinta que es posible en diferentes estructuras. Al dejar de ser un sintoma derivado de la formación del inconsciente implica un problema para la técnica psicoanalítica: el planteamiento de la intervención bajo esta perspectiva para Lacan no se trata de adaptar mediante el psicanálisis al paciente a la realidad, si no de mostrarle mediante la llamada “rectificación subjetiva” que su adaptación concurre a su propia fabricación. El tratamiento precisa de tomar una posición frente a la “realidad” de su compulsión, volviendo necesaria una desidentificación del sujeto con la conducta compulsiva y abriendo así el camino a la puesta en duda de la solución de la adicción mediante su posición como sujeto y su relación con el goce (López, 2006).

Se concluye que las hipótesis psicoanalíticas en torno al consumo de sustancias psicoactivas son sumamente diversas y que dependiendo del punto de vista desde el cual se han fundamentado, su concepción del fenómeno puede cambiar radicalmente, pero en términos generales estas adoptan una perspectiva desde la cual: o se caracterizan por algún tipo de mecanismo inconsciente - todas ellas bajo la idea central de la existencia de una condición que pudiera considerarse “preadictiva” a nivel estructural, de relación objetal o de fijación en etapas pregenitales de contenidos de los conflictos inconscientes - o bien, por ser un intento de solución a un problema de las faltas del goce, alusión que sigue Lacan en torno a su concepto de “formación de ruptura”. Siguiendo la lógica psicoanalítica que comparten, las intervenciones intentan dar una consistencia teórica y técnica al tratamiento en base a su propio entendimiento del fenómeno y el detalle de cada una de ellas resulta una cuestión bastante amplia a atender.

1.6.3 Puntos de Abordaje en la Terapia Cognitiva.

En términos generales la terapia cognitiva se fundamenta en la idea de que las personas con desórdenes psiquiátricos tienen patrones de pensamientos desadaptativos y por ello la intervención se orienta a intentar reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes mediante la modificación del pensamiento (Beck, 2008). Para este enfoque, las creencias disfuncionales juegan un papel importante en la generación de los impulsos y expectativas de las personas con consumo problemático de sustancias (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

De acuerdo con Beck et al. (1999), el abordaje que se realiza consiste en suponer un trabajo de colaboración sustentado en la confianza entre el terapeuta y el paciente, que sea activo, que esté basado en gran parte en preguntas abiertas y se encuentre altamente estructurado y centrado. Dentro de su aplicación al tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas este modelo ayuda al paciente a luchar con los problemas que le producen la angustia emocional y establecer una perspectiva más amplia de la confianza que tiene hacia el consumo de sustancias psicoactivas como medio para conseguir alivio. Algunas estrategias cognitivas ayudan a aliviar sus impulsos y al mismo tiempo a

establecer un sistema más fuerte de control interno. La intervención cognitiva en este tipo de intervenciones pretende ayudar al paciente a reducir la presión e incrementar el control de dos maneras: a) reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir la sustancia psicoactiva mediante la refutación de creencias subyacentes, y b) enseñar o educar al paciente en técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos.

La terapia cognitiva puede llevarse a cabo de distintas maneras. Pero esencialmente en este tipo de intervenciones, el terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan al consumo problemático de la sustancia, posteriormente explora las creencias del paciente acerca del valor que tienen las sustancias psicoactivas. De igual manera se entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en las que su pensamiento produce estrés y angustia. El terapeuta ayuda al paciente a modificar su pensamiento de tal forma que pueda conseguir comprensión de sus problemas reales y sentirse despreocupado de los pseudoproblemas ligados a los pensamientos defectuosos. A mediano plazo mediante el repaso y la práctica los pacientes consiguen construir un sistema de controles aplicable a situaciones en las que se enfrenten con los impulsos de consumir (Beck et al., 1999).

El trabajo de Beck et al. (1999), encuentra un parecido entre ciertas creencias en los distintos tipos de adicciones al consumo de sustancias psicoactivas desarrolladas. Algunas de ellas no pueden ser consideradas por si mismo factores que predisponen la adicción y algunas otras podrían existir antes de empezar a tomarlas y por lo tanto, podrían considerarse predisponentes al consumo. Las primeras se centran en la búsqueda de placer, la resolución de problemas, el alivio y el escape. Las segundas - consideradas predisponentes - se centran en la sensibilidad general hacia sentimientos y emociones propias que son desagradables, poca motivación para controlar su conducta que lleva a valorar más la satisfacción instantánea y a maneras inadecuadas para controlar la conducta y afrontar los problemas. Estas creencias moldean las reacciones de los individuos ante las sensaciones fisiológicas asociadas con la ansiedad y el deseo de consumir y es posible que quienes las tienen se encuentren hiperatentos a esas sensaciones presentadas incluso a un nivel bajo.

Cuando no se está experimentando el deseo imperativo de consumir, los pacientes en general son capaces de reconocer los efectos devastadores del consumo problemático de sustancias en su vida, sin embargo, cuando se activan las creencias relacionadas con las sustancias psicoactivas se produce un "bloqueo cognitivo" que inhibe la conciencia o la atención que se presta a las consecuencias de tal consumo. La intervención terapéutica consiste en levantar el bloqueo mediante una serie de tareas. Una manera de abordarlo por ejemplo, es mediante la activación deliberada del ciclo del impulso imperativo por consumir dentro de la clínica y mientras el deseo sea fuerte, repasar las razones para no consumir la sustancia con la debida medida de evitar que el impulso pueda mantenerse después de la sesión (Beck et al., 1999).

Los estudios empíricos sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos colocan con superioridad a los modelos de terapia cognitivos en combinación con el modelo conductual como los mejores tratamientos de elección y en contraste, la ausencia generalizada de las terapias psicodinámicas, con precisas excepciones (Echeburúa y Corral, 2001). Es históricamente conocida la efectividad que las intervenciones cognitivas tienen en el tratamiento de padecimientos como la depresión y otros trastornos (Beck, 2008), pero la literatura ya revisada pone de manifiesto la gran dificultad y propensión de las recaídas que los tratamientos en adicciones muestran en general, los datos mostrados no permiten considerar una clara efectividad en los tratamientos en términos generales. El modelo cognitivo reconoce particulares retos durante el abordaje referidos a la relación entre el terapeuta y su cliente, y pone énfasis en ello como una respuesta a las especiales dificultades suscitadas en el tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas: frecuentemente los pacientes no acceden a un tratamiento voluntariamente; mantienen presuposiciones muy desadaptativas acerca de la terapia; no suelen ser muy sinceros durante la terapia; consideran con recelo al terapeuta si lo perciben con marcadas diferencias respecto a ellos en términos de actitudes u opinan que el terapeuta es parte del "sistema" y no un aliado (Beck et al., 1999).

1.6.4 Puntos de Abordaje en la Terapia de los Constructos Personales.

Hasta el momento las relativamente escasas propuestas de intervención en el consumo problemático de sustancias psicoactivas puramente por parte de la terapia de los constructos personales siguen las líneas de acción de análisis y estructuración propuestas por su autor original: su análisis se orienta en entender la manera en la que los criterios con los que una persona elige entre las alternativas de su comportamiento (en este caso el consumo problemático de sustancias psicoactivas) se relacionan con los términos ante los cuales ha estructurado su mundo y se considera que sólo mediante ellos se pueden entender sus dilemas (Kelly, 1969/2001). El tratamiento contempla que la facilidad o dificultad para adaptarse a distintos cambios y demandas se suscitan en función de la construcción que los consumidores realizan sobre sí mismo y los elementos que giran en torno a sus problemas (Feixas y Cornejo, 1996) y en este caso en torno las sustancias psicoactivas y los aspectos relacionados con su consumo.

La metáfora empleada por Kelly (1969/2001) para visualizar al ser humano como un científico informal no se adopta bajo la perspectiva de enseñar a la persona a ser un buen científico, ni de considerar que el sufrimiento proviene de su "mala ciencia", es decir, de cogniciones distorsionadas que deban ser corregidas. Dentro de esta teoría tanto las conductas adaptativas como las disfuncionales de cada persona se encuentran inscritas en el ámbito de un sistema que pone a prueba las construcciones para ser validadas o desconformadas y revisadas en consciencia. Su diferencia con respecto a otros tratamientos radica en que la conducta disfuncional tiene un sentido dentro del proceso de construcción del sujeto que puede no ser evidente para un observador externo o muchas veces para la propia persona. Kelly concibe la psicoterapia como un contexto de empirismo colaborativo en el que se examinan las construcciones implicadas en las conductas problemáticas y donde se exploran posibles alternativas dentro de los propios esquemas del paciente (Botella y Feixas, 2008).

Un aspecto clave a resaltar con respecto a la Terapia de los Constructos Personales es que la modalidad de relación terapéutica propuesta es de hecho, el elemento central de una psicoterapia basada en ella (Feixas, 2003). Esta modalidad de relación implica prestar atención al lenguaje, las narrativas, las metáforas y los constructos personales que se generan durante el diálogo (Botella y Feixas, 2008). Kelly (1969/2001) señala que este modelo de psicoterapia no considera necesario desconfirmar una proposición del paciente para poder imaginar sus alternativas. En lugar de ello, el terapeuta emplea una variedad de técnicas como parte de un plan para participar con su cliente en la exploración de la efectividad de las construcciones que ha desarrollado sobre el mundo que los rodea con el fin de elaborar nuevas construcciones para profundizar sus relaciones con el terapeuta y las otras personas.

La modalidad de este modelo de psicoterapia rechaza la visión del profesional como un “experto” y se descoloca de la presunta posición de objetividad del terapeuta optando por una posición con respecto al paciente “de experto a experto”, facilitando con ello reducir la percepción del costo que para el paciente tiene el cambio en términos de su construcción personal. El ser humano como “científico informal” concebido en este modelo de psicoterapia no es informal en virtud de una carencia de racionalidad o lógica, sino en el carácter cotidiano en su vivir (Feixas y Villegas, 2000). El terapeuta no se considera con autoridad para diagnosticar los defectos en el sistema de significado del cliente. Dentro de este contexto, resulta fundamental que el terapeuta constituya un agente validador de la identidad del consultante y una persona que reconoce el valor del punto de vista de paciente (Botella y Feixas, 2008). Esto se debe a que las alternativas del comportamiento deben encontrarse dentro del sistema de construcción personal del paciente, el cual elige aquella alternativa que provee más coherencia y extensión el sistema Kelly (1969/2001). Se comprenden entonces los problemas a la luz del significado personal de la persona que consulta con el propósito de elaborar un proceso de cambio de acuerdo con el mantenimiento de la identidad de la persona que consulta (Botella y Feixas, 2008).

La psicoterapia de los constructos personales no se distingue por procedimientos específicos, ha aportado más procedimientos de exploración que de intervención y el elemento central de su intervención es la conceptualización del problema presentado por la persona, del proceso de cambio antes mencionado y la particular actitud del terapeuta (Botella y Feixas, 2008). De acuerdo con Botella y Feixas (2008), el profesional que emplea este enfoque puede escoger cualquiera de las técnicas disponibles, independientemente del modelo para el cual se haya sido originado, con precisas restricciones sobre los siguientes aspectos:

- (1) La conceptualización del cliente y su problema, basada en una exploración de su sistema de construcción de acuerdo con la psicología de los constructos personales.
- (2) La estrategia de cambio que se derive de tal conceptualización, de acuerdo con un proceso de cambio que preserve la identidad.
- (3) La adecuación de la técnica a los fines que plantea la estrategia de cambio seleccionada.
- (4) La capacidad del consultor para aplicar la técnica, de acuerdo con la formación que requiere (no se pueden conocer todas las técnicas).
- (5) La congruencia de la técnica con el marco de colaboración "entre expertos" establecido particularmente con el cliente de acuerdo con la aceptación potencial que se percibe en el cliente de dicho procedimiento (p. 102).

Dentro de los escasos desarrollos en torno al tema, por su parte Guajardo Sainz y Kushner Lanis (2005) han desarrollado un modelo de tratamiento en adicciones adscrito a la Teoría de los Constructos Personales en función del análisis del desarrollo autobiográfico del sí mismo en un periodo de desintoxicación consolidado con el fin de evitar niveles altos de inestabilidad cognitiva y cuando se han establecido las

características del modelo antes mencionadas. El análisis autobiográfico se orienta hacia los hechos dolorosos o difíciles que el paciente recuerde dentro de sus primeros años de vida, sin consultar a nadie. Ante este relato los terapeutas realizan el proceso de análisis para entender la experiencia a la luz de sus construcciones, para contrastarla con periodos posteriores y comprobar la repetición a lo largo de sus años de su construcción de la realidad para ofrecer alternativas bajo la perspectiva del paciente.

A manera de síntesis para el capítulo sobre los retos y puntos de abordaje en el tratamiento psicológico de los trastornos relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas, se puede decir que dentro de la investigación e intervención en el tema resulta de vital importancia la elaboración y empleo de definiciones aisladas de los prejuicios sociales que giran en torno a la representación que se tiene sobre el consumo de sustancias psicoactivas para poder acotar una problemática real y presente en la actualidad con criterios diagnósticos puntuales, que a su vez se ve permeado por un malestar psicológico de variada sintomatología, influenciada por una etiología compleja y variable. La atención a todos los aspectos de la literatura revisada en este capítulo y a los factores puntuales que determinan los efectos, consecuencias y tratamientos del consumo de sustancias psicoactivas atienden a la medida que se precisa para dilucidar el tema como un fenómeno complejo, a su vez que perfila el nivel de información bajo el cual debe ser estudiado, necesariamente distinto a algunas actitudes tomadas a lo largo de la historia incluso dentro de la investigación que emplea ocasionalmente definiciones ortodoxas. El entendimiento amplio del tema permite visualizarlo independientemente de las actitudes y posiciones individualmente asumidas como una problemática sumamente ligada a la condición humana como parte de su sufrimiento.

CAPÍTULO II: LA TEORÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES Y LA DEPENDENCIA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Dilucidar la conducta del consumo de sustancias psicoactivas bajo la perspectiva que ofrece la TCP expone un relevante metaparadigma para plantear el conocimiento, además de una perspectiva bajo la cual todo aquello que se dice, de igual manera en la que mucho de lo que se puede argumentar sobre las sustancias psicoactivas, se dice desde un determinado punto de vista.

Las persistentes problemáticas que se suscitan durante el tratamiento psicológico del consumo problemático sustancias psicoactivas, tanto dentro como fuera de los propios encuadres terapéuticos, han demostrado la necesidad de un nivel de análisis consistente con un paradigma amplio, en el sentido positivo de que toda teoría debería ser entendida bajo su propia provisionalidad de conocimiento. Para la TCP que operar eficientemente en el mundo concreto compromete primeramente poder reconocer que el conocimiento se encuentra construido (Neimeyer y Mahoney, 1998).

El consumo problemático de sustancias psicoactivas al igual que cualquier adicción en general, resulta una conducta poco entendible para la perspectiva de cualquier persona que no la padezca, dado que a simple vista es poco lo que limita en muchas ocasiones el abandono del consumo de la sustancia psicoactiva. La dimensión autodestructiva que vivencian las personas dependientes al consumo de sustancia en su padecimiento es un elemento que dada su condición aparentemente antinatural resulta en términos generales sumamente complicado de entender. Aún los modelos de intervención psicológica con mejores resultados hasta el momento se orientan a entender bajo su propio esquema de intervención a esta conducta como “irracional”, colocando a la psicoterapia tradicional dentro de una intervención en el cual la persona dependiente tiene que experimentar una anulación de la lógica que por cuenta propia experimenta, dentro de la cual trata de generar un sentido y posicionamiento para sí mismo en relación al mundo que experimenta, sabiéndose muchas veces dotado de capacidad de raciocinio a pesar de no ser consciente del sentido de su propia lógica.

Entender como un dilema a la conducta aparentemente autodestructiva del consumo problemático de sustancias psicoactivas permite arrojar luz y ampliar una perspectiva más allá del contexto tradicional que suele excluir del sentido lógico todas aquellas conductas que no puede entender bajo su propio esquema. A pesar de las décadas suscitadas desde sus orígenes, la TCP ofrece una puntual, vigente y clara propuesta para analizar el sentido de todos los procesos humanos que se involucran en su vivir y que permite dilucidar una razón de ser para todas aquellas conductas anteriormente excluidas de la naturaleza lógica del ser humano. Este capítulo aborda algunas de las conceptualizaciones más puntuales para analizar la construcción personal y a su vez la relación que guarda con el perfil de malestar psicológico de las personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas.

2.1 Antecedentes Históricos de la Epistemología Constructivista.

El camino trazado en el conocimiento de la realidad psicológica que primeramente tuvo la intención de desarrollar una ciencia humana “verdadera”, ha cedido el paso al replanteamiento del papel que el objetivismo tuvo durante algún momento, en el encausamiento de una fe a una realidad completamente cognoscible (Neimeyer y Mahoney, 1998).

El racionalismo ha podido encontrar ampliamente su expresión en la psicología durante el último siglo a través de una gran diversidad de teorías psicológicas (Gurrola, 2003). Pero las diversas y nuevas perspectivas del conocimiento que emergen en la posmodernidad sugieren que lejos de que el ser humano se encuentre ante una realidad singular, estable y cognoscible en su totalidad, más bien se comprende en cada persona el reconocimiento de realidades divergentes, inmersas en el contexto y constituidas socialmente (Neimeyer y Mahoney, 1998). La visión constructivista ha adquirido relevancia como un paradigma que ofrece explicaciones sobre la construcción del conocimiento. Su origen y avances no se encuentran referidos a un solo momento o pensador, incluso caería en lo excesivo detallar todas las bases multidisciplinarias y la diversidad de orígenes teóricos que el constructivismo moderno ha tenido, en lugar de

mencionar aquéllas que más bien son de mayor relevancia para la TCP. Dentro de sus bases, el constructivismo se presenta como una tesis epistemológica y psicológica a la vez, centrada en conocer cómo conocemos y cómo llegamos a conocer (Maturana, 1970; citado por Feixas y Villegas, 2000).

Resulta ineludible el valor que la filosofía griega tuvo como un asidero de importantes ideas que por su interés hacia el carácter ontológico del conocimiento mostraban algunos intentos sostenidos por romper la hegemonía del conocimiento único y absoluto. De acuerdo con Araya, Alfaro y Andonegui (2007), a Jenófanes (570-478 a. C.) se le atribuye una de las primeras aportaciones filosóficas de este enfoque al considerar que una teoría solamente debía ser admitida o considerada dominante después de haber sido sometida a competencia con otras mediante el análisis crítico y la discusión racional, esto con el fin de aceptar aquellas que en mayor medida se acercasen a la verdad.

Los sofistas presocráticos, con Gorgias (483-375 a. C.) como uno de sus principales exponentes, ya consideraban que resultaba imposible el conocimiento de la realidad y que por lo tanto sólo podían formarse opiniones mejores o peores de las cosas. Entre ellos, Protágoras (480-410 a.C.) en su escrito "Sobre la verdad" planteaba que la realidad no representa una sola cara, dado que cada hombre tiene sus propias sensaciones y por lo tanto no podían tener las mismas experiencias implicándose así la imposibilidad de expresar un solo o único argumento sobre las cosas (Feixas y Villegas, 2000). Para Protágoras, incluso cualquier intento por establecer una supuesta universalidad de ideas implicaba un propósito de dominación. El aspecto fundamental de su pensamiento es que el hombre no conoce las cosas como son, sino como las son para él en el momento de su percepción (Araya et al., 2007).

No es sino hasta mucho después en la historia (Siglo XVII) con la llegada del Renacimiento, que este paradigma del conocimiento pudo desarrollarse teniendo como antecedente a la duda metódica formulada por René Descartes, quien para algunos autores es considerado iniciador de las perspectivas modernas del constructivismo

debido a su empleo de las analogías constructivistas sobre la técnica mecánica y la matematización, razón por lo que consideraba que el ser humano sólo puede conocer lo que el mismo construye. Su geometría analítica además, supone la separación de las verdades geométricas: la creación del artificio humano es constituido por el sistema de coordenadas que bien, pueden construir y representar objetos de forma algebraica. Con ello rompe la atadura ontológica, llevándolo a entender que el ser humano puede manifestarse de más de una manera (Araya et al., 2007).

El pensamiento de Locke (1632-1704) surgió en contraste como una manera centrada en entender “cómo” funciona la propia mente humana. El énfasis que enmarca en el “cómo” más que en el “qué” permite vislumbrar una psicología implícita en su propia epistemología, mediante la cual el análisis de la mente humana comenzó a adquirir importancia estableciendo que el único objeto inmediato de la mente humana son sus ideas, provenientes de la experiencia. De tal manera fue que Locke formuló el principio básico del empirismo (Feixas y Villegas, 2000).

Berkeley (1685-1753) y Vico (1668-1744) eran pensadores contemporáneos que daban valor al camino propuesto por Locke, pero planteaban que dentro de su sistema existían resquicios que daban pie al escepticismo; bajo la razón supuesta de que las ideas son los objetos del conocimiento ¿hasta qué punto se puede estar seguro de que las ideas se corresponden con los objetos reales? Para Berkeley, las cosas sólo existen al ser percibidas, lo único que conoce el ser humano son sus ideas (el ser de las cosas es ser percibido), mientras que para Vico, el hombre sólo puede entender las cosas que él mismo hace, la reducción de la verdad a lo hecho deriva a que el conocimiento es conciencia operativa del mundo experiencial (el ser de las cosas es hacerlo) (Feixas y Villegas, 2000). Estos razonamientos puntualizaron la escisión entre el empirismo y el constructivismo, todavía no distinguida por Locke. El principio fundamental del pensamiento constructivista refiere que el mundo que constituyen los individuos es un mundo de experiencias que no exige una correspondencia con la realidad ontológica (Neimeyer y Mahoney, 1998).

Aunque un tanto alejado de la psicología, el pensamiento de Kant (1724-1804) tiene un lugar importante entre los antecedentes teóricos del constructivismo en cara a que al igual que Vico, atribuía a la mente humana un aspecto activo en el sentido de que era creadora de significados y no un simple receptáculo pasivo de sensaciones (Feixas y Villegas, 2000). Los juicios que nacen únicamente de la experiencia se encontraban para Kant, desprovistos de universalidad, pues ante la forma pura de las intuiciones con la que se perciben los fenómenos se encuentran las formas a priori (espacio, tiempo y causalidad) que son necesarias para validar y organizar el conocimiento originado a partir de la experiencia, haciendo que las cosas no invadan la consciencia con su ser en sí, sino con las facetas que la consciencia esté interesada en que aparezcan (Araya et al., 2007). Lo anterior quiere decir que para Kant, el ser humano tiene una capacidad para poner orden a su experiencia y lo hace estructurándola activamente mediante “categorías” para producir una forma organizada y cognoscible al registrar las cualidades de los objetos (Feixas y Villegas, 2000). Siendo que las categorías proporcionan conocimiento coherente a partir de la experiencia, surge la noción de “esquema” como la construcción mental de la experiencia que refleja el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes. Al momento de unir la experiencia sensorial con las leyes del pensamiento universales, intersubjetivas y necesarias, Kant sentó los principios generales del constructivismo (Gurrola, 2003).

El importante filósofo Jean Paul Sartré (1905-1980) también llevó a cabo una interesante aportación al constructivismo, particularmente relevante para la TCP: El alternativismo. Mediante su concepción filosófica refiere que si bien la consciencia es existencia, espontaneidad y libertad, las conductas a las que se traduce deberían ser referidas a la libre elección que la consciencia hace de sí misma y del mundo, de tal forma que toda actividad supone la posibilidad de construcciones infinitamente alternativas. De ello parte que para delimitar la significación de una conducta no basta con describirla empíricamente, ni describir las tendencias que lo sostienen, sino que la conductas y sus tendencias deberían ser descritas en relación al “proyecto original” del que son reveladoras (o “rol nuclear” en la teoría de Kelly), para Sartré esa es la labor de llevar a cabo un análisis existencial (Feixas y Villegas, 2000).

Con el paso del tiempo diversos autores como Bruner (1934-1995) hicieron énfasis en el lenguaje como medio de acceso a las herramientas intelectuales en la cultura como una correspondencia entre la experiencia sensorial, la capacidad organizativa innata y la representación (Feixas y Villegas, 2000).

Han sido muchos más los aportes que poco a poco y a través de los años consolidaron el paradigma constructivista, son tantos y tan multidisciplinares que caería en lo excesivo poder enumerarlos. El desarrollo que el constructivismo ha tenido dentro de la psicología ha sido muy diverso y gracias a los antecedentes históricos y a los fundamentos epistemológicos anteriormente señalados, autores como Barlett, Piaget y Vigotsky plantean modelos teóricos que en la actualidad son importantes pilares de la psicología cognitiva, pero que se diferencian en ciertos aspectos teóricos de la epistemología constructivista, particularmente en el énfasis que esta última le da a la interpretación de la experiencia antes que sobre los procesos del pensamiento. De hecho, según el constructivismo, el ser humano se encuentra conociendo cada segundo de su existencia mediante la interpretación de la experiencia que vive y por lo tanto vivir es conocer, puesto que es a través de la experiencia vivida que se construye el conocimiento. En suma, la epistemología constructivista sugiere que la actividad básica de los seres humanos es conocer, construir la realidad que vive y a la que se tiene que adaptar para sobrevivir y evolucionar (Feixas, 2003).

La visión moderna del constructivismo como tal ha sido de reciente consolidación entre las principales teorías psicológicas del último siglo, sin embargo las orientaciones constructivistas comparten dentro de su diversidad multidisciplinaria una premisa en común: no se tiene acceso a una realidad externa, singular, estable y totalmente cognoscible. Contrario a ello, toda comprensión de la realidad está inmersa en el contexto, se forja interpersonalmente y es necesariamente limitada, pues los humanos crean y construyen activamente su realidad personal (Neimeyer y Mahoney, 1998). De acuerdo con Mahoney (1988; citado por Gurrola, 2003), los principios básicos del constructivismo en psicología con los siguientes:

- A) Conocimiento proactivo: significa que la experiencia humana, el conocimiento y los procesos de adaptación se ven caracterizados por la activa participación del individuo o la selectividad en la construcción de su mundo.

- B) La estructura nuclear morfogenética: asegura que los sistemas humanos se encuentran organizados alrededor de procesos centrales o nucleares, que dictan y rigen las formas manifestadas a nivel periférico o superficial.

- C) Desarrollo autoorganizativo: también denominado autopoyético, establece que los sistemas humanos se organizan a sí mismos de tal manera que se auto protegen y preservan su identidad, desarrollándose a través de diferenciaciones estructurales, seleccionadas por un proceso de ensayo y error (p. 12).

2.2 La Psicología de los Constructos Personales.

La tesis propuesta por George Kelly es una de las más representativas del paradigma constructivista. Enmarca interesantes aspectos filosóficos que enfatizan la capacidad humana para construir activamente los acontecimientos, los cuales están sujetos a tantas construcciones como el ingenio permita delinear. Esta propuesta no niega la existencia de una verdad objetiva, sólo enfatiza la manera en la que cada ser humano impone sus propias construcciones (algunas más viables y/o adaptables que otras) sobre las situaciones, persiguiendo y anticipando así sus implicaciones a la espera de que algo suceda e invitando a la naturaleza de las cosas a intervenir en la experiencia personal e individual (Kelly, 1969/2001).

Kelly (1969/2001) señala al alternativismo constructivo como la postura filosófica que sustenta su teoría, el cual señala que la realidad está sujeta en su totalidad a muchas construcciones alternas, algunas más fructíferas que otras. De esta forma, resulta distante para el ser humano la certeza de que dichas construcciones puedan corresponder de manera absoluta a los acontecimientos mismos. Pero sea el mundo lo que fuere, el ser humano sólo puede afrontarlo imponiendo sus propias interpretaciones

sobre lo que percibe. La TCP encuentra presente dentro de su labor la idea de que cada teoría que pueda ser generada por el ingenio humano, científica o no, se origina por una invención particular alterna que contribuye a predecir qué es lo que se puede esperar.

El postulado básico de la TCP refiere que; “los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por la forma en que anticipa los conocimientos” (Kelly, 1969/2001, p. 261). El autor entiende a la persona como un acontecimiento, no como un cuerpo o sustancia material para el cual se le necesite invocar otros conceptos referentes al movimiento para expresar su continua actividad. La persona es para Kelly en sí misma, los acontecimientos que expresan su personalidad (Kelly, 1969/2001). El constructivismo sugiere que conocer no es una parte de la actividad del ser humano, sino que "conocer es vivir", esto quiere decir que todos los fenómenos que ocurren en el vivir (pensamientos, emociones, comportamientos, imágenes, sueños) forman parte de la vida y por lo tanto, de darle significado a la experiencia (Feixas, 2003).

Kelly empleó la analogía del ser humano como científico para explicar su teoría. Uno de los aspectos más llamativos de ésta es que descansa sobre la conducta de la búsqueda humana, contemplando al comportamiento como un experimento mediante el cual cada individuo puede someter a prueba la validez de sus epistemológicamente hablando, propias y audaces construcciones, pues la construcción y revisión de los modelos mentales a través del ciclo de la experiencia le permite adquirir comprensión sobre su mundo, teniendo de la capacidad de anticiparlos de manera similar a lo que sucede con el método científico con la construcción y revisión de modelos teóricos que permiten comprender la realidad (Kelly, 1969/2001). La anticipación es importante porque es sinónimo de la estructura de significado desde la cual la persona construye los acontecimientos. En el sentido Kellyano, se podría decir que el ser humano se encuentra anticipando todo el tiempo (Botella y Feixas, 2008).

De esta manera, la TCP otorga a cada individuo la responsabilidad epistemológica de sus propias construcciones en el lugar que vuelve a cada uno víctima de sus circunstancias y acontecimientos (Feixas y Villegas, 2000). La visión del ser humano para

Kelly (1969/2001), que incluye a los pacientes más perturbados, es la de alguien que escoge la mejor alternativa de entre los dilemas que su propia construcción del mundo le suscita de manera similar en la que un científico podría haber optado por la mejor alternativa de hipótesis para explicar la realidad en las circunstancias que la experimentación y la revisión de las teorías le permite. A continuación se exponen los conceptos esenciales de la teoría.

2.2.1 Los Constructos Personales.

La noción de constructo personal es un aspecto clave de la TCP, Kelly (1969/2001) plantea al constructo como una abstracción aplicable a una amplia variedad de circunstancias para organizarlas, ya que consiste en la captación de una diferencia, lo que implica a la vez captación de la similitud. Esta captación no es necesariamente consciente o verbalizable, sino que es personal e implica a todos los sistemas. Puntualmente, son dimensiones bipolares de significado que constituyen el conjunto estructurado del conocimiento que tiene el individuo para entender y anticipar su mundo de experiencia. De tal forma que el constructo tiene la doble función de procesar la información que llega a los sentidos y de anticipar los conocimientos futuros (Neimeyer, 1996). Botella y Feixas (2008) lo definen como una dimensión evaluativa bipolar, simbolizada o no por una etiqueta verbal, que discrimina entre elementos en función del atributo específico que abstrae, por ejemplo: "bueno versus malo", "simpático versus antipático", "constructivista versus objetivista", "transparente versus opaco".

Además de su definición, estos autores presentan un resumen de otros términos propios de la psicología de los constructos personales relevantes para su comprensión (Bannister y Fransella, 1986; citado por Botella y Feixas, 2008):

- Rango de conveniencia: El rango de conveniencia de un constructo comprende todos aquellos elementos a los que la persona encuentra útil aplicarlo.

- Foco de conveniencia: El foco de conveniencia de un constructo comprende aquellos elementos concretos a los que la persona encuentra máximamente útil aplicarlo. Son los elementos respecto a los que es probable que se haya formado originalmente el constructo.
- Elementos: Objetos, personas o acontecimientos abstraídos mediante el uso de un constructo.
- Polo: Cada constructo discrimina entre dos polos, uno en cada extremo de su dicotomía. Los elementos abstraídos son similares en cada uno de los polos y diferentes de los del otro polo.
- Contraste: Relación entre los dos polos de un constructo.
- Polo de similitud: Polo del constructo respecto al que dos elementos son similares.
- Polo de contraste: Polo del constructo respecto al que un elemento es diferente de otro.
- Permeabilidad: Un constructo es permeable si admite nuevos elementos en su contexto. Es impermeable si no los admite.

2.2.2 Los Corolarios.

Los once corolarios propuestos por la teoría elaboran las implicaciones señaladas por su postulado fundamental de forma esquemática y son los siguientes (Kelly, 1969/2001):

- Corolario de construcción: Las personas anticipan los conocimientos construyendo sus réplicas. Este corolario sugiere que los acontecimientos sólo se pueden prever infiriendo similitud entre dos acontecimientos para distinguirlos de todos los demás. Tal interpretación se encuentra formada por los constructos personales, que se

originan en la capacidad de las personas para diferenciar similitudes y diferencias. El proceso de construcción puede mostrarse mediante la expresión de alguna etiqueta verbal, pero no necesariamente es así, ya que son de naturaleza abstracta (Botella y Feixas, 2008).

- Corolario de individualidad: Las personas difieren entre sí en su construcción de los acontecimientos. Por cuanto la construcción es personal, dos personas no podrían organizar sus sistemas de manera idéntica en razón a que cada red de significados personales (o constructos) se encuentra conformada por la experiencia propia, es imposible que dos personas construyan los acontecimientos de manera idéntica. La propia organización particular de la experiencia es precisamente su punto de comprensión (Gurrola, 2003).

- Corolario de organización: Cada persona desarrolla de manera característica, para su conveniencia en la anticipación de acontecimientos un sistema de construcción que incluye relaciones ordinales entre constructos. Este corolario sugiere que un constructo no tiene valor por sí mismo, si no es dentro de una red semántica amplia y a menudo muy compleja cuya característica más definitoria es que se organiza de forma jerárquica (Botella y Feixas, 2008).

- Corolario de dicotomía: El sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos. Los constructos son referidos por Kelly (1969/2001) como ejes de referencia y contraste básico entre dos grupos sobre los cuales es posible proyectar acontecimientos para afrontarlos y darles un significado. La función del constructo consiste en distinguir y agrupar, por ello existe en el la naturaleza de las distinciones bipolares (Botella y Feixas, 2008).

- Corolario de elección: Una persona escoge para sí misma una alternativa en un constructo dicotómico con la que anticipa más posibilidades de elaborar su sistema. Para Kelly, elegir implica primeramente involucrarse a uno mismo y no en términos de los objetos externos que han sido escogidos, de tal suerte que al tomar una decisión el ser

humano se alinea a sí mismo en términos de sus propios constructos y se construyen las alternativas en función a ellos. Esto permite desarrollar utilidad en los constructos, presentando la posibilidad de definirlos y extenderlos (Kelly, 1969/2001).

- Corolario de rango (o del ámbito): Un constructo es conveniente para la anticipación de un ámbito limitado de acontecimientos. No todos los acontecimientos pueden proyectarse en las dicotomías que conforman la perspectiva de una persona. Cada constructo posee un foco de conveniencia, es decir, un conjunto de elementos sobre los que funciona bien y más allá de él se difumina en la inutilidad. Un constructo supraordenado será el que tenga mayor ámbito de conveniencia que otros (Gurrola, 2003).

- Corolario de experiencia: El sistema de construcción de una persona varía a medida que construye sucesivamente réplicas de sus acontecimientos. Los constructos tienden a desplazarse cuando se proyectan acontecimientos sobre ellos mediante distintos tipos de cambio, de esta forma las teorías personales se vuelven cada vez más refinadas y predictivas (Kelly, 1969/2001).

- Corolario de modulación: La variación en el sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos en cuyo ámbito de conveniencia se encuentran las variantes. La revisión de las construcciones a partir de los acontecimientos sugerida por el corolario de la experiencia tiene limitaciones en el grado en que la persona posea o no, un sistema de construcción lo suficientemente abierto a los acontecimientos novedosos para reconocerlos cuando los encuentra. La permeabilidad de un constructo es la capacidad para servir de referente ante acontecimientos inéditos y de admitir nuevas construcciones en su ámbito de conveniencia (Kelly, 1969/2001), es impermeable en cambio cuando se fija de forma exclusiva a elementos concretos (Botella y Feixas, 2008). El grado de permeabilidad y a su vez de jerarquización, delimitan las posibilidades de cambio en el sistema (Gurrola, 2003).

- Corolario de fragmentación: Una persona puede emplear sucesivamente varios sistemas de construcción inferencialmente incompatibles entre sí. La única condición que limita la elaboración del sistema de constructos personales es que los cambios en un subsistema de constructos sean acomodables en un sistema supraordenado. Por otra parte, la ausencia de un constructo supraordenado que integre a otros de orden inferior, puede provocar un sentido de inconsistencia personal al pasar de un a otro subsistema (Botella y Feixas, 2008).

- Corolario de comunalidad: En la medida en que dos personas emplean una construcción similar de la experiencia, sus procesos son psicológicamente similares. Este corolario explica las similitudes observables en los procesos de construcción de la experiencia de personas pertenecientes a ciertos grupos, pues los procesos psicológicos de una persona serán parecidos en la medida en la que construyan su experiencia de forma similar (Botella y Feixas, 2008).

- Corolario de socialidad: una persona puede jugar un rol en un punto social que implica a otra en la medida en que construya los procesos de construcción de aquella. Para Kelly, la capacidad de desempeñar un rol en un proceso social no solamente implica una construcción compartida de la experiencia, sino la construcción de los procesos de construcción de los demás. Predecir con cierta seguridad lo que harán los demás ayuda a ajustar las conductas (Kelly, 1969/2001). Un rol es entonces un proceso basado en la construcción de una persona, de aspectos del sistema de construcción de aquellos de quienes se intenta asociarse en una actividad social (Botella y Feixas, 2008).

2.2.3 El Sí Mismo.

Los constructos se encuentran organizados en un sistema jerárquico dentro del cual juegan un papel central en la Construcción del Sí Mismo, el cual es un proceso que da a toda estructura personal una configuración de identidad. Significa una capacidad de referirse a sí mismo a los otros, que surge a partir de la evolución de un mundo intersubjetivo (Gurrola, 2003).

El sí mismo está constituido como una unidad de significado organizada y los acontecimientos que implican cambios profundos en su organización, naturalmente, resultan amenazadores (Neimeyer y Mahoney, 1998). En la organización de todo el sistema existen constructos particularmente nucleares o supraordenados que definen la identidad de los individuos y dan sentido a sus acciones y sentimientos (Botella y Feixas, 2008). Según Kelly (1969/2001), los constructos nucleares son aquéllos que gobiernan los procesos de mantenimiento personales. La perspectiva de cambio ante estos constructos genera sentimientos de amenaza y con ello posibles resistencias, debido a que cada cambio debe ser mínimamente coherente con este sentido de identidad (Neimeyer, 1996).

En términos de la Psicología de los Constructos Personales y la Técnica de la Rejilla, el autoconcepto tiene posibilidades operativas de análisis mediante el Sí Mismo. Dicho concepto se entiende como una construcción o teoría personal compuesta por un conjunto de hipótesis sobre uno mismo. Forma parte importante en el propósito de dar sentido a la información procedente del mundo, partiendo de organizar la experiencia con un sentido de auto consistencia en diferentes momentos y situaciones (Botella y Feixas, 2008).

2.2.4 La Salud Mental y El Ciclo de la Experiencia.

Vista bajo los términos de la TCP, la determinación de la salud mental es equiparable a los procesos óptimos de construcción de la experiencia, estos procesos se caracterizan por una continua revisión y fluctuación de las construcciones personales (Botella y Feixas, 2008), mientras que la patología por su parte implica la incapacidad del sistema de construcción personal para acomodarse a los acontecimientos que enfrenta (Neimeyer y Feixas, 1989; citados por Gurrola 2003).

De acuerdo con Kelly (1969/2001), al igual que un científico óptimo, las personas tendrían que ser capaces de elaborar teorías con focos y ámbitos de conveniencia delimitados. La finalidad en ello debería radicar en extender el ámbito de conveniencia

de sus hipótesis, volviéndolas cada vez más explicativas y coherentes como herramienta y guía de dimensión anticipatoria. Una cualidad importante de una buena teoría es su capacidad de generar hipótesis susceptibles de ser sometidas a prueba en su valor predictivo y rechazadas si no cumplen una función anticipatoria de los sucesos. Aún con lo anterior, una teoría es más flexible que cada una de las hipótesis que permite plantear, por ello, raramente debería ser descartada por la invalidación de una de ellas. Ante cualquier caso, tras la refutación de alguna invalidación, los constructos más supraordenados deben ser revisados por la luz de la experiencia, ello implica que toda teoría o hipótesis debería poder ser considerada como desechable y descartable tras un análisis pertinente. El criterio para determinar el valor de uso de cada teoría no es la pretensión de la infalibilidad, sino su capacidad para generar y dirigir nuevas preguntas, de indicar nuevas áreas de investigación y de contribuir en general al hacer del ser humano, comprender el mundo.

El ciclo de la experiencia, descrito por Kelly (1969/2001) y formalizado por Neimeyer (1996), resulta de vital importancia en la dilucidación de los procesos óptimos de construcción de la experiencia, éste se encuentra dividido en cinco fases:

- Fase de Anticipación: Implica la derivación de una hipótesis personal sobre el curso probable de un acontecimiento. Dicha hipótesis se basa en los aspectos supraordenados de la teoría personal, validados en ciclos de experiencia anteriores.

- Fase de Implicación: Es la forma en la que las personas salen al encuentro de la experiencia, equiparable a la actitud que se adopta ante las experiencias. Las consecuencias del ciclo de experiencia serán más profundas cuanto mayor sea la implicación de la persona en esta segunda fase.

- Fase de Encuentro: Implica la disposición a operacionalizar la hipótesis de la que se trate y contrastarla con la realidad en cuanto a su valor predictivo. El resultado del contraste puede ser la confirmación o la desconfirmación de la anticipación. Las

conductas mismas suelen poner a prueba las construcciones personales para ser confirmada o desconfirmadas, y en consecuencia revisadas (Botella y Feixas, 2008)

- Fase de Confirmación/Desconfirmación: Siendo el resultado del encuentro, esta fase siempre va acompañada de manifestaciones emocionales.

- Fase de Revisión (o Revisión Constructiva): La revisión del sistema de constructos ante los encuentros es de vital importancia, especialmente en el caso de la invalidación, pues hace necesario reflexionar sobre el contexto en el que la hipótesis invalidada se originó. Enfrentarse a los acontecimientos que se encuentran fuera de los rangos de conveniencia del sistema del constructos genera una ansiedad que cataliza la consciencia de que el propio sistema de constructos no se adapta a los acontecimientos que le rodean, esta toma de consciencia es un aspecto del sistema de constructos que fundamenta el cambio y la reconstrucción (Kelly, 1969/2001). Es probable que deban revisarse algunos constructos supraordenados a los que puede invalidar la desconfirmación (Botella y Feixas, 2008).

Finalmente, el Ciclo de Experiencia se cierra a sí mismo al incorporarse los resultados de la revisión del sistema a las hipótesis o anticipaciones futuras (Botella y Feixas, 2008).

En el mismo sentido, Villegas (2001; citado por Gurrola, 2003) concibe a la evolución psicológica como una serie sucesiva de construcciones epistemológicas con las que se contruye la realidad y como los pasos sucesivos de unos sistemas a otros con el fin de ajustarlos a la complejidad creciente de sus interacciones con el mundo. La patología desde este punto de vista, es más producto de una incapacidad de aprender de la retroalimentación de la revisión constructiva (Botella y Feixas, 2008). Es de esta manera que los bloqueos o fracasos en este proceso se consideran el origen de las disfunciones o inadaptaciones psicológicas.

2.3 La Visión Constructivista de la Dependencia al Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Abordar directamente el fenómeno del consumo problemático de sustancias psicoactivas no es algo que Kelly hizo de manera muy específica en sus obras. Justificar la posibilidad de incluirlo dentro del objeto de estudio de la TCP, parte de entenderlo como un comportamiento más dentro de lo referenciado por su postulado fundamental. Como se ha mencionado, se sugiere desde el constructivismo que todos los fenómenos que ocurren en el vivir forman parte de la vida y por lo tanto, de darle significado a la experiencia (Feixas, 2003). Es de entre dichos fenómenos que se incluye a la conducta del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

“Los compromisos de uno pueden ser más importantes que las oportunidades...este es el precio que los seres humanos pagamos para escapar del caos interno” (Kelly, 1969/2001, p. 265). Con respecto al corolario de organización, Kelly permite anticipar la direccionalidad de la construcción humana de las alternativas, entre ellas habría que dilucidar la explicación por la cual la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas se convierte en una alternativa viable dentro de la propia construcción de los sujetos.

Los criterios diagnósticos psiquiátricos para los trastornos por dependencia al consumo de sustancias alcohólicas y no alcohólicas del DSM-IV-TR (APA, 2002) y del Trastorno por consumo de sustancias (APA, 2014) dejan en claro que más allá de las opiniones culturales y sociales que pudieran esgrimirse sobre el consumo de sustancias en términos generales, se justifica entender a la dependencia como un problema por poseer una dimensión autodestructiva en diversos ámbitos de la persona dependiente y el entorno que le rodea que persiste a pesar de los problemas suscitados y aún después de la propia consciencia del aspecto autodestructivo (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997). La apreciación de la existencia de la conducta autodestructiva junto con los infructuosos intentos de abandonar el consumo (APA, 2002) permite visualizar que con frecuentes excepciones, las personas con dependencia al consumo de sustancias tienen

posibilidades de entenderlo e incluso la capacidad de reconocerlo como algo negativo, pudiendo identificar los hechos relacionados con el patrón desadaptativo de consumo durante o después de la continuidad del consumo problemático o la dependencia sin actuar al respecto, como si tuviera alguna implicación positiva. Desde el constructivismo no puede asumirse que los pensamientos de un cliente sean irracionales o erróneos, sino que se intenta comprender la coherencia respecto al sentido de identidad de las personas y explora alternativas más congruentes (Botella y Feixas, 2008).

Independientemente de que una persona con problemas de consumo de sustancias psicoactivas pueda o no reconocer su conducta como un aspecto autodestructivo, la llamada paradoja neurótica permite cuestionar la inquietud suscitada ante dicho fenómeno al igual que ante muchas otras problemáticas psicológicas de diverso índole para la mayoría de los modelos psicoterapéuticos: ¿por qué un comportamiento no cesa a pesar de ser autodestructivo? Al respecto, Kelly (1969/2001) menciona que dicha “paradoja” en sí, existe para algún teórico o terapeuta que intenta explicar un problema en términos que él mismo pueda entender. Lo que sucede es que dentro de su propio sistema de constructos, la persona se encuentra ante un dilema, no ante una paradoja. La visión del ser humano para Kelly, que incluye a los pacientes más perturbados, lo concibe como alguien que escoge la mejor alternativa de entre los dilemas que su propia construcción del mundo le suscita, pues la dirección que toma el comportamiento se reduce a descubrir que la conducta de una persona debe encontrarse presente dentro de los límites de su sistema de constructos. Los criterios con que una persona elige entre las alternativas se encuentran relacionados con los términos ante los cuales ha estructurado su mundo y sólo mediante ellos se puede entender su dilema. Contemplando al comportamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas como una parte de todo el proceso que es vivir y dar significado, se puede inferir que dicha conducta consiste para la persona que lo padece, la mejor alternativa entre los dilemas de su propia construcción del mundo. Tal como se encuentra estructurado su sistema de constructos, todo lo que se ha hecho es elegir entonces al consumo problemático de sustancias psicoactivas de entre un conjunto limitado de posibilidades, siendo que el resto de sus alternativas son menos aceptables.

En la medida que un sistema tenga dimensiones, éste le puede ofrecer conjuntos de alternativas y sólo entendiendo esas alternativas es posible explicar por qué elige algunas, como el consumo problemático, mientras omite otras. Toda conducta, emoción o pensamiento que suscita o no un problema en la vida diaria (pasando por lo tanto, por el consumo de sustancias psicoactivas) es una vía particular por la que la persona investiga y pone a prueba la validez de sus construcciones, al ser mediante ellas que emplea sus preguntas y comprende su realidad. Por ello, la dificultad que un consumidor de sustancias presenta para adherirse a un tratamiento o abandonar el consumo es un fenómeno entendible solamente bajo su propio sistema de construcción, pues el cambio que involucra abandonar el consumo de sustancias posee un costo que es evaluado o cuando menos, percibido, en sus intentos por dejar la sustancia (Kelly, 1969/2001). Es común que cuando las personas comienzan a contemplar actuar seriamente, su consciencia de los costos del cambio puede aumentar, provocando ambivalencia o un estancamiento en el proceso de cambio (Hubble, Duncan y Miller, 1999).

De acuerdo con las hipótesis planteadas por Guajardo Sainz y Kushner Lanis (2005), la génesis de la adicción al consumo de sustancias psicoactivas bajo la visión constructivista se produce a partir de experiencias tempranas que influyen en el desarrollo del sí mismo del paciente con un trastorno adictivo. Ellos indican que de acuerdo con distintos autores, desde el momento del nacimiento el Sistema Nervioso comienza a sentir de forma muy particular de acuerdo a las experiencias y condiciones de cada individuo que en un inicio, la carencia de lenguaje no puede identificar, pero quedan grabadas de acuerdo a esa particular forma de sentir. Con la aparición del lenguaje se complejiza y estructura una forma de interpretar las experiencias. Lo anterior sugiere que diferentes factores de la biología influyen en el desarrollo del sí mismo. Esta idea es acorde con parte de lo revisado en la literatura sobre la etiología de las adicciones, como por ejemplo, lo señalado por Ibáñez (1992; citado por Botella y Feixas, 2008 p. 20) dentro del enfoque constructivista al puntualizar que “la serie de pautas de puntuación del flujo constante de la experiencia mediante las que se construyen los objetos, reside en la propia discursividad de las interacciones lingüísticas y en las propiedades del Sistema Nervioso”.

Guajardo Sainz y Kushner Lanis (2005) señalan que especialmente en el caso de las personas que ellos llaman “adictos”, hay predisposiciones temperamentales como el neuroticismo, la extroversión o el psicoticismo, cuyas manifestaciones irán determinando particulares formas de estructuración del sí mismo del futuro dependiente al consumo de sustancias psicoactivas. Por otra parte, la manifestación de ciertas patologías como el Síndrome de Déficit de Atención también pueden actuar como un factor predisponente estructurando una realidad a partir de un pobre control de impulsos, de un alto umbral sensorial a los estímulos afectivos y emocionales y con un impacto en las construcciones de autoestima e identidad, al percibirse el niño como una persona que fracasa en forma constante y es criticada ante sus rendimientos insuficientes en sus actividades escolares. El niño, desde sus primeros momentos de vida va entregándole a sus momentos “difíciles” toda una significación caracterizada por mandatos, creencias y significados que se construyen a partir de los escasos elementos cognitivos y de juicio que tiene.

Durante la infancia es común la evolución y sofisticación de los elementos cognitivos, pero en estas circunstancias particulares estos no se cuestionan y al contrario de la tendencia del ser humano a mantener la coherencia del medio en que vive, en este caso se lucha por mantener la coherencia de su construcción de realidad sin cuestionar ni producir cambios en dicha significación y construcción de la realidad, que se va repitiendo y reproduciendo a lo largo de los años, presentándose a lo largo de la vida y determinando que muchas veces el individuo experimente estrés, o al menos la sensación de tener que cumplir con algún mandato o significación predeterminada (Guajardo Sainz y Kushner Lanis, 2005).

La mayoría de las personas tienden a intentar cambiar la percepción del entorno mucho antes que a cambiar el propio sistema (Gurrola, 2003), esto se explica debido al característico desarrollo autoorganizativo que asegura la protección de la coherencia e integridad interna del propio sistema de construcción (Neimeyer, 1996). Sin embargo, en la vida cotidiana los cambios del propio sistema son inherentes al flujo continuo de información generada por las interacciones y vivir satisfactoriamente implica responder eficazmente a ello, cada cambio exige una reconstrucción (Kelly, 1969/2001).

Las predisposiciones temperamentales y/o biológicas que irán determinando particulares formas de estructuración del sí mismo, derivan en que las personas que las padecen pueden quedar fijadas en la pauta constructiva de cambiar la percepción del entorno mucho antes que cambiar el propio sistema y no puedan ser lo suficientemente flexibles como para revisar su sistema de constructos (Guajardo Sainz y Kushner Lanis, 2005), es importante referirse a ello como un bloqueo o fracaso en la sucesión de los ciclos de la experiencia, retomándolo como la incapacidad del sistema de construcción para acomodarse a los acontecimientos que enfrenta (Neimeyer, 1996).

Es importante retomar la precisión de que aunque el abuso es una circunstancia de riesgo evolutivo al siguiente paso, el cual es la dependencia, bastantes consumidores pueden mantener un patrón “simple” de abuso durante un largo plazo, el cual parece tener relación con las características psicológicas y psicopatológicas aún desde fuera de lo entendido en la visión constructivista (Lorenzo et al., 2009). Un aspecto importante que detalla la manera en la que el uso, el hábito e incluso el abuso de sustancias psicoactivas no siempre deriven en una dependencia parece radicar en que al igual que todo suceso, el efecto positivo o negativo de la sustancia psicoactiva en todos los casos es interpretado (Dawes, 1985; citado por Mansilla, 2002). Dada la importancia que tienen las expectativas y fantasías sobre lo que puede ocurrir durante la experiencia de consumo, como lo señalan diversos autores (Astolfi et al., 1989; Tapia Conyer, 2001), el grado en que la aparición de las diversas sensaciones es interpretada como efecto del tóxico se presentará en relación con las construcciones previas del sujeto, que pueden ser validadas o invalidadas (Salazar, Casas y Rodríguez, 1992; citados por Mansilla, 2002). Aquellas personas que se encuentran durante los primeros contactos con la(s) sustancia(s) psicoactiva(s) con que esta(s) les capacita para anticipar o comprender de una manera más satisfactoria algunos aspectos de su vida, encuentran abierto el camino hacia la dependencia (Hinkle, 1965; citado por Mansilla, 2002). Es en estas condiciones que cuando el consumo de una sustancia psicoactiva genera en el individuo una sensación de coherencia en el sí mismo, lo lleva a seguir probando y finalmente generar una adicción o dependencia (Guajardo Sainz y Kushner Lanis, 2005).

La Dependencia al consumo de sustancias psicoactivas puede ser considerada como la acción del individuo de proteger estructuras nucleares de invalidación posterior que ve o que vio peligrar (Landfield y Leitner, 1987; citados por Mansilla, 2002). Desde su particular forma de construir el mundo, la persona dependiente pudo padecer una invalidación que afectó su identidad, fracasando además repetidamente en la búsqueda de alternativas diferentes a la dependencia en cara a que debido a sus mecanismos de acción fisiológicos, la sustancia psicoactiva genera un nivel de consciencia alterado que posibilita la reconstrucción de los elementos del medio externo e interno (Salazar, Casas y Rodríguez, 1992; citados por Mansilla, 2002).

Ante los efectos de las sustancias psicoactivas emerge un subsistema de constructos que puede ser considerado como una nueva construcción de un “Yo intoxicado”. Esta “variable” del sí mismo ofrece mayores posibilidades para la extensión y definición de un sistema de constructos de las que se ofrecen al encontrarse abstinentes, el cambio hacia la abstinencia conduce relativamente a un mundo sin sentido (Salazar, Casas y Rodríguez, 1992; citados por Mansilla, 2002). Con la sustancia se posee la opción de significar una identidad que aunque es más inadecuada, le provoca menor sufrimiento porque no tiene en cuenta los acontecimientos invalidantes del sí mismo. En respuesta a ello existe el rechazo o la resistencia al cambio mediante un mecanismo autoprotector, siendo que la invalidación amenaza a un constructo nuclear (Mansilla, 2002).

La alternativa del comportamiento que encausa al consumo problemático de sustancias psicoactivas sería entonces un reflejo importante de lo que la Teoría de los Constructos Personales considera un trastorno, entendiéndolo en términos de un sistema de construcción como un sistema poco permeable a los cambios o que emplea algunos constructos repetidamente a pesar de su invalidación continuada (Kelly, 1969/2001).

Es así cómo para el constructivismo, el consumo de sustancias psicoactivas problemático o no, puede ser entendido como “adaptativo” en el sentido específico de que contribuye a la elaboración de aspectos del sistema de constructos del individuo, lo

que no le sería posible libre de las sustancias o en abstinencia (Mansilla, 2002). Independientemente de su adaptabilidad, las conductas suelen poner a prueba las construcciones personales para ser confirmadas o desconfirmadas (Botella y Feixas, 2008). Sin embargo, cuando el individuo emplea la sustancia psicoactiva para construir los acontecimientos que no ha podido desarrollar en el sistema libre de sustancias psicoactivas, una vez definido y extendido el subsistema patológico, su habilidad para actuar sin la sustancia psicoactiva en situaciones problemáticas se encontrará disminuido, en ese sentido no podría encontrar explicación por la cual intentar afrontar situaciones problemáticas sin la sustancia psicoactiva cuando tiene la posibilidad de emplear un método mucho más sencillo para afrontar situaciones conflictivas (Salazar, Casas y Rodríguez, 1992; citados por Mansilla, 2002). De ello parte la ansiedad y amenaza cuando se tiene que vivir sin la sustancia (Viney et al., 1984; citados por Mansilla, 2002).

Cuando se presenta la ansiedad generada por la conciencia de que no se tienen los constructos necesarios para predecir e interpretar los acontecimientos satisfactoriamente, interpretarlos se convierte en una tarea abrumadora, debido en estos casos al comprometimiento de los constructos nucleares y la escasa habilidad para actuar sin la sustancia psicoactiva. Contrario a propiciar la reestructuración y el cambio necesario mediante la retroalimentación del ciclo de la experiencia, la persona se dirige a manifestar hostilidad. En términos Kelianos, la hostilidad puede ser vista como el hecho de forzar los acontecimientos a confirmar las predicciones que uno ha esbozado de ellos (en este caso, se logra con mayor facilidad bajo el efecto de la sustancia psicoactiva). Es así que ante la ansiedad y la amenaza de las implicaciones a largo plazo del cambio de un constructo nuclear se consume el tóxico para buscar una salida de la dificultad. Después de consumir la sustancia para crear la ilusión de constructos válidos se experimenta culpa al percibir una dislocación de la estructura del rol nuclear; nuevamente se experimenta ansiedad porque sus construcciones no son útiles para el mundo que le rodea y además se percibe que se está en directa contradicción con las construcciones centrales en la vida (Landfield y Leitner, 1987; citados por Mansilla, 2002), el estado de angustia descrito anteriormente podría constituir indicios de un círculo vicioso.

Mansilla (2002) señala puntualmente que la persona dependiente al consumo de sustancias psicoactivas no suele compartir aspectos significativos con su entorno personal y carece de las bases para mantener y establecer relaciones interpersonales (aislamiento del yo real). Además se identifica más por lo que no desea ser que por lo que desea ser (aislamiento del yo ideal). Finalmente, se presenta a sí mismo no sólo como diferente a los demás, sino idealizando también dicha diferencia (aislamiento social) (Norris y Makhoulouf-Norris, 1976; citados por Mansilla, 2002).

En el uso de la Técnica de la Rejilla, se ha desarrollado diversos índices que permiten la operacionalización de las variables de la construcción personal a partir de las relaciones entre los constructos obtenidos que podrían establecer diversas comparaciones hipotéticas de la literatura mencionada en este apartado, mismos que se presentan a detalle en la descripción del instrumento de la Técnica de la Rejilla.

MÉTODO

Objetivo General.

Identificar si existen diferencias entre la construcción personal de una muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas prevalente durante el último año y una muestra no clínica.

Objetivos Específicos.

1. Identificar si existen diferencias entre la Estructura Cognitiva de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y la Estructura Cognitiva de la muestra no clínica.
2. Identificar si existen diferencias entre la Construcción del Sí Mismo de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y la Construcción del Sí Mismo de la muestra no clínica.
3. Identificar si existen diferencias entre los Conflictos Cognitivos de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y los Conflictos Cognitivos de la muestra no clínica.
4. Identificar si existen relaciones entre los patrones de síntomas de malestar psicológico y los elementos de análisis de la construcción personal en la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas.

Planteamiento del Problema.

Las recomendaciones sobre la objetividad y efectividad de la aplicación de estrategias, políticas y programas de fiscalización de drogas versan sobre la utilización y análisis de los datos pertinentes a las problemáticas y necesidades particulares que cada país

enfrenta (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016). México es un país que no se ve precisamente caracterizado por elevados índices de consumo de drogas ilegales en la comparativa de otros países, pero no exime la problemática del incremento elevado de su consumo, que mayoritariamente sucede en el consumo de alcohol (Medina Mora et al., 2012). En concreto, la baja asistencia al tratamiento profesional y el gran número de abandonos ante los incrementos significativos de consumo en áreas específicas de la población, sugiere un particular reto al cual se enfrenta el tratamiento psicológico dentro de este país, pues el abandono presente en las intervenciones psicológicas sugiere importantes tasas de no adherencia psicoterapéutica. Se ha sugerido que la falta de adherencia al tratamiento en el proceso psicoterapéutico de los pacientes dependientes al consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno frecuente y asociado a su peor evolución clínica (Pereira Miragaia, Acosta Artilles y Hernández Fleita, 2009). A lo anterior, también se suma que en términos generales puede apreciarse dentro de la eficacia del tratamiento psicológico en adicciones que la mayoría de los pacientes con “adicción” a sustancias psicoactivas recaen dentro de los primeros seis meses de seguimiento tras la desintoxicación hospitalaria (Grau López et al., 2012; Guirado et al., 1994). Smith, Barry, Keenon y Dukray (2010; citados por Grau López et al., 2012), detectaron que una vez desintoxicados hasta el 91% de los pacientes informaron de una recaída y que en el 59% de los casos comenzó en la primera semana tras el alta.

Para los tratamientos tradicionales al consumo problemático de sustancias psicoactivas la dificultad que un consumidor presenta para adherirse a un tratamiento es un fenómeno entendible casi solamente bajo su propia perspectiva, pues el cambio que involucra el tratamiento en el consumo de sustancias posee un costo que es evaluado o cuando menos percibido en sus intentos por dejar la sustancia. Proponiendo esta idea, Prochaska sugiere que no existe un “cambio gratis”, al referirse a que cuando las personas comienzan a contemplar actuar seriamente, su consciencia de los costos del cambio puede aumentar, provocando una ambivalencia o un estancamiento en el proceso de cambio (Hubble et al., 1999).

Los costos que una persona enfrenta durante el abandono del consumo de sustancias psicoactivas en el marco de la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, pueden referirse entre otras cosas a la voluntad necesaria para enfrentar un incontrolable deseo de consumir la sustancia (Lorenzo et al., 2009) o al padecimiento metabólico de los síntomas del síndrome de abstinencia que refiere el DSM-IV-TR (APA, 2002), también pueden referirse a la pérdida de ganancias secundarias en los aspectos sociales tales como lo son los derivados de la codependencia en la dinámica familiar (Moral Jiménez y Sirvent Ruiz, 2010) o a la dependencia social a algún un grupo (Lorenzo et al., 2009). Desde las bases del enfoque constructivista, se plantea que la dificultad que un consumidor de sustancias presenta para adherirse a un tratamiento o abandonar el consumo es un fenómeno entendible bajo las alternativas ofrecidas por su propio sistema de construcción personal, pues el cambio que involucra abandonar el consumo de sustancias posee una amenaza que es percibida dentro los límites de coherencia de su particular manera de conocer el mundo (Mansilla, 2002). Dicha amenaza plantea para este trabajo la justificación de investigar una alternativa viable de tratamiento mediante la dilucidación de los aspectos de la construcción personal y su relación con la sintomatología de los pacientes al tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas, como una respuesta a la problemática particular que enfrenta.

Resulta difícil negar la importancia del problema que el incumplimiento de los tratamientos trae consigo desde el punto de vista clínico, económico y psicosocial (Vidal Corominas y Chamblás García, 2014). Es importante mencionar que la adherencia debe ser entendida desde diversas dimensiones. Sin embargo, entre los elementos a controlar de ella se ha insistido sobre la importancia que la relación entre el paciente y el terapeuta tiene en el éxito de los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos (Hernández Fleta et al., 2009), llegando incluso a señalar que esta constituye una variable importante para predecir la adherencia y el resultado más eficaz del tratamiento (Horvath, 1991; citado por Hernández Fleta et al., 2009). Esto resalta la necesidad, por parte de quienes se enfocan a realizar investigación en psicología de comprender, atender y plantear alternativas a los motivos de no adherencia en el tratamiento a adicciones e incluso de integrarlos como un elemento que permita atender la problemática y orientar la relación

entre el terapeuta y su paciente en lugar de generar rechazo, actitudes defensivas y erosión en ella. Las nuevas propuestas de investigación, prevención y tratamiento terapéutico en el tema de la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas deben y podrían tener en cuenta las principales dificultades que se han identificado en su tratamiento en México.

Bajo el paradigma del enfoque abordado en éste trabajo, la facilidad o dificultad para adaptarse a los cambios y demandas de abandonar la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas ha de tener base en función de la construcción que los consumidores realizan sobre sí mismo y los elementos que giran en torno a sus problemas (Feixas y Cornejo, 1996) y en este caso, en torno al consumo de sustancias psicoactivas. Considerando que toda actividad está mediada por su propia construcción de la misma, es importante planificar y desarrollar la intervención (por lo tanto, también investigar) en el tema, considerando que cualquier propuesta deberá ser asimilada por el sujeto dentro de su sistema de construcción previo, pues en él juega un papel relevante el mantenimiento de las pautas terapéuticas orientadas al cambio (Feixas y Villegas, 2000). La construcción personal constituye parte importante de un sistema que puede sentirse amenazado, pues en este caso la drogodependencia (al igual que toda conducta, emoción o pensamiento que suscita o no un problema en la vida diaria) es una vía particular por la que la persona investiga y pone a prueba la validez de sus construcciones, al ser mediante ellas que emplea sus preguntas y comprende su realidad (Kelly, 1969/2001).

En relación a los aspectos del malestar psicológico que se presentan durante la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, diversas investigaciones (Feixas et al., 2007); (Feixas, Saúl Gutiérrez, Winter y Watson, 2008) han sugerido con anterioridad una relación identificada entre ciertos aspectos del malestar psicológico y la construcción personal.

Lo anteriormente señalado genera especial expectativa para investigar y dilucidar los posibles contrastes en la construcción personal que caracteriza a adultos

dependientes al consumo de sustancias psicoactivas de aquellos adultos que no son dependientes al consumo de sustancias psicoactivas y la relación que la sintomatología psicopatológica guarda con ella, para promover a futuro nuevas perspectivas de investigación y modelos de psicoterapia para la prevención y el tratamiento de la drogodependencia y/o el abuso de sustancias acordes a las necesidades y demandas de adherencia en la actualidad. Las preguntas de investigación plantean para el tema una novedad en términos de su carácter comparativo y se indican a continuación.

La pregunta general de la investigación es:

¿Existen diferencias entre la construcción personal de una muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas prevalente durante el último año y la construcción personal de una muestra no clínica?

Las preguntas específicas dentro de la investigación son:

- ¿Existen diferencias entre la Estructura Cognitiva de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y la Estructura Cognitiva de la muestra no clínica?
- ¿Existen diferencias entre la Construcción del Sí Mismo de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y la Construcción del Sí Mismo de la muestra no clínica?
- ¿Existen diferencias entre los Conflictos Cognitivos de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y los Conflictos Cognitivos de la muestra no clínica?
- ¿Existen relaciones entre los patrones de síntomas de malestar psicológico y los elementos de análisis de la construcción personal de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas?

Hipótesis.

Hipótesis nula: No existen diferencias entre la construcción personal de una muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas prevalente durante el último año y la construcción personal de una muestra no clínica.

Hipótesis alterna: Existen diferencias entre la construcción personal de una muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas prevalente durante el último año y la construcción personal de una muestra no clínica.

Hipótesis específicas:

1. Existen diferencias entre la Estructura Cognitiva de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y la Estructura Cognitiva de la muestra no clínica.
2. Existen diferencias entre la Construcción del Sí Mismo de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y la Construcción del Sí Mismo de la muestra no clínica.
3. Existen diferencias entre los Conflictos Cognitivos de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y los Conflictos Cognitivos de la muestra no clínica.
4. Existen relaciones entre los patrones de síntomas psicopatológicos y los elementos de la construcción personal dentro de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas.

Tipo de Estudio.

Se llevó a cabo un estudio comparativo, al tener la finalidad de establecer diferencias en diversas variables de dos grupos y llegar a conclusiones generales con respecto al fenómeno (Fuentes Romero y Rodríguez Fernández, 2009).

Variables.

Definiciones conceptuales

- **Construcción personal:** comprende al conjunto de elementos que forman estructuras de significado que operan como un sistema organizado que revela cómo la persona ha construido y significado su experiencia personal bajo sus propios términos, anticipando los acontecimientos e interpretando la realidad sometiendo a prueba sus hipótesis personales o constructos (Botella y Feixas, 2008).
- **Estructura Cognitiva:** comprende la fase de análisis de un conjunto determinado de indicadores de tipo cualitativo que permiten dar cuenta de las características de la estructura que la persona emplea para construirse a sí misma y a los demás (Botella y Feixas, 2008).
- **Constructo:** dimensión evaluativa bipolar, simbolizada o no por una etiqueta verbal que discrimina entre elementos en función del atributo específico que abstrae (Botella y Feixas, 2008).
- **Constructo congruente:** es un punto de sí mismo que le agrada a la persona en sentido hacia su ideal, podrían ser nucleares para su identidad y por lo tanto muy resistentes al cambio (Feixas y Cornejo, 1996).

- Constructo discrepante: indica algún aspecto que no le gustan a la persona de sí misma y que le gustaría cambiar en el sentido opuesto hacia su ideal (Feixas y Cornejo, 1996).
- Constructo con desorientación del yo: representa un constructo en el cual la persona no tiene claridad en cuanto a cómo es, de tal forma que no puede posicionarse hacia un polo o hacia otro (Feixas y Cornejo, 1996).
- Complejidad cognitiva: se refiere a la complejidad cognitiva o del grado en que una persona puede construir sus experiencias desde distintos puntos de vista, cuando más diferenciada se encuentra la estructura, es más compleja (Feixas y Cornejo, 1996).
- Polarización: indica el grado en que las personas construyen la realidad de una manera polarizada o dicotómica (Feixas y Cornejo, 1996).
- Índice de Indefinición: indica un grado de dificultad operativa del sistema de construcción al señalar el grado en el que el participante no puede dar sentido a los elementos de forma significativa (Feixas y Cornejo, 1996).
- Construcción el sí mismo: comprende la fase de análisis de los indicadores de tipo cuantitativo que permiten dar cuenta de cómo la persona se construye a sí misma y a los demás (Botella y Feixas, 2008).
- Autoestima: supone una apreciación cuantitativa de cómo se valora la persona en sus propios términos con respecto a lo que le gustaría ser (Feixas y Cornejo, 1996).
- Aislamiento Social Autopercebido: es un indicador cuantitativo de soledad o del agrado con que se experimenta la persona en relación con los otros (Feixas y Cornejo, 1996).

- Adecuación Percibida en los Otros: es un indicador cuantitativo del grado de satisfacción o de desagrado del sujeto con las personas que lo rodean (Feixas y Cornejo, 1996).
- Perfiles de Construcción del Sí Mismo: son perfiles generales tentativos de la tendencia que describe la construcción de el sí mismo en base a la interpretación del Autoestima, el Aislamiento Social Autopercibido y la Adecuación Percibida en los Otros (Feixas y Cornejo, 1996).
- Perfil de positividad: implica una visión globalmente positiva del sí mismo y los otros, todo es bueno y no hay conflicto. Si no se corresponde con un bienestar psicológico en todas las áreas resulta sospechoso de excesiva simplicidad de la realidad hacia lo positivo, visión "naive", negación, etc. (Feixas y Cornejo, 1996).
- Perfil de superioridad: se caracteriza por la combinación de una buena Autoestima que va acompañada de la idea de que uno es diferente a los demás y que los demás no son como deberían ser (Feixas y Cornejo, 1996).
- Perfil de negatividad: tanto el sí mismo como los otros son vistos negativamente, pero al no verse distinto a los demás este pesimismo no va acompañado necesariamente de un gran sufrimiento, sino que le queda el consuelo de verse igual a los otros (Feixas y Cornejo, 1996).
- Perfil depresivo: en este perfil la persona cree que es el único que está mal, lo que indica probablemente una doble tendencia en el procesamiento de la información que sesga la información hacia lo negativo y la relativa a los demás hacia lo positivo (Botella y Feixas, 2008).
- Perfil de resentimiento: indica tentativamente un pensamiento depresivo que atribuye una falta de adecuación a los demás, lo que quizás relaciona su depresión o desesperanza en las actitudes de los demás (Botella y Feixas, 2008).

- Constructo dilemático: representa una forma de conflicto cognitivo donde el dilema ocurre en los dos polos de un único constructo y estos polos no constituyen alternativas deseables para el sujeto. Es un constructo que pierde funcionalidad predictiva, ya que la persona no sabe como le gustaría ser y precisa de nuevas construcciones con las cuales orientarse (Feixas y Cornejo, 1996).
- Dilema Implicativo: se refiere a la situación en la que el problema o algún aspecto que el sujeto desea cambiar se encuentra fuertemente asociado a dimensiones positivas de su construcción de sí mismo, por lo tanto, el cambio deseado conllevaría un cambio indeseado en el otro constructo (Senra, Feixas y Fernandez, 2005).
- Malestar psicológico: entidad clínica que hace referencia a un conjunto de reacciones psíquicas, manifestaciones emocionales y conductuales que son clínicamente significativas y que no responden a un evento específico, pero que no cumplen con los criterios para ser consideradas como un trastorno mental (Espíndola Hernández et al., 2006). En este caso interpretada en función de nueve dimensiones primarias definidas sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (Índice de Severidad Global, Índice de Malestar Positivo, Total de Síntomas Positivos) (Derogatis, 1994).
- Somatizaciones: evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias) (Derogatis, 1994).
- Obsesiones y compulsiones: incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados (Derogatis, 1994).

- Sensitividad interpersonal: se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes (Derogatis, 1994).
- Depresión: los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas (Derogatis, 1994).
- Ansiedad: evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos (Derogatis, 1994).
- Hostilidad: esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo (Derogatis, 1994).
- Ansiedad fóbica: este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca (Derogatis, 1994).
- Ideación paranoide: evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía (Derogatis, 1994).
- Psicoticismo: esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento (Derogatis, 1994).

- Índice de Severidad Global: es un buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar psicológico. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido (Derogatis, 1994).
- Total de Síntomas Positivos: consiste en puntos de corte delimitados mediante el número de respuestas que indican si el paciente intenta mostrar deliberadamente una imagen más positiva de la sintomatología que presenta o si por el contrario, tiende a mostrar deliberadamente mayor sintomatología (Derogatis, 1994).
- Índice de Malestar Positivo: pretende evaluar mediante el estilo de respuesta si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan (Derogatis, 1994).
- Dependencia al consumo de sustancias psicoactivas: grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, existiendo un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (APA, 2002).

Definiciones operacionales

- Construcción personal: es el análisis personalizado de la estructura y el contenido de las redes de significado expresadas en los elementos más significativos del mundo o entorno del participante y la puntuación que otorga a cada uno de ellos en una escala tipo Likert mediante sus propias palabras, en este caso realizado con el instrumento de evaluación de la Técnica de la Rejilla mediante el programa informático RECORD 5.0 (Botella y Feixas, 2008).
- Estructura Cognitiva: comprende la fase de análisis cualitativo de la Técnica de la Rejilla constituida formalmente por el número de constructos, los constructos

congruentes, los constructos discrepantes, la Diferenciación Cognitiva y la Polarización (Botella y Feixas, 2008).

- Constructo: interpretación personal que un sujeto elabora bajo sus propios términos acerca de las personas y de sí mismo, expresada mediante sus palabras registradas a través de una entrevista bajo la modalidad de la Técnica de la Rejilla. El número de constructos elicitados proporciona una primera impresión de la complejidad del sistema de construcción del cliente (Botella y Feixas, 2008).
- Constructo congruente: es un constructo en el que las puntuaciones del “yo actual” y el “yo ideal” coinciden o tienen una diferencia igual que uno en las puntuaciones de la Técnica de la Rejilla (Feixas y Cornejo, 1996).
- Constructo discrepante: hace referencia a un constructo en el que la puntuación del “yo actual” se sitúa en un polo opuesto a la puntuación del “yo ideal” con una diferencia igual o mayor a cuatro puntos entre ellos dentro de la Técnica de la Rejilla (Feixas y Cornejo, 1996).
- Constructo con desorientación del yo: es un constructo en el que la puntuación del “yo ideal” se sitúa en el punto medio de un constructo elicitado en la Técnica de la Rejilla (puntuación de cuatro en la escala tipo Likert), sin puntuar dentro de ninguno de los dos polos del constructo (Feixas y Cornejo, 1996).
- Complejidad cognitiva: se ve constituida por la interpretación del porcentaje de varianza explicada por el primer factor (PVEPF), el cual resulta del análisis factorial que realiza el programa informático RECORD 5.0. Un porcentaje por encima del 48% hasta el 100% indica una estructura simple en la que un sólo factor alcanza para dar cuenta de su diferenciación. Si el porcentaje se encuentra por debajo del 37% se trata de una estructura compleja que emplea más factores para explicar la varianza de los datos (Feixas y Cornejo, 1996).

- Índice de Indefinición: se encuentra calculado mediante el porcentaje de puntuaciones en el punto medio entre los constructos y elementos elicitados en la Técnica de la Rejilla (puntuación de cuatro en la escala tipo Likert), sin puntuar dentro de ninguno de los dos polos del constructo. Un porcentaje muy alto de indefinición sugiere dificultad operativa del sistema de construcción para dar sentido a los elementos de forma significativa (Feixas y Cornejo, 1996).
- Polarización: medida lograda mediante el cálculo de la proporción existente del total de las puntuaciones extremas que aparecen en la rejilla. Medidas de más del 28.58% indican estructuras polarizadas o rígidas, medidas por debajo del 28.57% indican estructuras flexibles (Feixas y Cornejo, 1996).
- Construcción del Sí Mismo: comprende la fase de análisis de los indicadores de tipo cuantitativo de la Técnica de la Rejilla constituida formalmente por el Autoestima, el Aislamiento Social Autopercebido, la Adecuación Percibida en los Otros y los perfiles de Construcción del Sí Mismo (Feixas y Cornejo, 1996).
- Autoestima: constituye la correlación producto-momento entre las puntuaciones del “yo actual” y del “yo ideal” en la Técnica de la Rejilla. Correlaciones altas y positivas (.21 a 1) indican una Autoestima alta, correlaciones bajas o negativas (.19 a -1) indican una Autoestima baja (Feixas y Cornejo, 1996).
- Aislamiento Social Autopercebido: constituye la correlación producto-momento entre las puntuaciones del “yo actual” con los “otros”, que es un promedio de las puntuaciones de todos los elementos con excepción del “yo actual” y el “yo ideal” en la Técnica de la Rejilla. Correlaciones bajas y negativas (.19 a -1) indican Aislamiento Social Autopercebido o soledad, puntajes altos y positivos (.21 a 1) indican agrado o bienestar con los demás (Feixas y Cornejo, 1996).
- Adecuación Percibida en los Otros: constituye la correlación producto-momento entre las puntuaciones de “yo ideal” y “otros” en la Técnica de la Rejilla.

Correlaciones bajas y negativas (.19 a -1) indican insatisfacción de la persona con los otros. Correlaciones altas y positivas (.21 a 1) indican visión de que todos son buenos (Feixas y Cornejo, 1996).

- Perfiles de Construcción del Sí Mismo: perfil realizado con base en la interpretación conjunta de las correlaciones de Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido y Adecuación Percibida en los Otros (Feixas y Cornejo, 1996). Para mayor detalle de las características de composición ver Anexo 6.
- Perfil de positividad: se encuentra indicado por la combinación de una correlación positiva entre las puntuaciones de "yo actual" y "yo ideal", una correlación positiva entre las puntuaciones de "yo actual" y "otros" y una correlación positiva entre las puntuaciones de "otros" y "yo ideal" (Feixas y Cornejo, 1996).
- Perfil de superioridad: se encuentra indicado por una correlación positiva entre las puntuaciones de "yo actual" y "yo ideal", una correlación negativa entre las puntuaciones de "yo actual" y "otros" y una correlación negativa entre las puntuaciones de "otros" y "yo ideal" (Feixas y Cornejo, 1996).
- Perfil de negatividad: se encuentra indicado por una correlación negativa entre las puntuaciones de "yo actual" y "yo ideal", una correlación positiva entre las puntuaciones de "yo actual" y "otros" y una correlación negativa entre las puntuaciones de "otros" y "yo ideal" (Feixas y Cornejo, 1996).
- Perfil depresivo: se encuentra indicado por una correlación negativa entre las puntuaciones de "yo actual" y "yo ideal", una correlación negativa entre las puntuaciones de "yo actual" y "otros" y una correlación positiva entre las puntuaciones de "otros" y "yo ideal" (Botella y Feixas, 2008).
- Perfil de resentimiento: se encuentra indicado por una correlación negativa entre las puntuaciones de "yo actual" y "yo ideal", una correlación negativa entre las

puntuaciones de “yo actual” y “otros” y una correlación negativa entre las puntuaciones de “otros” y “yo ideal” (Botella y Feixas, 2008).

- **Constructo dilemático:** se refiere a un constructo en el que la puntuación de "yo ideal" se sitúa en un punto medio (puntuación de cuatro), lo que no puntúa para ninguno de los dos polos del constructo (Feixas y Cornejo, 1996).
- **Dilema Implicativo:** representa una correlación producto-momento entre uno de los polos de un constructo discrepante y otro de un constructo congruente del participante proporcionado en la aplicación de la Técnica de la Rejilla e identificado mediante el programa informático RECORD 5.0 (Senra et al., 2005).
- **Malestar psicológico:** estado de salud auto-percibida que expresa el individuo por medio de respuestas a preguntas sobre su estado de bienestar en función de cómo se ha sentido durante los últimos días, indicadas y expresadas en una escala de cinco puntos del cero al cuatro en el Inventario de Síntomas SCL de Derogatis (1994). En este caso interpretada en función de nueve dimensiones primarias (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (Índice de Severidad Global, Índice de Malestar Positivo, Total de Síntomas Positivos) (Derogatis, 1994).
- **Somatizaciones:** la variable se encuentra constituida por la puntuación media de los items 14, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 y 58 con excepción de los que no fueron contestados dentro del inventario de síntomas SCL-90-R-R de L. Derogatis (1994).
- **Obsesiones y compulsiones:** la variable se encuentra constituida por la puntuación media de los items 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 y 65 con excepción de los que

no fueron contestados dentro del inventario de síntomas SCL-90-R-R de L. Derogatis (1994).

- Sensitividad interpersonal: la variable se encuentra constituida por la puntuación media de los ítems 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 y 73 con excepción de los que no fueron contestados dentro del inventario de síntomas SCL-90-R-R de L. Derogatis (1994).
- Depresión: la variable se encuentra constituida por la puntuación media de los ítems 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 y 79 con excepción de los que no fueron contestados dentro del inventario de síntomas SCL-90-R-R de L. Derogatis (1994).
- Ansiedad: la variable se encuentra constituida por la puntuación media de los ítems 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 y 86 con excepción de los que no fueron contestados dentro del inventario de síntomas SCL-90-R-R de L. Derogatis (1994).
- Hostilidad: la variable se encuentra constituida por la puntuación media de los ítems 11, 24, 63, 67, 74 y 81 con excepción de los que no fueron contestados dentro del inventario de síntomas SCL-90-R-R de L. Derogatis (1994).
- Ansiedad fóbica: la variable se encuentra constituida por la puntuación media de los ítems 13, 25, 47, 50, 75 y 82 con excepción de los que no fueron contestados dentro del inventario de síntomas SCL-90-R-R de L. Derogatis (1994).
- Ideación paranoide: la variable se encuentra constituida por la puntuación media de los ítems 8, 18, 43, 68, 76 y 83 con excepción de los que no fueron contestados dentro del inventario de síntomas SCL-90-R-R de L. Derogatis (1994).

- Psicoticismo: la variable se encuentra constituida por la puntuación media de los ítems 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 y 90 con excepción de los que no fueron contestados dentro del inventario de síntomas SCL-90-R-R de L. Derogatis (1994).
- Índice de Severidad Global: se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas) (Derogatis, 1994).
- Total de Síntomas Positivos: se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están (Imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías (Derogatis, 1994).
- Índice de Malestar Positivo: se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en síntomas totales positivos. Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento (Derogatis, 1994).
- Dependencia al consumo de sustancias psicoactivas: patrón de consumo desadaptativo de una o varias sustancias psicoactivas identificado en el participante mediante el cumplimiento de los criterios diagnósticos para presentar el trastorno por consumo de sustancias de dependencia y abuso según las respuestas a las preguntas del Módulo "E" de La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV-TR (SCID-1), las cuales indagan los problemas causados por el patrón de consumo del paciente (First et al., 1997).

Población.

La población de la muestra de adultos con dependencia al consumo de sustancias estuvo constituida por pacientes en proceso de rehabilitación con una dependencia al consumo de sustancias psicoactivas prevalente y presentada durante el último año según el DSM-IV-TR (2002) o bien, trastorno por consumo de sustancias según el DSM 5 (APA, 2014) con los criterios que describían la dependencia en el DSM-IV-TR. Los participantes se encontraban internos en desintoxicación y rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas por lo menos durante un mes. Mientras que el segundo grupo estuvo constituido por una muestra no clínica que no presentaba hábito, abuso o dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y no padecía alguna psicopatología en general.

Estas fueron las características de la población de estudio:

- El género masculino prevaleció en ambos grupos, siendo el primero conformado por 91.7% de hombres y 8.3% de mujeres, mientras que el segundo se conformó por 75% de hombres y 25% de mujeres.
- La edad de los participantes del grupo uno oscilaba entre los 18 y los 44 años con una media de 30.58 años. Mientras que la edad de los participantes del grupo dos oscilaba entre los 18 y los 50 años, con una media de 30.17 años.
- En la escolaridad del grupo uno predominaron los niveles educativos de secundaria (33.3%) y preparatoria (33.3%). Mientras que en la escolaridad de los participantes del grupo dos predomina el nivel educativo universitario (58.3).
- La descripción del estado civil de los participantes del grupo uno indica que el 41.7% era casado y el 33% era soltero. Respecto al estado civil de los participantes del grupo dos el 58.3% era casado y el 33% era soltero.

- La descripción de la ocupación de los participantes del grupo uno indica que el 41.7% trabaja por cuenta propia, el 25% es desempleado y el resto de participantes se distribuyó en otras categorías de ocupación. Mientras que la descripción de la ocupación de los participantes del grupo dos indica que el 41.7% es empleado, 16.7% es desempleado y el resto de participantes se distribuyó en otras categorías de estado civil.

Para mayor detalle de las características sociodemográficas ver Anexo 7.

Muestra.

El muestreo para este estudio fue de tipo intencional, cuyos criterios de inclusión fueron:

Para la muestra clínica

- Presentar un trastorno por dependencia al consumo de sustancias psicoactivas “prevalente” (que los criterios diagnósticos se hubieran cumplido en algún momento de su vida, pero no durante el último mes) y presentada durante el último año, según el DSM-IV-TR (2002, APA) o bien, un Trastorno por consumo de sustancias según el DSM 5 (2014, APA) con los criterios que describían la dependencia en el DSM-IV-TR.
- Encontrarse en un periodo de desintoxicación hospitalaria igual o mayor a un mes.
- Haber aceptado participar voluntariamente en el estudio.
- Para la muestra no clínica
- No presentar hábito, abuso o dependencia al consumo de cualquier sustancia psicoactiva.
- No padecer o haber padecido ninguna psicopatología diagnóstica en general.
- Haber aceptado participar voluntariamente en el estudio.

Selección de los Instrumentos.

- La Técnica de la Rejilla (ver Anexo 3): es un procedimiento de evaluación a través de una forma de entrevista orientada a explicar los constructos con los que una persona organiza su mundo desde la perspectiva del enfoque de la Teoría de los Constructos Personales. Pretende evaluar las dimensiones y estructura del significado personal para captar y comprender el modo en que una persona da sentido a su propia experiencia a través de sus propias palabras. En términos específicos, su registro consiste en una tabla de doble entrada en la que los elementos o ejemplos significativos del área a explorar son situados en las columnas y los constructos en las filas. Sin embargo, no es un proceso totalmente estandarizado. Su diseño consiste en una planificación determinada de forma acorde a los objetivos, necesidades e intereses del investigador (Feixas y Cornejo, 1996).

Los constructos son obtenidos preguntando por las similitudes y diferencias entre pares de elementos, y las puntuaciones son asignadas en cada elemento por la misma persona en un sistema Likert de siete puntos. Para su análisis se ha empleado el programa informático RECORD 5.0.

- El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (1994)

Este inventario (ver Anexo 4) ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

Somatizaciones: Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

Obsesiones y compulsiones: Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

Sensitividad interpersonal: Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

Depresión: Los ítems que integran esta sub-escala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

Ansiedad: Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

Hostilidad: Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

Ansiedad fóbica: Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

Ideación paranoide: Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

Psicoticismo: Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Ítems adicionales: El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

Índice de Severidad Global: Es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

Total de Síntomas Positivos: En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a tres en varones e iguales o inferiores a cuatro en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

Índice de Malestar Positivo: Pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.

Los datos sobre la confiabilidad y validez en sujetos mexicanos (Cruz Fuentes, López Bello, Blas García, Gonzáles Macías y Chávez Balderas, 2008) arrojaron un valor de la alfa de Cronbach de consistencia interna para siete de las nueve dimensiones, así como el Índice de Severidad Global, mayor que .7 (Somatización: .85, Obsesivo-compulsivo: .78, Sensibilidad interpersonal: .76, Depresión: .83, Ansiedad: .80, Ansiedad:

.71, Psicoticismo: .76, Índice de Severidad Global: .96). En tanto que las dimensiones restantes obtuvieron puntajes mayores que .66 (Hostilidad: .66, Ideación paranoide: .69).

Respecto a la validez de constructo, los valores obtenidos a partir de la matriz de correlación de Spearman (r) indican: De los 12 reactivos que componen la dimensión de “Somatización” nueve arrojaron $r > .5$ y tres arrojaron valores entre $r < .5$ y $r > .25$. De los 10 reactivos que componen la dimensión “Obsesivo-compulsivo” nueve arrojaron $r > .5$ y uno arrojó valor entre $r < .5$ y $r > .25$. De los nueve reactivos que componen la dimensión de “Sensibilidad interpersonal” los nueve arrojaron valores $r > .5$. De los 13 reactivos que componen la dimensión de “Depresión” 10 arrojaron $r > .5$ y tres arrojaron valores entre $r < .5$ y $r > .25$. De los 10 reactivos que componen la dimensión de “Ansiedad” seis arrojaron $r > .5$ y cuatro arrojaron valores entre $r < .5$ y $r > .25$. De los seis reactivos que componen la dimensión de “Hostilidad” tres arrojaron $r > .5$ y tres arrojaron valores entre $r < .5$ y $r > .25$. De los siete reactivos que componen la dimensión de “Ansiedad” cinco arrojaron $r > .5$ y dos arrojaron valores entre $r < .5$ y $r > .25$. De los seis reactivos que componen la dimensión de “Ideación paranoide” cinco arrojaron $r > .5$ y uno arrojó valor entre $r < .5$ y $r > .25$. De los 10 reactivos que componen la dimensión de “Psicoticismo” cuatro arrojaron $r > .5$, cinco arrojaron valores entre $r < .5$ y $r > .25$ y uno arrojó $r < .25$. En el total de los 83 reactivos que componen las dimensiones, 60 arrojaron $r > .5$, 22 arrojaron valores entre $r < .5$ y $r > .25$ y uno arrojó $r < .25$ (Cruz Fuentes et al., 2008).

- La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV-TR (SCID-1) es una entrevista semi estructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV-TR. Está diseñada como una forma de garantizar evaluaciones estandarizadas mediante la evaluación de criterios diagnósticos completos con las correspondientes preguntas de la entrevista. Para la presente investigación se llevó a cabo la aplicación del Módulo “E” (ver Anexo 5) de dicha entrevista, el cual contiene las evaluaciones de los trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso), que cubren los problemas causados por el patrón de consumo del paciente (First et al. 1997).

Diseño de la Investigación.

La investigación se llevó a cabo mediante un diseño de tipo no experimental transeccional de dos muestras independientes (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006), al llevar a cabo la aplicación de la Técnica de la Rejilla, el SCL-90-R y de los apartados necesarios de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV-TR (SCID-1) a la población seleccionada en un solo momento de medición.

Procedimiento.

Para la Muestra clínica

El investigador se presentó con el potencial participante para informarle que con el fin de llevar a cabo una investigación sobre personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas, deseaba llevar a cabo la aplicación de un conjunto de instrumentos de medición psicológica y psiquiátrica. Se le explicó de forma breve que las primeras preguntas tratarían sobre las cualidades y problemáticas acerca de su consumo de sustancias psicoactivas, que la segunda medición se trataría de un instrumento sobre cómo se había sentido física y psicológicamente la última semana y una tercera medición sobre cómo “calificaría” a todas las personas que son más significativas en su vida según sus propias palabras, mostrándosele de forma breve la rejilla. Posterior a la explicación se le mostró el consentimiento informado (ver Anexo 1) y se le comentó cada uno de sus puntos. Después de ofrecer el tiempo necesario para que el potencial participante lo leyera detenidamente se procedió a realizar las aplicaciones si era su decisión firmarlo y participar.

Una vez iniciada su participación primeramente se llevó a cabo una recogida de sus datos socio-demográficos (ver Anexo 2), posteriormente se llevaron a cabo las preguntas de aplicación del Módulo “E” correspondientes al consumo de alcohol o al consumo de sustancias no alcohólicas de la Entrevista Clínica Estructurada para los

Trastornos del Eje I del DSM-IV-TR (SCID-1) según el tipo de sustancia psicoactiva que consumía el participante (First et al., 1997), el cual contiene las evaluaciones de los trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) del DSM-IV-TR (2002) y que evalúan los mismos criterios para el Trastorno por consumo de sustancias del DSM 5 con sobra del reactivo que versa sobre los “problemas legales”, excluido del DSM 5. Debido a que esta entrevista no incluye el reactivo de “craving” introducido en los cambios del DSM 5, se incluyó la pregunta de si durante su peor momento de consumo en el último año experimentaba ansias o una poderosa necesidad o deseo de consumir la sustancia para abarcar todos los criterios propuestos tanto del DSM-IV-TR (APA, 2002) como del DSM 5 (APA, 2014).

La entrevista comenzó con una serie de preguntas de cribado o selección (parte del mismo módulo) para determinar si el patrón de consumo del participante era lo bastante importante como para justificar una evaluación detallada, o si por el contrario, era insignificante y no requería valoración posterior. El cumplimiento de los criterios para el diagnóstico de dependencia del DSM-IV-TR (APA, 2002) o bien, del Trastorno por consumo de sustancias según el DSM 5 (APA, 2014) con mínimo tres de los criterios que describían la dependencia en el DSM-IV-TR, tuvo una función nominal para el grupo de la muestra clínica. Esto quiere decir que cuando un participante en proceso de rehabilitación no cumplía o no permitía al entrevistador tener certeza sobre mínimamente tres de los criterios diagnóstico de dependencia del DSM-IV-TR, no se continuaba más con las entrevistas, agradeciendo su participación a pesar de que pudiera cumplir con más de dos de los criterios diagnósticos para el Trastorno por consumo de sustancias del DSM 5, debido a que aunque bien se pudiera presentar un Trastorno por consumo de sustancias según el DSM 5, no sería posible asegurar que este se vería caracterizado por la dependencia al consumo de sustancias. En ese caso no se contaba con fuentes de información adicionales como contacto con sus familiares o historiales clínicos.

Una vez llevado a cabo el diagnóstico de dependencia al consumo o policonsumo de sustancias psicoactivas con las facilidades que ofrece dicha entrevista, se procedió a la fase de aplicación de la Técnica de la Rejilla, en la cual se llevó a cabo una forma de

entrevista estructurada orientada a captar los procesos de construcción del participante, elicitando una serie de constructos y elementos. Posteriormente, se instruyó al participante sobre la manera de evaluar a los elementos mediante los constructos bipolares que él mismo proporcionó dentro de una escala Likert del uno al siete. Dentro de la metodología aplicada en la Técnica de la Rejilla para este trabajo, todos los constructos fueron de libre elección para el participante y el investigador no sugirió ninguno de ellos.

Finalmente se procedió a la aplicación del Inventario de Síntomas SCL-90-R DE L. Derogatis (1994) leyendo a los participantes las instrucciones que proporciona el instrumento y ejemplificando la manera de responder un reactivo. En términos generales todos los participantes pudieron responder por sí mismos en no más de 15 minutos sin mayores dificultades y no hubo necesidad de ayuda ante alguna dificultad.

Para la Muestra no clínica

La población seleccionada no incluyó ningún paciente interno en la clínica de desintoxicación hospitalaria. El procedimiento fue prácticamente igual para éste grupo, con excepción de dos puntuales excepciones: en este caso se le informó al participante que formaría parte de una muestra "no clínica" para el estudio, para lo cual se le explicó brevemente los criterios de inclusión de la muestra "no clínica" del estudio. Se indagó brevemente si el participante alguna vez fue diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico o bien, si existía o existió alguna afección en su vida que generara una disfunción laboral, social o académica que le hiciera planteárselo a él o a su familia. Se contemplaba descartar el caso para la inclusión en la muestra y brindar orientación psicológica en caso de ser positiva, situación que no sucedió.

Después de ello se llevó a cabo únicamente la aplicación de las preguntas de cribado de la entrevista SCID-1 para asegurar que existía el nivel de consumo contemplado para la muestra, en cuyo caso contrario tampoco se continuaría más con las aplicaciones agradeciendo su participación, situación que tampoco aconteció.

Una vez llevado a cabo el paso anterior, el resto de las aplicaciones fue prácticamente igual al de la muestra clínica: se procedió a la fase de aplicación de la Técnica de la Rejilla, en la cual se llevó a cabo la forma de entrevista estructurada orientada a captar los procesos de construcción del participante, elicitando una serie de constructos y elementos. Posteriormente, se instruyó al participante sobre la manera de evaluar a los elementos mediante los constructos bipolares que él mismo proporcionó dentro de una escala Likert del uno al siete. Dentro de la metodología aplicada en la Técnica de la Rejilla para este trabajo, todos los constructos fueron de libre elección para el participante y el investigador no sugirió ninguno de ellos.

Finalmente se procedió a la aplicación del Inventario de Síntomas SCL-90-R DE L. Derogatis (1994) leyendo a los participantes las instrucciones que proporciona el instrumento y ejemplificando la manera de responder un reactivo. En términos generales la mayoría de los participantes también pudieron responder por sí mismos en no más de 15 minutos sin mayores dificultades y no hubo necesidad de ayuda ante alguna dificultad.

Procesamiento de la Información.

La información obtenida de la aplicación de la Técnica de la Rejilla fue capturada y procesada en el programa informático RECORD V 5.0, versión más actualizada al momento y a la cual se puede acceder para el registro, análisis de datos y recuperación de índices de forma en la dirección <http://www.tecnicaderejilla.net> de forma gratuita.

Posteriormente, se integraron en una base de datos del Paquete Estadístico Para las Ciencias Sociales (SPSS Versión 21.0) los datos de cada uno de los participantes de ambos grupos que fueran necesarios para llevar a cabo los análisis planteados para las variables que daban respuesta a las preguntas de investigación.

Se compararon las medias de los datos del grupo que presenta dependencia al consumo de sustancias con un grupo no clínico mediante la prueba t de Student, con un nivel de significancia para la aceptación o rechazo de hipótesis de $\alpha=.05$.

También se llevó a cabo un análisis de correlación producto-momento de Pearson entre las variables del malestar psicológico y la construcción personal que permitieron tomar decisiones para la aceptación o rechazo de la hipótesis planteada al respecto.

RESULTADOS

A continuación se muestra la descripción de las variables de la construcción personal de cada muestra y los resultados del análisis comparativo mediante la prueba t de Student.

El análisis comparativo de las medias muestrales de la variable de Autoestima no identificó diferencias significativas entre los grupos ($t = -1.72$; $p = .10$), siendo ligeramente mayor la media en el grupo no clínico (ver Tabla 1 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 1

Descripción y comparación del Autoestima de las muestras

Grupo	N	Mínima	Máxima	Media	Desv. Típica	Nivel	Frec.	Porc.
Clínico	12	-.66	.91	.30	.49	Alta	9	75%
						Baja	3	25%
No clínico	12	.05	.98	.59	.30	Alta	11	91.6%
						Baja	1	8.3%

$p \geq .05$; $gI = 22$; $t = -1.72$

En el mismo análisis para la variable de Aislamiento Social Autopercebido tampoco se identificaron diferencias significativas entre los grupos ($t = -.66$; $p = .51$), siendo ligeramente mayor la media en el grupo no clínico (indica mayor agrado o bienestar con los demás).

Tabla 2*Descripción y comparación del Aislamiento Social Autopercebido de las muestras*

Grupo	N	Mín.	Máx.	\bar{x}	DT	Nivel	Frec.	Porc.
Clínico	12	-.17	.82	.37	.29	Alto	8	66.6%
						Bajo	4	33.3%
No clínico	12	-.17	.82	.43	.16	Alto	12	100%
						Bajo	0	0%

$p \geq .05$; $g1 = 22$; $t = -.66$

Los resultados del análisis para la variable de Adecuación Percibida en los Otros revela que no hay diferencias significativas entre los grupos ($t = -1.71$; $p = .25$) (ver Tabla 3 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 3*Descripción y comparación de la Adecuación Percibida en los Otros de las muestras*

Grupo	N	Mín.	Máx.	\bar{x}	DT	Nivel	Frec.	Porc.
Clínico	12	-.56	.70	.27	.39	Alta	8	66.66%
						Baja	4	33.33%
No clínico	12	0	.84	.43	.25	Alta	10	83.33%
						Baja	2	16.66%

$p \geq .05$; $g1 = 22$; $t = -1.17$

El análisis comparativo del número de constructos indica que no hay diferencias significativas entre los grupos ($t = .40$; $p = .69$), (ver Tabla 4 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 4*Descripción y comparación del número de constructos de las muestras*

Grupo	N	Min.	Max.	\bar{x}	DT	Total
Clínico	12	9	19	14.08	3.63	169
No clínico	12	10	20	13.42	4.48	161

 $p \geq .05$; $gI = 22$; $t = .4$

Siendo ligeramente mayor el total y la media del número de constructos congruentes en el grupo no clínico, el análisis indica que tampoco existen diferencias estadísticamente significativas ($t = -.61$; $p = .55$) (ver Tabla 5 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 5*Descripción y comparación del número de constructos congruentes de las muestras*

Grupo	N	Min.	Max.	\bar{x}	DT	Total
Clínico	12	1	16	6.92	4.77	83
No clínico	12	2	19	8.25	5.91	99

 $p \geq .05$; $gI = 22$; $t = -.61$

Convertido el número de constructos congruentes en un porcentaje en referencia al número total de constructos, tampoco se identificaron diferencias significativas entre los grupos ($t = 1.17$; $p = .25$) (ver Tabla 6 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 6*Descripción y comparación del porcentaje de constructos congruentes de las muestras*

Grupo	N	Min.	Max.	\bar{x}	DT
Clínico	12	6.25	90	48.86	31.02
No clínico	12	0.00	100	33.43	33.36

 $p \geq .05$; $gI = 22$; $t = 1.17$

El análisis comparativo de las medias muestrales del número de constructos discrepantes mostró diferencias significativas entre los grupos ($t= 3.21$; $p= .007$), siendo mayor la media en el grupo clínico (ver Tabla 7 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 7

Descripción y comparación de del número de constructos discrepantes de las muestras

Grupo	N	Min.	Max.	\bar{x}	DT	Total
Clínico	12	0	8	2.42	2.19	29
No clínico	12	0	1	.33	.49	4

$p \leq .05$; $gI = 22$; $t = 3.21$

Convertido el número de constructos discrepantes en un porcentaje en referencia al número total de constructos del porcentaje, también se identificaron diferencias significativas entre los grupos ($t= 3.12$; $p= .005$), siendo mayor la media en el grupo clínico (ver Tabla 8 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 8

Descripción y comparación del porcentaje de constructos discrepantes de las muestras

Grupo	N	Min.	Max.	\bar{x}	DT
Clínico	12	0.00	57.14	16.57	15.08
No clínico	12	0.00	10	2.50	3.98

$p \leq .05$; $gI = 22$; $t = 3.12$

El análisis comparativo de las medias muestrales del número de constructos dilemáticos indica que no hay diferencias significativas entre los grupos ($t= -0.68$; $p= .50$), siendo mayor la media en el grupo no clínico, pero sin diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 9 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 9*Descripción y comparación del número de constructos dilemáticos de las muestras*

Grupo	N	Min.	Max.	\bar{x}	DT	Total
Clínico	12	0	5	1.17	1.94	14
No clínico	12	0	5	1.67	1.61	20

 $p \geq .05$; $g1 = 22$; $t = -0.68$

Convertido el número de constructos discrepantes en un porcentaje en referencia al número total de constructos del porcentaje, tampoco se identificaron diferencias significativas entre los grupos ($t = -1.17$; $p = .25$) (ver Tabla 10 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 10*Descripción y comparación del porcentaje de constructos dilemáticos de las muestras*

Grupo	N	Min.	Max.	\bar{x}	DT
Clínico	12	0	45.45	8.13	14.45
No clínico	12	0	50	15.41	15.87

 $p \geq .05$; $g1 = 22$; $t = -1.17$

Al comparar las medias muestrales del número de Dilemas Implicativos, se encontró que siendo mayor la media en el grupo clínico, no hay diferencias significativas entre los grupos ($t = 1.52$; $p = .15$) (ver Tabla 11 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 11*Descripción y comparación del número de Dilemas Implicativos de las muestras*

Grupo	N	Mínimo	Máximo	Total	\bar{x}	DT	Estructura	F.	%
Clínico	12	0	9	18	1.5	2.57	Sin Dilemas	6	50
							Con Dilemas	6	50
No clínico	12	0	2	4	.33	.65	Sin Dilemas	9	25
							Con Dilemas	3	75

 $p \geq .05$; $g1 = 22$; $t = 1.52$

En cuanto al Índice de Indefinición, al compararse las medias muestrales entre los grupos, se encontró que no hay diferencias significativas entre los grupos ($t = -.40$; $p = .69$).

Tabla 12

Descripción y comparación del porcentaje de Índice de Indefinición de las muestras

Grupo	N	Min.	Max.	\bar{x}	DT
Clínico	12	0	33.11	9.44	10.38
No clínico	12	0	20	10.91	7.54

$p \geq .05$; $gl = 22$; $t = -.39$

El análisis comparativo de las medias muestrales del Porcentaje de Varianza Explicada por el Primer Factor y la estructura de Diferenciación Cognitiva no identificó diferencias significativas entre los grupos ($t = 1.62$; $p = .11$), siendo mayor la media en el grupo no clínico (sugiere mayor simplicidad cognitiva), pero sin diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 13 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 13

Descripción y comparación del Porcentaje de Varianza Explicada por el Primer Factor y la correspondiente estructura de Diferenciación Cognitiva de las muestras

Grupo	N	PVEPF			DT	Estructura	F.	%
		Mín.	Máx.	\bar{x}				
Clínico	12	39.81	70.16	53.53	9.89	Diferenciada	0	0
						Media	4	33.3
						Simple	8	66.6
No clínico	12	26.99	59.69	46.78	10.40	Diferenciada	2	41.6
						Media	5	41.6
						Simple	5	16.6

$p \geq .05$; $gl = 22$; $t = 1.62$

El análisis comparativo de las medias muestrales de la Polarización tampoco identificó diferencias significativas entre los grupos ($t= 1.61$; $p= .12$), siendo ligeramente mayor la media en el grupo clínico (ver Tabla 14 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 14

Descripción y comparación de la Polarización de las muestras

Grupo	N	Mín.	Máx.	\bar{x}	DT	Tipo de estructura	F.	%
Clínico	12	11.610	60.150	33.74	15.97	Flexible	4	33.3
						Rígida	8	66.6
No clínico	12	12.727	45.450	24.96	10	Flexible	9	75
						Rígida	3	25

$p \geq .05$; $gI = 22$; $t = 1.61$

En el análisis comparativo de las medias muestrales de los perfiles de Construcción del Sí Mismo, siendo ligeramente mayor la media en el grupo clínico, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t= -.32$; $p= .75$) (ver Tabla 15 para mayor detalle sobre los datos descriptivos).

Tabla 15

Descripción y comparación de los perfiles de Construcción del Sí Mismo de las muestras

Grupo	N	Nivel	F.	%	DT
Clínico	12	Positividad	9	75	1.08
		Negatividad	2	16.77	
		Aislamiento	1	8.33	
No clínico	12	Positividad	11	91.66	1.44
		Indefinido	1	8.33	

$p \geq .05$; $gI = 22$; $t = -.32$

Además de las comparaciones realizadas entre las dos muestras mediante la prueba t de Student, se realizaron análisis de correlaciones producto-momento entre los puntajes de malestar psicológico obtenidos con el SCL-90-R y los índices de construcción personal obtenidos con la Técnica de la Rejilla en la muestra clínica, en virtud de que sólo a este grupo se le aplicó el SCL-90-R (ver Tabla 16 y 17 para mayor detalle de estos datos descriptivos). Como se observa en la Tabla 18, se obtuvieron tres correlaciones estadísticamente significativas, una en sentido negativo y dos de tipo positivo (ver Tabla 18 para mayor detalle de estas correlaciones).

Tabla 16

Descripción de los puntajes de malestar psicológico obtenidos del SCL-90-R de la muestra clínica

Puntuación del SCL-90-R	Min.	Max.	\bar{x}	DT
Somatizaciones	0	2.58	.92	.78
Obsesiones y compulsiones	0	2.4	1.3	.72
Sensitividad interpersonal	0	2.44	1.07	.73
Depresión	.15	3.15	1.04	.84
Ansiedad	0	2.6	1	.84
Hostilidad	0	2.33	.71	.71
Ansiedad fóbica	0	2.83	.74	.88
Ideación paranoide	.17	2.67	1.16	.86
Psicoticismo	.3	2.7	.9	.78
Índice de Severidad Global	.07	2.73	1.02	.75
Índice de Malestar Percibido	1.2	2.96	2.04	.51
Total de Síntomas Positivos	5	83	41.3	25.08

n=11

Tabla 17

Descripción de las puntuaciones T del malestar psicológico obtenido del SCL-90-R de la muestra clínica

Participante	Puntuación T (Media = 50 y D.T. = 10)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Somatizaciones	38.2	44.58	42.45	45.65	45.65	47.77	47.77	45.65	64.8	56.29	71.19
Obsesiones y compulsiones	50	56	59	60	60	60	66	68	70	71	74
Sensitividad interpersonal	35.55	37.05	52.05	46.05	43.05	49.05	47.55	52.05	56.54	62.54	68.54
Depresión	39.18	39.18	46.12	48.11	46.12	50.09	51.08	47.12	48.11	60.01	74.88
Ansiedad	38.17	40.53	42.89	47.61	41.71	53.89	48.79	45.25	60.59	61.77	68.85
Hostilidad	40.04	40.04	44.7	47.03	47.03	47.03	47.03	44.7	58.68	61.02	72.67
Ansiedad fóbica	41.73	41.73	43.3	41.73	41.73	52.71	48	49.57	58.99	57.42	73.11
Ideación paranoide	40.02	36.88	46.29	46.29	55.7	43.16	52.57	46.29	71.39	49.43	61.98
Psicoticismo	42.33	39.77	48.72	43.61	42.33	44.89	53.89	44.89	57.67	58.95	73.01
Total de Síntomas Positivos	35.51	37.9	49.46	47.46	48.26	45.57	47.86	46.27	61.84	63.41	66.6
Índice de Severidad Global	37.25	39.46	45.81	45.81	44.63	49.25	49.79	48.32	57.91	59.09	72.67
Índice de Malestar Percibido	33.57	47.37	41.36	45.81	39.67	54.98	59.42	59.49	50.24	50.18	67.91

Se considera indicativa de una persona en riesgo toda puntuación T igual o superior a 65 e indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

Tabla 18

Correlaciones de Pearson identificadas entre los puntajes del malestar psicológico y los índices de construcción personal

Malestar psicológico	Construcción personal	r	Sig.
Índice de malestar percibido	Número de constructos	-.654*	.029
Psicoticismo	Polarización	.620*	.042
Ansiedad fóbica	Porcentaje de constructos congruentes	.629*	.038

$\alpha \geq .05$

DISCUSIÓN

Los resultados de la comparativa entre las muestras señalan la presencia de una limitada diferencia entre los elementos de análisis de la Construcción Personal. De entre la diversa cantidad de variables que pueden ser analizados mediante la Técnica de la Rejilla, únicamente una de ellas evidenció una diferencia estadísticamente significativa. En términos de la discusión del planteamiento del objetivo general de la investigación, una diferenciación en la Construcción Personal de las muestras participantes indicada por una sola de las múltiples variables podría quedar en entredicho o planteado como un mero dato, pero aunque desde ese punto de vista no constituya una diferencia sustancial se debe tener en cuenta la importante relación entre elementos operativos del análisis, al encontrarse constituida la Construcción Personal por sistemas interconectados que pueden ser entendidos en un contexto más amplio (Gurrola, 2003).

La diferencia significativa identificada entre las muestras responde al primer objetivo específico de investigación, el cual versa sobre el análisis de las diferencias en la Estructura Cognitiva, puntualmente dicha diferencia se encuentra constituida por una presencia de constructos discrepantes significativamente mayores en porcentaje ($t= 3.12$; $p= .005$) dentro de la muestra de participantes con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas. Los constructos discrepantes son los aspectos que no le gustan a la persona de sí misma y que le gustaría cambiar en sentido opuesto con su ideal. En la situación contraria, cuando no se identifican constructos discrepantes, se puede pensar que no existe demanda de cambio o que el sujeto se encuentra satisfecho tal y como es (Gurrola, 2003).

La existencia de esta diferencia tiene sentido porque en sí misma, expresa una situación en la que el problema del cliente es reformulado como un dilema entre el deseo de cambiar y la dificultad para hacerlo. Cuando se identifica una buena proporción de constructos discrepantes se suele encontrar con personas con malestar o insatisfacción, pero con deseos explícitos de cambiar en los términos de los polos deseados. Este

conflicto refleja la parálisis del desarrollo del cliente, la cual atraviesa con importante sufrimiento y variada sintomatología (Gurrola, 2003).

No es infrecuente que en los constructos discrepantes el polo en el que se posiciona actualmente el participante designe un síntoma, en cuyo caso se convierta en un constructo sintomático al mismo tiempo que el polo deseado indica el estado en el que el síntoma no existe (Feixas y Saúl Gutiérrez, 2007). En estos términos, el consumo problemático de sustancias psicoactivas constituye en sí mismo para el paciente un dilema, en el que bajo una lógica externa al sistema de construcción de la propia persona, puede calificarse de irracional el mantenimiento de la conducta adictiva al considerar el malestar que conlleva la conducta e incluso el deseo manifiesto o la motivación externa de cambiarlo. El manejo lógico externo a las propias construcciones de los individuos puede llevar a ignorar las razones por las cuales se mantiene una conducta autodestructiva dentro de su propio sistema lógico de construcción personal: el constructo discrepante es deseable, pero inaccesible en razón a un dilema, pues sin tal dilema podría ser congruente, indeseable o verse indefinido (constructo con deorientación del yo) y dada la naturaleza de la eficacia predictiva de los constructos es importante. Desde la postura constructivista, el conflicto existe porque la persona está realizando una elección "sabia" con algún grado de sufrimiento en términos de su coherencia personal en el lugar de simplemente moverse hacia el polo deseado (Botella y Feixas, 2008). Presionar sin más para que se produzca un cambio hacia el polo deseado puede desencadenar en el cliente una serie de acciones tradicionalmente etiquetadas como "resistencias", orientadas a preservar su sentido de identidad y de igual modo el poder predictivo de su sistema de constructos (Kelly, 1969/2011).

Llevar a cabo el proceso de significar la realidad bajo las condiciones discrepantes identificadas en la muestra guarda interesantes concordancias con algunas sugerencias hipotéticas en la literatura revisada sobre el tema. Una de las hipótesis encontradas al respecto señala que la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas puede ser considerada como la acción del individuo de proteger estructuras nucleares de invalidación posterior que ve o que vio peligrar (Landfield y Leitner, 1987; citados por

Mansilla, 2002). Entre las implicaciones más directas y puras de los resultados encontrados que explica de mejor manera el planteamiento hipotético que se desea abordar para la discusión del dilema que conlleva la discrepancia, Feixas y Saúl Gutiérrez (2007) sugieren que el constructo discrepante señala una situación en la que las personas se sienten divididas entre un cambio deseado y las relaciones positivas del síntoma dentro del marco de la autodefinición, es decir, que la discrepancia entre el “yo” y el “ideal” se sostiene o bien, no se modifica a pesar del relativo malestar y la motivación externa porque constituye parte de la autodefinición del cliente, que como en cualquier otro caso lucha por mantener la coherencia de su construcción de la realidad porque la invalidación de la autodefinición es contraria a la efectividad predictora del sistema de construcción personal. Por ello, la forma en la que una persona construye sus síntomas resulta de relevancia clínica: Catina et al. (1990; citado por Feixas y Saúl Gutiérrez, 2007) encontraron que cuantas más implicaciones positivas presentaba la conducta sintomática del paciente, más difícil era para él alcanzar los objetivos deseados, mientras que la reducción de las implicaciones positivas del síntoma llevaban a un resultado mejor.

La diferencia estadísticamente significativa de constructos discrepantes significativa señala que en la muestra existe mayor presencia de cambios deseados irrealizables, que fueron identificados bajo los propios términos de libre elección de los participantes. Si de acuerdo con la postura de Catina et al. (1990; citado por Feixas y Saúl Gutiérrez, 2007), la dificultad para alcanzar los cambios deseados se debe a que el síntoma tiene implicaciones positivas para el paciente, luego entonces, se podría sostener que el síntoma de la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas dentro de la muestra sostiene las implicaciones positivas en la autodefinición, es decir, protege la autodefinición de la invalidación. Estas implicaciones positivas en una persona dependiente al consumo de sustancias psicoactivas tendrían que ser cuando menos las mínimamente suficientes para mantener la conducta a pesar de la sintomatología característica y los factores externos. Bajo el postulado fundamental de la Teoría de los Constructos Personales nunca se habla de “mínimos suficientes”, sino de un sistema que posee lógica interna en el cual los compromisos con el propio sistema de construcción son más importantes que lo que en términos generales de la cultura se entiende por

oportunidades (Kelly, 1969/2011), lo que lleva a considerar un sistema en el cual la alternativa del consumo problemático de sustancias psicoactivas se canaliza psicológicamente por la forma en la que la persona que lo padece anticipa los acontecimientos, particularmente en el caso de la muestra, los referidos a la identidad personal. Todo aquello a lo que guía la información expuesta en este párrafo lleva a sintetizar y proponer la siguiente oración: la construcción de la realidad en la que el consumo problemático de sustancias psicoactivas es una alternativa viable dentro de la muestra, encuentra su viabilidad como alternativa dentro de la coherencia que este proceso facilita para la existencia de la autodefinición del sujeto, herramienta fundamental para conocer su mundo y que naturalmente busca extenderse.

Aún cabe aclarar el funcionamiento del consumo de sustancias psicoactivas sobre las construcciones del individuo y cuáles serían sus implicaciones positivas para la autodefinición, parecería simple pensar que en todos los casos el constructo sintomático refleja su implicación positiva de forma directa en la autodefinición (yo soy así), pero el constructo sintomático es naturalmente discrepante, no siempre se desea ser así. Para explicar con el trasfondo de la literatura la hipótesis a la que lleva este resultado, es importante retomar el hecho de que como sucede con cualquier otro trastorno, cuando se presenta la ansiedad generada por la conciencia de que no se tienen los constructos necesarios para predecir e interpretar los acontecimientos de una manera satisfactoria, interpretarlos se convierte en una tarea abrumadora (Botella y Feixas, 2008), sin embargo, independientemente del grado variable de satisfacción que provoca interpretar los acontecimientos, de acuerdo con el corolario de elección, el desarrollo de la utilidad de los constructos se encuentra en su definición y extensión (Kelly, 1969/2011). La eficacia predictiva es el fin hacia el cual se orienta la unidad de significado del sistema de construcción personal, razón por la cual los procesos psicológicos se alinean en términos de los propios constructos del individuo, que naturalmente buscarán definirse y extenderse a lo largo de la vida. La discrepancia en los individuos refleja lo insatisfactoria que es la interpretación de los acontecimientos y es en este sentido que la dificultad para predecir e interpretar los acontecimientos de manera satisfactoria podría ser reflejada en la muestra por una sintomatología que suscita una elección sabia inscrita en el sistema

de construcción para la preservación de la identidad en lugar de su amenaza, bajo la cuota de un sufrimiento relativo a los síntomas para la persona dependiente al consumo de sustancias psicoactivas.

Las mediciones fueron llevadas a cabo en participantes libres del consumo de sustancias psicoactivas durante como mínimo un mes y por ello pueden guardar consistencia con más partes importantes del conjunto de hipótesis señalado por Mansilla (2002) en el sentido de que el consumo de sustancias psicoactivas contribuye a la elaboración de aspectos del sistema de constructos del individuo que no le sería posible libre de las sustancias o en abstinencia. Dado que la discrepancia por autodefinición refiere un cambio deseado pero irrealizable que no facilita anticipar la realidad de una manera satisfactoria, se da pie a la consideración hipotética de que la inclinación hacia la alternativa conductual del consumo de sustancias psicoactivas problemático puede ser entendido como “adaptativo” ante lo abrumador que es interpretar los acontecimientos de manera insatisfactoria con una unidad de significado que busca definirse y extenderse cada vez más. Encontrándose libres de las sustancias o en abstinencia fue que la muestra ha mostrado la diferencia significativa de número y proporciones de discrepancia. Con la sustancia se posee la opción de significar una identidad que aunque puede ser más inadecuada para él mismo cuando no consume, le provoca menor sufrimiento porque no tiene en cuenta los acontecimientos invalidantes del Sí Mismo. En respuesta a ello la literatura sostiene que existe el rechazo o la resistencia al cambio mediante un mecanismo autoprotector, siendo que la invalidación amenaza a un constructo nuclear (Mansilla, 2002).

La alternativa del comportamiento que encausa al consumo problemático de sustancias psicoactivas sería entonces un reflejo importante de lo que la Teoría de los Constructos Personales considera un trastorno, entendiéndolo en términos de un sistema de construcción como un sistema poco permeable a los cambios (en este caso sin la sustancia) o que emplea algunos constructos repetidamente a pesar de su invalidación continuada (Kelly, 1969/2001). El trastorno entendido bajo estos términos encontraría explicación por lo señalado por Mansilla (2002) en razón a que, debido a que la habilidad

para actuar sin la sustancia psicoactiva en situaciones problemáticas se encontrará disminuida, contrario a propiciar la reestructuración y el cambio necesario mediante la retroalimentación del ciclo de la experiencia, la angustia catalizada por las situaciones problemáticas orientan al consumidor a manifestar lo que en términos de Kellyanos se conoce como hostilidad, la cual es vista como el hecho de forzar los acontecimientos a confirmar las predicciones que el sujeto ha esbozado de ellos (Kelly, 1969/2001).

En este caso, esta hostilidad se lograría con mayor facilidad bajo el efecto de la sustancia psicoactiva debido a que cuando la persona dependiente empieza a percibir sus efectos comienza a emerger un subsistema de constructos que puede ser considerado como una nueva construcción de un Yo intoxicado (Salazar, Casas y Rodríguez, 1992): El conjunto de hipótesis de la literatura lleva a considerar que aquellas personas que se encuentran con que la(s) sustancia(s) psicoactiva(s) les capacita para anticipar o comprender de una manera más satisfactoria algunos aspectos de su vida, encuentran abierto el camino hacia la dependencia (Hinkle, 1965; citado por Mansilla, 2002). La importancia de la satisfacción que puede generar el consumo de sustancias psicoactivas tiene mayor relevancia en este conjunto hipotético cuando una persona siente amenazados aspectos nucleares de la identidad relacionados con la autocoherencia ante el flujo constante del vivir, pues la sustancia psicoactiva genera un nivel de consciencia alterado que posibilita la reconstrucción de los elementos del medio externo e interno (Salazar, Casas y Rodríguez, 1992; citados por Mansilla, 2002). No existe conocimiento de la dinámica de la experimentación de discrepancia durante el consumo de sustancias psicoactivas e inclusive constituye una medición poco recomendable (Guajardo Sainz y Kushner Lanis, 2005), pero se puede considerar comúnmente que la intoxicación reduce las resistencias sociales y de autoconcepción del individuo, facilitando su interacción social o actuando sobre su autoconcepto (Lorenzo, et al., 2009).

Aun pretendiendo evitar dejar lugar a dudas pudiera haber una relativamente sutil confusión con respecto a la dinámica que el síntoma de la dependencia al consumo de

sustancias guarda con las características particulares de la construcción personal bajo la cual se presenta en la muestra. Es sencillo preguntarse si la discrepancia en la autodefinición existe *per se* porque refleja al consumo problemático de sustancias psicoactivas en la muestra o si bien, el consumo problemático de sustancias psicoactivas existe a causa de la discrepancia en la autodefinición del “yo” con respecto al “ideal”. Ante ello cabe aclarar que la lógica bajo la cual se concibe dicha discrepancia es la del participante, esta discrepancia es frecuentemente expresada a través del síntoma y frecuentemente ocupa sus palabras, pero la construcción que el participante elabora de sí mismo con respecto al ideal se suscita independientemente de si la persona consideraba al momento de la medición para sí mismo o no su consumo de sustancias psicoactivas como un verdadero problema, lo cual era un aspecto variable en la muestra clínica observado en las entrevistas de diagnóstico psiquiátrico.

En cualquier caso de variabilidad en la egodistonia o egosintonía sobre el proceso de construcción del síntoma, el reflejo de la distancia del “yo” con “ideal”, es en sí misma parte de la autodefinición, que puede ser construida de forma relativa bajo la luz de la temática de la problemática del síntoma, pero esencialmente y en términos generales compromete una parte fundamental del funcionamiento del individuo en el proceso de significar una realidad en coherencia con la identidad y el autoconcepto más allá de esa relatividad. Todo lo anterior puede resumirse señalando que la implicación positiva que el síntoma guarda para la construcción personal se relaciona con la mitigación de la insatisfacción originada por significar la realidad en términos discrepantes, evitando a su vez generar amenaza hacia aspectos nucleares de la identidad relacionados con la autocoherencia.

Sin perjuicio de la provisionalidad que todo conocimiento conlleva, los elementos internos a considerar en un proceso de intervención más prioritariamente para la muestra de participantes en este caso podrían ser los relacionados con la discrepancia y las cualidades de los subsistemas que vuelven más satisfactibles la anticipación de su mundo, pero ello en virtud de la importante organización de la construcción personal, dada su vital importancia en la relación que guarda con el síntoma y con la identidad

personal, de hecho, en términos generales la terapia de los constructos personales propone en sí misma que la estructura del tratamiento se elabora de acuerdo con un proceso de cambio que preserve la identidad (Botella y Feixas, 2008).

Dada la ausencia de otras diferencias estadísticamente significativas en la muestra, la protección de la coherencia respecto a la identidad y el autconcepto se evidencia como una observación empíricamente más consistente en la discusión de hipótesis para este trabajo. Dentro de este se han descartado diferencias significativas en las variables que se relacionan con un funcionamiento óptimo de las habilidades cognitivas y que podrían ser determinantes en la discusión de hipótesis, debido a ello se encuentra mayor viabilidad en asumir que para la unidad de significado, la discrepancia identificada refleja un sistema con mayores dificultades ante el cambio conductual en el sentido de que compromete al autoconcepto en mayor medida de la que “normalmente” sucede en los procesos de la muestra sin dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, colocando en situaciones particulares al síntoma problemático con respecto a la unidad de significado del Sí Mismo, que naturalmente busca acomodarse a los acontecimientos que enfrenta para definirse y extenderse. No de manera similar con otras variables dentro de la muestra.

Fuera de la variable de “Constructos Discrepantes”, no existieron diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto tampoco dentro de las demás variables que se encuentran implicadas con el primer objetivo específico de la investigación. Por ejemplo, el porcentaje de constructos congruentes ($t= 1.17$; $p= .25$) entre las muestras fue similar. Los constructos congruentes se refieren al caso contrario de los constructos discrepantes: no existe demanda de cambio o se encuentra satisfecho tal y como se es. Podría esperarse que dadas las proporciones significativamente mayores de constructos discrepantes, los constructos congruentes fueran significativamente menores. Aunque existe un número sutilmente menor de constructos congruentes dentro de la muestra clínica, los participantes muestran similitud con la muestra no clínica en lo que refiere al porcentaje de constructos que constituyen su identidad a pesar del diagnóstico clínico que padecen.

Respecto a las variables de la estructura cognitiva relacionadas con la rigidez, optimización o complejidad cognitiva ocurrió algo similar, a pesar de que en todas ellas existió una siempre presente, pero sutil diferencia que no resultó ser estadísticamente significativa: aunque a simple vista existió un mayor número de estructuras de Diferenciación Cognitiva simple para la muestra clínica e incluso ninguno de los participantes evidenció una sola estructura de Diferenciación Cognitiva diferenciada, no se pudo comprobar la hipótesis de que esta diferencia fuera estadísticamente significativa ($t= 1.62$; $p= .11$).

Esta situación fue similar a la del número total de constructos ($t= .40$; $p= .69$) y la Polarización ($t= 1.61$; $p= .12$), en la cual la muestra clínica mostró una diferencia sutilmente mayor de rigidez en la Polarización, aunque no se trata de una diferencia estadísticamente significativa.

Los resultados referidos a la Diferenciación cognitiva, el número total de constructos y la Polarización en su conjunto indican que los participantes de la muestra con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas no se ven precisamente caracterizados por una diferencia importante en lo que a las capacidades cognitivas refiere, o al menos ello no se pudo comprobar estadísticamente. La discusión que cabe al respecto de las capacidades cognitivas podría señalar que al menos dentro de la muestra de participantes con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, estas no se han evidenciado como variables determinantes y no dan certeza para la interpretación de las hipótesis bajo su mirada en la muestra.

Por ejemplo, respecto a las hipótesis planteadas por Guajardo Sainz y Kushner Lanis (2005), en las que se sugiere que algunas características de la construcción personal en adultos dependientes al consumo de sustancias psicoactivas no permiten cuestionar las creencias y se lucha por mantener la coherencia de su construcción de realidad sin cuestionar ni producir cambios en dicha significación, los resultados referidos a las capacidades cognitivas no podrían explicar mejor esta hipótesis de lo que sí ha sido identificado bajo términos de identidad y sus mecanismos autoprotectores.

Al abordar los resultados que engloban al segundo objetivo específico de la investigación, se encontró que no existieron diferencias significativas dentro de las variables de la Construcción del Sí Mismo. Estos resultados fueron similares a los resultados de la estructura cognitiva: no encuentran diferencia estadísticamente significativa, pero reflejan una persistente diferencia sutil entre ellas (casi todas las personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas en la muestra presentan a simple vista menor Autoestima ($t = -1.72$; $p = .10$), mayor Aislamiento Social Autopercebido ($t = -.66$; $p = .51$) y menor Adecuación Percibida en los Otros ($t = -1.71$; $p = .25$).

Al respecto de esta sutil y persistente diferencia, la literatura al respecto no permite determinar con mucho detalle específico las particulares formas de estructuración del Sí Mismo en personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas a las que se refiere, si es que puedan darse de una forma específica. Pero al respecto, Mansilla (2002) puntualiza sin lujo de detalle en la descripción y en obtención de datos algunos posibles aspectos operativos apreciables en la estructuración del sí mismo de las personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas que podrían explicar la suposición de estos resultados, señalando que estas no suelen compartir aspectos significativos con su entorno personal (aislamiento del yo real), además se identifica más con lo que no desea ser que con lo que desea ser (aislamiento del yo ideal) y finalmente, se presenta a sí mismo como diferente a los demás e idealizando también dicha diferencia (Aislamiento Social Autopercebido). Los resultados evidencian que la muestra de adultos dependientes al consumo de sustancias podrían enmarcarse en estas hipótesis, dada su persistencia, sin embargo, la sutil diferencia observable sin certeza estadística en los resultados no proporciona evidencias suficientes para colocar la dilucidación hipotética en este planteamiento con seguridad.

A pesar de que operativamente hablando, dentro de la técnica de la rejilla el Autoestima constituye una correlación de distancias entre el “yo” y el “ideal”, no se ha encontrado que su diferencia sea estadísticamente significativa y ello se corresponde con la investigación empírica al respecto. En el proceso del sí mismo, la correlación entre el

“yo” y el “ideal” como una medida de autoestima se encuentra relacionada con el funcionamiento efectivo y el bienestar objetivo, a su vez que un gran número de trastornos psicológicos se relacionan con baja autoestima (Robson, 1988; citado por Feixas y Cornejo, 1996). Diversas teorías fuera del enfoque constructivista también plantean que un pobre autoconcepto y bajas evaluaciones de la autoconfianza se relacionan positivamente con el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, la investigación empírica que examina sus relaciones es mixta, con estudios que informan una relación significativa entre las variables y otras que no encuentran tales relaciones (Musitu Ochoa y Herrero Olaizola, 2003).

La última consideración que versa sobre las variables que constituyen al segundo objetivo específico de la investigación (la Construcción del Sí Mismo), sus tres diferenciaciones (Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido y Adecuación Percibida en los Otros) permiten crear perfiles tentativos generales de la Construcción del Sí Mismo, dentro de los cuales tampoco se encontraron diferencias significativas ($t = -.32$; $p = .75$) al obtener dentro de ambas muestras en su mayoría perfiles de positividad, es decir, en ambos grupos las personas tienen una visión globalmente positiva de sí misma y de los otros; todo es bueno y no hay conflictos. Respecto a lo anterior, se sugiere que si este tipo de perfil no se ve acompañado de un bienestar psicológico se puede sospechar de excesiva simplificación de la realidad hacia lo positivo, visión “naive” o negación (Feixas y Cornejo, 1996). El diagnóstico psiquiátrico de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas del DSM-IV-TR y del Trastorno por abuso de sustancias del DSM 5 con el que cumple la muestra clínica, refiere por sí mismo un cuadro significativo de malestar psicológico (APA, 2002; 2014). Es importante retomar dos aspectos ante la siguiente consideración: primero, que como se ha expuesto, no existen diferencias muestrales significativas en la Polarización y en la Diferenciación Cognitiva que pudieran ser determinadamente indicadoras de una construcción personal recurrente a la simplificación y segundo, que es conocida dentro de la literatura el papel que la negación juega dentro del esquema de comportamiento que da prioridad al uso de las sustancias psicoactivas frente a otros comportamientos habitualmente considerados como más importantes (Lorenzo et al., 2009). La negación en la muestra clínica encuentra en el

contexto de los resultados un único elemento que podría explicarla en consideración de la discrepancia: el rol.

Más que a poseer una consciencia clara, el resultado refleja dentro del contexto del malestar psicológico que padecen una dificultad para comprenderse en la realidad de los demás al considerar que todo se encuentra bien a pesar de toda problemática, que es sucitada y discutida constantemente con los demás en la situación de la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas.

El rol de socialidad (Botella y Feixas, 2008) explica que aunque dos personas puedan comprender y compartir la definición de “buenos modales” (es decir, construyan de forma similar una experiencia) pueden diferir cuando es necesario utilizarlos. Este corolario muestra cómo no sólo es necesaria una construcción compartida, sino la construcción de los procesos de los demás: una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a la otra en medida de que construya los procesos de construcción de aquella (Kelly, 1969/2011).

Para Kelly (1969/2011) un rol es un proceso psicológico basado en la construcción por parte de la persona, de aspectos del sistema de construcción de aquellos con quienes intenta asociarse en una actividad social, cuyo fin es anticipar mutua predictibilidad a la relación, creando reglas y parámetros interaccionales. El comportamiento de la persona dependiente al consumo de sustancias psicoactivas lo compromete ante la percepción de los demás bajo el rol de una persona con serios problemas con la sustancia, situación que al no ser asimilada como necesaria de ser aplicable por el paciente dentro de los procesos de construcción de los demás, no articula los patrones de conducta interactiva adecuados, llevándolo así a considerar que en términos de su construcción todo es bueno y todo está bien a pesar de que comparta con los demás la construcción de lo que es tener “problemas” con el consumo de una sustancia psicoactiva y estar de acuerdo con ella.

Lo anterior explicaría la negación característica de los problemas con el consumo de sustancias psicoactivas bajo la idea de que una persona dependiente no construye adecuadamente los procesos de construcción de los demás. El sentido lógico de la construcción personal por el cual, para el caso de la muestra, todo se encuentra bien a pesar de las problemáticas señaladas diagnóstico, puede encontrar su explicación en un compromiso con la necesidad de autocoherencia ante la cual se encuentra posicionado el Sí Mismo, que se percibe a sí mismo como discrepante a su ideal y evita invalidar constructos nucleares, creando con ello un compromiso más fuerte que lo que en términos exteriores al propio sistema de construcción se entendería por “lógico”, “trastorno”, “diagnóstico” o “problema”.

Vale la pena mencionar nuevamente lo descrito con anterioridad para mencionar esta conducta dentro de la hostilidad propuesta por (Kelly, 1969/2001), que dado que un sistema de construcción poco permeable a los cambios emplea algunos constructos repetidamente a pesar de su invalidación continuada, y que en relación a esta permeabilidad la habilidad para actuar sin la sustancia psicoactiva en situaciones problemáticas se encontrará disminuida y dando lugar a la hostilidad, es decir, la tendencia a forzar los acontecimientos a confirmar las predicciones que el sujeto ha esbozado de ellos (Kelly, 1969/2001). Finalmente, es posible englobar al perfil general del sí mismo en esta consideración como una muestra de hostilidad.

Tentativamente en términos teóricos, la hostilidad podría constituir parte en cierto sentido de las diferencias que es persistente, pero que siempre se manifiesta sutilmente en los resultados de los elementos que conforman dicho perfil general (Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido y Adecuación Percibida en los Otros) por el papel que juega dentro de la negación. La negación forma parte y se ve descrita adecuadamente como un proceso “adaptativo” de los procesos de construcción señalados con anterioridad que llevaría a mitigar la distancia de las diferenciaciones existentes del individuo con los demás, que son muy persistentes, pero sin diferencia significativa.

El tercer objetivo de investigación da pie a la discusión de las consideraciones respecto a las variables que constituyen los Conflictos Cognitivos: aunque de mayor presencia media en las variables que componen los Conflictos Cognitivos en la muestra de participantes dependientes, al igual que en otras variables, tampoco se ha podido asumir una diferencia estadísticamente significativa, ni en las medias de las muestras del Número de Constructos Dilemáticos ($t= -0.68$; $p= .50$), ni en el Número de Dilemas Implicativos ($t= 1.52$; $p= .15$).

Continuando con las diferencias en las variables del tercer objetivo específico de la investigación, el número de dilemas sigue la tendencia de ser menor sin presentar diferencias estadísticamente significativas ($t= 1.52$; $p= .15$). Actualmente una variedad considerable de trabajos plantean a la detección de un Dilema Implicativo como reflejo de que el cambio deseado en el constructo suele implicarse con un cambio no deseado en el constructo congruente (Feixas, Cipriano y Varlotta, 2007), en razón a ello estudios sobre la prevalencia de Dilemas Implicativos entre la población clínica y la no clínica establecen la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas, siendo mayor en la población clínica (Saúl Gutiérrez y Feixas, 2001). Para el caso de la muestra no se ha evidenciado que estas diferencias sean estadísticamente significativas en la muestra de personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, es posible tener en cuenta la relevancia estadística de los constructos discrepantes como una variable no descartable de valor inferencial en las diferencias sutiles de las medias muestrales dado el valor que tienen como antesala ante el Dilema Implicativo: un porcentaje y número mayor de constructos discrepantes amplía las posibilidades de que alguno se correlacione con algún constructo congruente en forma de dilema, esto considerando que el número de constructos congruentes no es significativamente diferente entre las muestras. Aunque evidentemente, esta observación no compromete una diferencia determinante en la comparativa muestral de los conflictos cognitivos, mantiene una significación contextual en la Construcción Personal: debido a que la sintomatología puede interactuar de diversas modalidades con respecto al trastorno de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas (Torrens Mélich, 2008), la detección de los Dilemas Implicativos permite revelar la coherencia específica y

particular de algunas discrepancias detectadas de acuerdo a cada sistema de construcción (Feixas et al., 2007).

Referente al cuarto objetivo específico de la investigación, se han encontrado correlaciones entre los patrones de malestar psicológico y los elementos de la construcción personal dentro de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas. Dentro de la discusión del contexto más amplio de la muestra, estas correlaciones permiten analizar la relevancia de la sintomatología psíquica como variable a considerar dentro del desarrollo de la rehabilitación (López y Becoña, 2006). Se exponen a continuación las consideraciones planteadas a través de las correlaciones entre los síntomas del Malestar Psicológico y las variables de la Construcción Personal, primero que es por definición un estado reactivo de la desintoxicación hospitalaria de los pacientes, que suscita un ajuste adaptativo al medio ambiente y de las necesidades de su mundo interno (Hernández et al., 2006). Se retoma su importancia dentro de la operatividad de la construcción personal como un factor que forma parte de los procesos holísticos que llevan a algunos pacientes a abusar de las sustancias psicoactivas en un esfuerzo por manejar sus síntomas a manera de automedicación, entre otros aspectos (Aguilar Bustos, 2014).

Inicialmente, los resultados han señalado una correlación negativa “alta” entre el número de constructos y el Índice de Malestar Percibido ($r = -.654$, $\text{sig} = .029$). Esto sugiere que la complejidad del sistema de construcción del cliente guarda alguna relación con la percepción que este tiene sobre sus síntomas: los síntomas como procesos tienden a ser construidos de manera menos exagerada conforme se poseen más avenidas de movimiento en la construcción personal que construyen el mundo interpersonal de forma más multidimensional. Esta observación resulta relevante en el sentido de la interpretación que las personas pueden llevar a cabo sobre los síntomas del síndrome de abstinencia, sobre su angustia u otros síntomas predisponentes en general, que en todos los casos son interpretados. Dada la importancia que tienen las expectativas y fantasías sobre lo que puede ocurrir, la complejidad del sistema de construcción podría relacionarse con la viabilidad de retomar el consumo de las sustancias psicoactivas para

reducir el malestar, retroalimentando en mayor medida el círculo de consumo a través de la apertura del camino a la dependencia cuando dicha complejidad es menor.

Por otra parte, la correlación también “alta” entre el porcentaje de constructos congruentes y la ansiedad fóbica ($r = -.629$, $sig = .038$) sugiere dentro de las características de la muestra, que el miedo irracional y desproporcionado en relación con los estímulos específicos que los provocan es mayor en los participantes que identifican en mayor proporción puntos fuertes de su persona que les parecen agradables o similares a lo que desean ser, los constructos congruentes son precisamente lo opuesto a los constructos discrepantes. En apreciación del diagnóstico de la muestra clínica, podría considerarse que la sintomatología relacionada a la ansiedad fóbica forma parte de los ajustes a la desintoxicación hospitalaria en mayor proporción cuando un paciente considera en mayor medida que no existe demanda de cambio o que se encuentra satisfecho tal y como es. Este “desajuste” es una situación lógica de presentarse incluso bajo la Construcción Personal de pacientes “sanos”: encontrarse en desintoxicación hospitalaria cuando no se considera que existe necesidad de cambio puede favorecer la extensión de procesos o conductas que auto confirmen la situación como algo adverso o inconveniente, cabe de resaltar que esta lógica es interna al propio sistema de construcción, pues la percepción de estar “sano” o “enfermo” tiene significación dentro de cada sistema particular. La perspectiva holística del constructivismo llevaría a englobar a la ansiedad fóbica como uno más de los procesos canalizados psicológicamente por la particular manera en la que una persona con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas anticipa los acontecimientos y explica la realidad bajo los términos de su construcción personal, permitiendo al individuo interpretar mediante el miedo a ciertas situaciones, objetos, circunstancias y los estímulos en general, alguna dimensión de la ansiedad o inconformidad que experimenta en el contexto de la desintoxicación hospitalaria, no en razón a los estímulos, sino en razón a su estructuración cognitiva.

La primer correlación encontrada tiene en común con la primera que algunos aspectos de la Estructura Cognitiva sostienen el consumo problemático bajo la explicación o bajo la limitación de explicaciones que la persona le da a sus miedos,

malestares o ansiedades. Como se explica a detalle más adelante y se ve reflejado en estas correlaciones, las implicaciones que dificultan el cambio pueden verse directamente ligadas a la autodefinición y/o a las posibilidades de autodefinirse, pues en este caso, la ansiedad fóbica se correlaciona con los constructos congruentes, que son aspectos agradables o resistentes al cambio de la autodefinición, mientras que en el caso de la segunda correlación, el número de constructos o “avenidas de movimiento” que incluyen al potencial divergente de la autodefinición se reflejan en la percepción sobre el propio malestar. Esta consideración refleja un sentido de las dificultades ante el cambio que se relacionan con implicaciones positivas de la autodefinición.

La tercer correlación, que es “alta” entre la Polarización y el Psicoticismo ($r = -.620$, $\text{sig} = .042$) puede asumirse en cuanto a que estas dos variables se relacionan con las funciones para anticipar y planear conductas, modular las conductas impulsivas y elaborar juicios acertados sobre sí mismo y sobre los demás. Mientras que la Polarización indica el grado en que las personas construyen la realidad de una manera polarizada o dicotómica (Botella y Feixas, 2008), la variable de psicoticismo engloba como dimensión continua de la experiencia humana la dificultad empática y/o para anticipar las emociones de otros, la falta de control del pensamiento, la impulsividad o las alucinaciones (Derogatis, 1994). La relación entre las variables partiría tentativamente de que las dificultades que engloba el psicoticismo se ven condicionadas por la calidad de las alternativas que se derivan del grado de polarización, en el que en mayor o menor medida existen escalas de grises, se es sólo de una manera o de otra, limitando con ello la divergencia de las construcciones y favoreciendo en ciertos casos situaciones en las que las conductas englobadas por el psicoticismo sean más viables y lógicamente accesibles para definir y extender el sistema de construcción. La presencia de esta correlación se ve explicada cuando literatura expone que el elemento esencial de todos los trastornos adictivos es la falta de control; (Cía, 2013) y que cuando un individuo sufre alteraciones que afectan estas funciones, tiene mayores probabilidades de experimentar con sustancias psicoactivas (Aguilar Bustos, 2002).

La literatura también sugiere que puede ser común encontrar comorbilidad que involucre depresión y otros padecimientos psiquiátricos bajo otras distintas formas de interacción con las adicciones (Aguilar Bustos, 2014) y por lo tanto también con la construcción personal, así que los resultados son provisionales para la muestra, pero resultarían de utilidad clínica. Se cierra lo señalado por el cuarto objetivo de investigación retomando las consideraciones de Feixas et al. (2007) en torno a que la falta de un conocimiento claro y fundamentado sobre un cuadro clínico de comorbilidad termina por elevar el coste de los tratamientos, sin conseguir con ello la curación de los pacientes. Tal como lo mencionan Lorenzo et al. (2009) y parece indicar el análisis de los resultados que giran en torno al Malestar Psicológico, las características psicopatológicas parecieran tener alguna significancia relativa en el paso evolutivo que va del abuso de sustancias psicoactivas a la dependencia o a la “adicción” en general o bien, cuando menos con posibles recaídas tras la desintoxicación hospitalaria de la muestra.

CONCLUSIONES

- Se identificaron diferencias entre la construcción personal de una muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas prevalente durante el último año y una muestra no clínica que implican a la Estructura Cognitiva.
- Se identificaron diferencias entre la Estructura Cognitiva de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y la Estructura Cognitiva de la muestra no clínica que implican al Número de constructos discrepantes y al Porcentaje de constructos discrepantes, lo que señala una situación en la que las personas se sienten divididas entre un cambio deseado y las relaciones positivas del síntoma dentro del marco de la autodefinición. La construcción de la realidad en la que el consumo problemático de sustancias psicoactivas es una alternativa viable dentro de la muestra, encuentra su viabilidad dentro de la coherencia que este proceso facilita en la extensión de subsistemas de autodefinición del sujeto que aunque son menos adecuados, son más satisfactibles y no tienen en cuenta los procesos de invalidación de identidad que verían peligrar la eficacia predictiva del sistema de construcción ante un cambio espontaneo desorganizado en el propio sistema de construcción personal. La implicación positiva que el síntoma guarda para la construcción personal se relaciona con la mitigación de la insatisfacción originada por significar la realidad en términos discrepantes, evitando a su vez generar amenaza hacia aspectos nucleares de la identidad relacionados con la autocoherencia.
- No se identificaron diferencias entre la Construcción del Sí Mismo de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y la Construcción del Sí Mismo de la muestra no clínica.

- No se identificaron diferencias entre los Conflictos Cognitivos de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y los Conflictos Cognitivos de la muestra no clínica. El hecho de que la muestra clínica no indique diferencias en el Perfil General del Sí Mismo en consideración a su diagnóstico señala una dificultad para construir su rol de forma similar a los que les rodean bajo los términos de su construcción personal, explicada por estos mismos bajo formas de hostilidad.
- Se identificaron correlaciones entre algunos patrones de síntomas de malestar psicológico y algunos elementos de análisis de la técnica de la rejilla dentro de la muestra de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas que involucran: la calidad de la percepción que el participante tiene sobre sus síntomas en relación al número de construcciones que el sistema de construcción tendría la capacidad de elaborar (Índice de Malestar Autopercebido y número de constructos), además de la calidad de las alternativas que su sistema de construcción ofrece en relación a lo que él considera congruente en su persona (Ansiedad fóbica-constructos congruentes) y a la viabilidad que encuentran las dificultades que engloba el psicoticismo al verse condicionadas por la calidad de las alternativas que se derivan del grado de polarización (Polarización-Psicoticismo).

SUGERENCIAS

Desde la epistemología constructivista, la visión de experto a experto permite identificar con claridad la posición de no cambio del paciente e incluso de cualquier persona como un proceso de autoprotección que resguarda la coherencia, la integridad sistémica y protege de un cambio "nuclear" súbito bajo un parámetro de lógica que existe en el propio sistema (Feixas y Villegas, 1990). La sugerencia al respecto de los modelos de intervención y en técnica del tratamiento del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas radica en la consideración de que las circunstancias de análisis e intervención sobre el tema de las adicciones implican especial cuidado metodológico, empático y de medida sobre los juicios de valor y condiciones culturales por las que se ve permeado el tema dentro de la desintoxicación hospitalaria, especialmente en el modelo constructivista.

Es sabido que la posición del profesional, o mejor dicho aún, la posición en la que el participante construye al profesional, puede comprometer una función importante para llevar a cabo una exploración que contemple al consumo de sustancias psicoactivas libre de la lógica particular de todos los elementos y personas que rodean al paciente, volviéndola más individual, pues la construcción que el paciente elabora sobre las implicaciones que el consumo de sustancias psicoactivas tiene sobre su vida resulta de vital importancia cuando son positivas como cuando son negativas. El trabajo constructivista refiere mediante su modalidad de alianza terapéutica, e incluso se constituye en su propio marco teórico, una exploración en un contexto empático hacia el tipo de constructos relacionados con la problemática de los pacientes. Por una parte se observa que la metodología constructivista puede plantear un área de oportunidad en la detección de conflictos dilemáticos en pacientes con un consumo problemático de sustancias psicoactivas en base a la manera en la que el paciente construye la posición del terapeuta o quien elabora cualquier tipo de intervención hacia el consumo de sustancias psicoactivas, consumo que no necesariamente es construido culturalmente por el terapeuta o investigador, o al menos debe limitar sus juicios de valor.

Aun cuando distintos modelos contemplan aspectos fundamentales de empatía hacia la situación de un paciente con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas, es frecuente que este se pierda dada la facilidad con la que esta problemática en particular compromete la alianza terapéutica. Sin lugar a dudas el objetivo de las intervenciones al consumo problemático de sustancias psicoactivas como en muchas otras, es el de eliminar el síntoma. Pero independientemente de lo dicho por cualquier persona es algo que tiene que hacer en sí mismo el paciente, idealmente sin vigilancia posterior de nadie más, el cual tiene un sentido de sí mismo único y hasta el momento desconocido en especificidad para el profesional.

Tanto el cambio como el no cambio forman parte del mismo delicado proceso de la persona y ello implica que no solamente es necesario conocer el problema y lo que se desea obtener de la intervención, sino quién es la persona que consulta, cómo se construye y cómo esa construcción limita algunas alternativas a la vez que desarrolla otras. Desde la perspectiva constructivista el cambio requiere de un delicado equilibrio entre alcanzar lo que se quiere cambiar y mantener lo necesario para reservar una parte esencial del sentido de identidad sin provocar lo que tradicionalmente se consideran “resistencias”. Para ello es esencial no sólo saber lo que se desea cambiar, sino también lo que se desea preservar.

Las tasas de recaídas tanto en el tratamiento ambulatorio como en la desintoxicación hospitalaria tradicional continúan siendo elevadas. Esto resalta la necesidad, por parte de los estudios de atender los motivos de recaída en el tratamiento a adicciones e incluso integrarlos como un elemento que permita entender la problemática y orientar la relación entre el terapeuta y su paciente en lugar de generar rechazo, actitudes defensivas y erosión en ella. Tal como lo entiende el propio modelo cognitivo tradicional, las principales dificultades en el tratamiento cognitivo del consumo problemático de sustancias psicoactivas versan sobre la relación entre el terapeuta y el paciente, esto es especialmente cierto en las poblaciones con abuso de sustancias, en los que numerosos factores interactúan para crear una relación de potenciales adversarios al inicio y durante el curso del tratamiento.

En cuanto a aspectos técnicos de investigación fueron diversos los factores que limitaron las posibilidades de la investigación, pero a futuro sería viable considerar aspectos más amplios como por ejemplo el tipo de sustancia psicoactiva a la cual se es dependiente, la duración de los síntomas de dependencia en el participante, así como distinciones particulares en las variables de grupos según la actitud que el paciente tiene sobre su síntoma para evaluar su relevancia dado que es un reflejo de sus construcciones. El tamaño de la muestra es uno de los principales factores a considerar, pues el comportamiento en la distribución de los datos en la muestra clínica fue mucho más diverso en la muestra clínica, dada la naturaleza de la diversidad del desarrollo de las patologías se sugiere que los resultados pueden guardar mayor relevancia en muestras de mayor tamaño e incluso precisar de ello para incrementar la homocedasticidad en los datos de las muestras clínicas. Otras diferencias relacionadas con la Construcción Personal pudieran apreciarse en investigaciones de tipo longitudinal que permitan apreciar cambios en distintas épocas del consumo problemático, de las intervenciones de la terapia de los constructos personales o incluso bajo distintos modelos de tratamientos, para evaluar su efectividad o si estos últimos tienen relevancia dentro de la Construcción Personal.

Estas recomendaciones se basan en los factores que permiten apreciar la complejidad que guarda el tema del consumo de sustancias psicoactivas bajo la perspectiva de su interacción con el individuo, por lo cual sería válido considerar otros diversos factores no mencionados que la literatura del consumo de sustancias psicoactivas sugiere al respecto de las variables que determinan los efectos causados por su consumo sobre los individuos.

Una discusión de orden epistemológico más amplia sobre el tema de las distintas intervenciones e investigaciones psicológicas enfocadas al tratamiento de las adicciones prescindiría de la delimitación del proyecto, pero resulta apasionante bajo la perspectiva constructivista de la cognición y da pie a otros innumerables puntos de crítica y reflexividad, que constituyen un camino imprescindible a estas alturas ante las necesidades de modelos eficientes de intervención psicológica en la actualidad. Este

trabajo se limita extender la invitación de ampliar la investigación sobre el tema del consumo problemático de sustancias psicoactivas bajo paradigmas que busquen incrementar la amplitud epistemológica de su estudio dadas las necesidades que continúa enfrentando.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Bustos, E. (2002). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 69-70.
- Aguilar Bustos, E. (2014). Trastorno por uso de sustancias y su relación con el trastorno por déficit de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19(3), 326-331.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona: Panamericana.
- Araya, V., Alfaro, M. y Andonegui, M. (2007). *Constructivismo: orígenes y perspectivas*. Laurus, 13(24), 76-92.
- Astolfi, R., Gotelli, C., Kiss, J., Bolado, J., Maccagno, A. y Poggi, V. (1989). *Toxicomanías*. Buenos Aires, Argentina: Universidad.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. México: Paidós.
- Beck, J. (2008). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos. *Cuadernos de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace*, 1(110), 58-61.
- Berruecos Villalobos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, (49), 61-81.

Biscarra, A. y Fernández Acevedo, G. (2010). Codependencia: el lado oculto de los trastornos adictivos. *Nexos*, 27, 14-18.

Botella, L. y Feixas, G. (2008). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicación a la práctica psicológica (Segunda ed.)*. Barcelona: Leartes.

Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 195-219.

Cervera Martínez, G., Rubio Valladolid, G., Harto Cortés, G., Bolinches Claramontes, F., De Vicente Manzanaro, P. y Valderrama Zurián, J. (2001). La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trastornos Adictivos*, 3(1), 3-10.

Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): Un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 210-217.

Cruz Fuentes, C.S., López Bello, L., Blas García, C., Gonzáles Macías, L., y Chávez Balderas, R.A. (2008). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81.

Cruz, S. y López, C. (2001). Fármacos que producen dependencia y adicción. *Avance y Perspectiva*, 1(3), 211-217.

Derogatis, M. (1994). Inventario de Síntomas SCL-90-R. Obtenido de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>

- Dusek, D. y Girdano, D. (1990). *Drogas: Un estudio basado en hechos*. México: SITESA.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2013). *¿Existen las adicciones sin sustancias?* Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Espíndola Hernández J.G., Morales Carmona, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., . . . Ibarra, A.C., (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 20(4), 112-122.
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición. *Revista de Psicoterapia*, 14(56), 107-112.
- Feixas, G. Cipriano, D. y Varlotta, N. (2007). Somatización y Conflictos Cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 6(3), 197-203.
- Feixas, G. y Cornejo, J. (1996). *Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el programa Record V.2.0 (2ª ed.)*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Saúl Gutiérrez, L. (2007). Detección, análisis e intervención en Dilemas Implicativos. Obtenido de <http://www.ub.edu/personal/Protocolo%20Castellano/Protocolo-CASTELLANO.htm>

Feixas, G., Saúl Gutiérrez, L., Winter, D. y Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los Conflictos Cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 243-255.

Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia (Vol. 3ª ed. revisada)*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA Ediciones.

Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, J. y Landa, N. (2008). Comorbilidad psicopatológica en la adicción a la cocaína: Resultados con el SCL-90-R. *Psicología Conductual*, 16(2), 275-288.

First, MB., Spitzer, RL., Gibbon, M. y Williams, JB. (1997). *Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Fuentes Romero, J. y Rodríguez Fernández, V. (2009). Una revisión bibliográfica de los estudios comparativos. Su evolución y aplicación a la ciencia de las bibliotecas. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 32(2), 411-433.

Galimberti, U. (2006). *Diccionario de Psicología (2ª ed.)*. México: Siglo XXI Editores.

González Guerra, J. (2008). Psicoanálisis y Toxicomanías. *Clínica e Investigación Relacional*, 1(2), 146-164.

Grau López, L., Ronchero, C., Diagre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez, L., . . . Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122.

- Guajardo Sainz, H. y Kushner Lanis, D. (2005). Trastorno adictivo: Una forma de dar coherencia a la construcción de la realidad. *Revista Perspectivas Sistémicas* (88), 6-8.
- Guirado, V., Freixa, M., Guardia, J., Salafranca, L. y Turbany, J. (1994). Predicción del riesgo de recaída en tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 6(4), 453-463.
- Gurrola, M. (2003). *Construcción personal y Psicopatología*. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Hernández Fleta, J., Acosta Artiles, F. y Pereira Miragaia, J. (2009). Adherencia terapéutica. Generalidades. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 9(1), 13-19.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación (2ª ed.)*: McGraw-Hill Interamericana.
- Hubble, M., Duncan, B. y Miller, S. (1999). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ibáñez Cuadrado, A. (2008). Genética de las adicciones. *Adicciones*, 20(2), 103-109.
- Inglis, B. (1994). *El juego prohibido: Historia social de las drogas*. Gerona, España: Tikal Ediciones.
- Jaffe, J., Pettersen, P. y Hodgson, R. (1980). *Vicios y drogas: problemas y soluciones*. México: Harper y Row Latinoamerica S.A. de C.V.
- Kelly, G. (2001). *Psicología de los Constructos Personales: textos escogidos*. Barcelona: Paidós (Obra original publicada en 1969).

- Lacan, J. (2010). *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente* (Berenguer E., trad). Buenos Aires, Argentina: Paidós (Obra original publicada en 1957).
- Lewin, L. (2013). *Phantastica: Drogas narcóticas y estimulantes*. Barcelona: Amargord (Obra original publicada en 1931).
- López, A. y Becoña, E. (2006). Dependencia de la cocaína y psicopatología a través del SCL-90-R-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1),13-20.
- López, C. (2006). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psyhke*, 15(1), 67-77.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Mansilla, F. (2002). Una visión constructivista de la drogodependencia. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com/adicciones/una-vision-constructivista-de-la-drogodependencia/#>
- Medina Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P. y Fleiz, C. (2001). Del siglo XX al Tercer Milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19.
- Medina Mora, M., Villatoro Velázquez, J., Fleiz Bautista, C., Téllez Rojo, M., Mendoza Alvarado, L., Romero Martínez, M.,. . . Guisa Cruz, V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Obtenido de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- Musitu Ochoa, G. y Herrero Olaiola, J. (2003). El rol de la Autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 13(1), 285-306.

Molina Mansilla, C. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International E-Journal of Criminal Sciences*, 2, 1-30.

Moral Jiménez, M. y Sirvent Ruiz, C. (2010). Codependencia y heterocontrol relacional. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(2), 120-143.

Neimeyer, R. (1996). *Evaluación constructivista*. Barcelona: Paidós.

Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *Informe Mundial sobre Drogas 2016: Resumen Ejecutivo*. Obtenido de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (22 de Noviembre de 2002). *Glosario de términos de Alcohol y drogas*. Obtenido de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Pedrero Pérez, E., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez de León, J., Llanero Luque, M. y Puerta García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Neurología*, 52(3), 163-172.

Pereira Miragaia, J., Acosta Artilles, F. y Hernández Fleita, J. (2009). La Adherencia en psicoterapia. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 9(1), 67-78.

- Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española (22.a ed.)*. Madrid, España: Espasa Calpe.
- Sanjuán, A. y Ibáñez, P. (2002). *Todo sobre las drogas legales e ilegales*. Barcelona: Dykinson.
- Saúl Gutiérrez, LA. y Feixas, G. (2001). Diferencias en la presencia de Dilemas Implicativos en población "normal" y clínica. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/52/>
- Segura Diez, M. (2006). Reseña de "Uso terapéutico del Cannabis y los Cannabinoides" de Geoffrey W. Guy, Brian A. Whittle y Philip J. Robson. *Salud y Drogas*, 6(1), 113-114.
- Senra, J., Feixas, G. y Fernández, E. (2005). Manual de intervención en Dilemas Implicativos. *Revista de Psicoterapia*, 16(63/64), 179-201.
- Slapak, S. y Grigoravicius, M. (2006). "Consumo de drogas": La construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*, 14, 239 - 249.
- Tapia Conyer, R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- Torrens Mélich, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320.

Universidad Rafael Landívar (22 de Noviembre de 2016). Adicciones. Obtenido de http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/99/Archivos/adicciones_completo.pdf

Vidal Corominas, DJ. y Chamblás García, I. (2014). Alianza terapéutica y adherencia a tratamientos de drogodependencia: un estudio en usuarios de centros de atención de la intercomuna Concepción – Talcahuano. *Revista Perspectivas*, 25, 143-166.

Villatoro Velázquez, J., Medina Mora, M., Fleiz Bautista, C., Téllez Rojo, M., Mendoza Alvarado, L., Romero Martínez, M.,. . . Guisa Cruz, V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Obtenido de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____ de _____ años, acepto de forma voluntaria que se me incluya como participante de estudio en el proyecto de investigación denominado "**Construcción personal y perfil sintomático en adultos dependientes al consumo de sustancias**", luego de haber conocido y comprendido los fines sobre dicho proyecto, con el entendimiento de que:

- Mi participación en esta investigación como parte de la muestra no influirá de manera alguna en los planes que la institución/clínica tiene contemplados para mí.
- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo retirarme del proyecto si no lo considero conveniente a mis intereses.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos personales obtenidos producto de mi participación, en cuyo caso de proporcionar la información particular recabada a alguien más que al investigador, será bajo mi consentimiento.
- Si lo deseo, se me asignará un pseudónimo que ocultará mi identidad.

Lugar: _____

Fecha: ___/___/_____.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

ANEXO 2

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Completa la información en caso de ser necesario o bien, sólo marca X para indicar tu condición

Edad	
Sexo	
Estado civil	Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a-Separado/a () Viudo/a ()
Nivel de estudios	Primaria sin terminar () Primaria terminada () Secundaria () Media superior o Bachillerato técnico () Educación superior () Posgrado ()
Situación laboral	Trabaja por cuenta propia () Empleado/a () Labores del hogar () Sólo estudia () No estudia ni trabaja () Jubilado/a ()

Anexo 3

Nombre: _____

Fecha: _____

1.- Muy 2.- Bastante 3.- Un Poco 4.- Medio 5.- Un Poco 6.- Bastante 7.- Muy

	Polo Izquierdo				Polo Derecho			
	1	2	3	4	5	6	7	
1								1 Yo Actual
2								2 Yo Dentro de dos años
3								3 Padre:
4								4 Madre:
5								5 Persona significativa 1:
6								6 Persona significativa 2:
7								7 Persona significativa 3:
8								8 Persona significativa 4:
9								9 Persona significativa 5:
10								10 Persona non grata 1:
11								11 Persona non grata 2:
12								12 Yo ideal:
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis
María Martina Casullo. 1999/2004.

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítemes que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
 - 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
 - 3) Sensitividad interpersonal (SI)
 - 4) Depresión (DEP)
 - 5) Ansiedad (ANS)
 - 6) Hostilidad (HOS)
 - 7) Ansiedad fóbica (FOB)
 - 8) Ideación paranoide (PAR)
 - 9) Psicoticismo (PSIC).
-
- 1) Índice global de severidad (IGS)
 - 2) Índice positivo de Malestar (PSDI)
 - 3) Total de síntomas positivos (TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítemes en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítemes que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intensidad que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítemes que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

- 19: Poco apetito
- 44: Problemas para dormir
- 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- 60: Comer en exceso
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.
- 89: Sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES.

1) Índice de Severidad Global: es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítemes adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)

2) Total de síntomas positivos (STP): se estima contando el total de ítemes que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Positivo (PSDI): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítemes por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

Evaluación e interpretación del inventario.

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

1) SOMATIZACIONES:

1..... 4..... 12..... 27..... 40..... 42..... 48..... 49..... 52..... 53..... 56..... 58..... Total (dividir):.....

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES:

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65..... Total (dividir):.....

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:

6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69..... 73..... Total (dividir):.....

4) DEPRESIÓN:

5..... 14..... 15..... 20..... 22..... 26..... 29..... 30..... 31..... 32..... 54..... 71..... 79..... Total (dividir):.....

5) ANSIEDAD :

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... Total (dividir):.....

6) HOSTILIDAD:

11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... Total (dividir):.....

7) ANSIEDAD FÓBICA:

13..... 25..... 47..... 50..... 75..... 82..... Total (dividir):.....

8) IDEACIÓN PARANOIDE:

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... Total (dividir):.....

9) PSICOTICISMO:

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... Total(dividir):.....

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (IGS): Total:.....

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS (SP) Total:.....

MALESTAR SINTOMATICO POSITIVO (PSDI) Total:.....

ITEMES ADICIONALES 19..... 44..... 59..... 60..... 64..... 66..... 89.....

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sinresponder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.
9. Tener dificultad para memorizar cosas.
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
12. Dolores en el pecho.
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.
14. Sentirme con muy pocas energías.
15. Pensar en quitarme la vida.
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.
17. Temblores en mi cuerpo.
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.
19. No tener ganas de comer.
20. Llorar por cualquier cosa.
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.
23. Asustarme de repente sin razón alguna.
24. Explotar y no poder controlarme.
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
27. Dolores en la espalda.
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
29. Sentirme solo/a.
30. Sentirme triste.
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
32. No tener interés por nada.
33. Tener miedos.
34. Sentirme herido en mis sentimientos.
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.
36. Sentir que no me comprenden.
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

- 40. Náuseas o dolor de estómago.
- 41. Sentirme inferior a los demás.
- 42. Calambres en manos, brazos o piernas.
- 43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
- 44. Tener problemas para dormirme.
- 45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.
- 46. Tener dificultades para tomar decisiones.
- 47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
- 48. Tener dificultades para respirar bien.
- 49. Ataques de frío o de calor.
- 50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
- 51. Sentir que mi mente queda en blanco.
- 52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
- 53. Tener un nudo en la garganta.
- 54. Perder las esperanzas en el futuro.
- 55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.
- 56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.
- 57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a
- 58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados
- 59. Pensar que me estoy por morir.
- 60. Comer demasiado.
- 61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.
- 62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.
- 63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.
- 64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.
- 65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.
- 66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.
- 67. Necesitar romper o destrozar cosas.
- 68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.
- 69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.
- 70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
- 71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

- 72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
- 73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
- 74. Meterme muy seguido en discusiones.
- 75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
- 76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
- 77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
- 78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
- 79. Sentirme un/a inútil.
- 80. Sentir que algo malo me va a pasar.
- 81. Gritar o tirar cosas.
- 82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
- 83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
- 84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
- 85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
- 86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
- 87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
- 88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
- 89. Sentirme culpable.
- 90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

VALORES PROMEDIOS Y DE DISPERSIÓN OBTENIDOS EN EL ESTUDIO PILOTO

Buenos Aires. 1998. SCL-R- 90 Edad promedio: 15 años.

CATEGORIAS DE SINTOMAS	MUJERES (N:313)		VARONES (N:275)	
	M	d.t.	M	d.t
Somatizaciones	0,92	0,69	0,47	0,47*
Obsesiones, compulsiones	1,28	0,78	0,98	0,70
Sens. Interpersonal	1,22	0,78	0,74	0,57*
Depresión	1,19	0,80	0,65	0,53*
Ansiedad	1,09	0,81	0,56	0,54*
Hostilidad	1,10	0,90	0,91	0,80
Ansiedad fóbica	0,52	0,60	0,27	0,44*
Ideaciones paranoides	1,07	0,89	0,75	0,71*
Psicoticismo	0,69	0,65	0,41	0,46*
I. Severidad Global	0,17	0,11	0,11	0,08*
Síntomas Positivos	43,23	18,8	30,53	16,6
P.S.T.	1,97	0,55	1,77	0,55

* Se han encontrado diferencias significativas según género $p < 0.01$

SCL-R- 90 Baremos Buenos Aires. 1998.

Adolescentes. N: 275. 13-17 años. VARONES.												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,94	5
50	0,47	0,98	0,75	0,65	0,55	0,90	0,27	0,75	0,40	0,10	1,77	30
65	1,15	2	1,60	1,40	1,35	2,10	0,95	1,85	1,10	0,23	2,60	55
80	1,83	3,02	2,45	2,15	2,15	3,30	1,63	2,95	2,80	0,36	3,43	80

Adolescentes N: 313 13-17 años MUJERES												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,40	0,16	0,10	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1,14	23
50	0,90	1,28	1,22	1,20	1,10	1,10	0,50	1,07	0,70	0,17	1,97	43
65	1,60	2,50	2,40	2,40	2,20	2,40	1,40	2,40	1,70	0,33	2,80	63
80	2,30	3,72	3,60	3,60	3,40	3,70	2,30	3,70	2,70	0,49	3,60	83

E. TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

E7
pág. 41

E1	Experimentó un período de excesivo consumo de alcohol. O tuvo problemas relacionados con el alcohol	? - +	E1
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> E17 pág. 43 </div>	

CRITERIOS PARA EL ABUSO DE ALCOHOL

A. Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:			
E2	(1) incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en los estudios o en casa <i>Notas:</i>	? - +	E2
E3	(2) consumo en situaciones en que resulta físicamente peligroso <i>Notas:</i>	? - +	E3
E4	(3) problemas legales repetidos relacionados con el alcohol <i>Notas:</i>	? - +	E4
E5	(4) consumo continuado de alcohol a pesar de tener problemas causados o exacerbados por los efectos del alcohol <i>Notas:</i>	? - +	E5
E6	AL MENOS UN ÍTEM DE ABUSO ES CODIFICADO «+»	? - + <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> E17 pág. 43 </div>	E6

Puntuaciones: ? = Información inadecuada; - = Ausente (o subumbral); + = Presente

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:			
E7	(3) a menudo se toma alcohol en cantidades mayores O durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía <i>Notas:</i>	? - +	E7
E8	(4) existe un deseo persistente O esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol <i>Notas:</i>	? - +	E8
E9	(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo de alcohol o en recuperarse de sus efectos <i>Notas:</i>	? - +	E9
E10	(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol <i>Notas:</i>	? - +	E10
E11	(7) consumo continuado a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes <i>Notas:</i>	? - +	E11
E12	(1) tolerancia <i>Notas:</i>	? - +	E12

Puntuaciones: ? = Información inadecuada; - = Ausente (o subumbral); + = Presente

E13	(2) abstinencia Notas:	? - +	E13
E14	COMO MÍNIMO TRES ÍTEMS DE DEPENDENCIA SON CODIFICADOS «+» Y OCURREN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 12 MESES	? - + E2, pág. 40 E16, más abajo	E14
E15	F10.2x Dependencia del alcohol Marcar aquí <input type="checkbox"/> si los criterios se han cumplido durante el último mes	+ ↓	E15
		Dependencia del alcohol	
		E17 pág. 43	
E16	F10.1 Abuso de alcohol Marcar aquí <input type="checkbox"/> si los criterios se han cumplido durante el último mes	+ ↓	E16
		Abuso de alcohol	
		E17 pág. 43	

Puntuaciones: ? = Información inadecuada; - = Ausente (o subumbral); + = Presente

TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS

E17 MARCAR CON UN CÍRCULO EL NOMBRE DE CADA DROGA O FÁRMACO CONSUMIDOS ALGUNA VEZ (O ESCRIBIR EL NOMBRE SI SE TRATA DE OTROS) **E17** ANOTAR EL PERÍODO DE CONSUMO MÁS INTENSO (EDAD O FECHA Y DURACIÓN) Y DESCRIBIR EL PATRÓN DE CONSUMO

<p><i>Sedantes-hipnóticos-ansiolíticos:</i> Tranxilium, Rohipnol, Valium, Trankimazin, Huberplex, barbitúricos, Dapaz, Orfidal, Dormodor, Halcion u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Cannabis:</i> marihuana, hachís, THC u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Estimulantes:</i> anfetaminas, speed, Rubifen, dexadrina, Katovit u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Opiáceos:</i> heroína, morfina, opio, metadona, Darvon, Deprancol, Buprex, codeína, Metasedin, inespecíficos u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Cocaína:</i> intranasal, intravenosa, «coca», «nieve», freebase, crack, speedball, inespecíficos u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Alucinógenos/fenciclidina:</i> LSD («ácido»), mesalina, peyote, psilocibes, hongos, fenciclidina (PCP o «polvo de ángel»), «tripis», Special K (ketamina), «éxtasis», MDMA u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Otros:</i> esteroides, «cola», pintura, inhalantes, óxido nitroso («gas de la risa»), amil o butil nitrato (poppers), pastillas para dormir o para adelgazar sin receta, desconocidos u otros:</p> <p>_____</p>	

CLASE DE DROGA MÁS CONSUMIDA/
QUE CAUSÓ MÁS PROBLEMAS: _____

E23
pág. 45

si «NINGUNO»
F1, pág. 47

CRITERIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:			
E18	(1) incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en los estudios o en casa <i>Notas:</i>	? - +	E18
E19	(2) consumo en situaciones en que es físicamente peligroso <i>Notas:</i>	? - +	E19
E20	(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia <i>Notas:</i>	? - +	E20
E21	(4) consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas causados o exacerbados por los efectos de la sustancia <i>Notas:</i>	? - +	E21
E22	AL MENOS UN ÍTEM DE ABUSO ES CODIFICADO «+»	? - + E17 pág. 43 F1 pág. 47 E32 pág. 46	E22

Puntuaciones: ? = Información inadecuada; - = Ausente (o subumbral); + = Presente

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS

<p>Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:</p>			
E23	<p>(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores O durante un período más largo de lo que se pretendía</p> <p><i>Notas:</i></p>	? - +	E23
E24	<p>(4) existe un deseo persistente O esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia</p> <p><i>Notas:</i></p>	? - +	E24
E25	<p>(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos</p> <p><i>Notas:</i></p>	? - +	E25
E26	<p>(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia</p> <p><i>Notas:</i></p>	? - +	E26
E27	<p>(7) consumo continuado de la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes</p> <p><i>Notas:</i></p>	? - +	E27

Puntuaciones: ? = Información inadecuada; - = Ausente (o subumbral); + = Presente

E28	(1) tolerancia Notas:	? - +	E28
E29	(2) abstinencia Notas:	? - +	E29
E30	COMO MÍNIMO TRES ÍTEMS DE DEPENDENCIA SON CODIFICADOS «+» Y SE HALLAN PRESENTES DURANTE UN MISMO PERÍODO DE 12 MESES	? - + E18, pág. 44 E32, más abajo	E30
E31	<p>Marcar:</p> <p>___ F16.2x Dependencia de alucinógenos</p> <p>___ F15.2x Dependencia de anfetaminas</p> <p>___ F12.2x Dependencia de <i>Cannabis</i></p> <p>___ F14.2x Dependencia de cocaína</p> <p>___ F19.2x Dependencia de fenciclidina</p> <p>___ F18.2x Dependencia de inhalantes</p> <p>___ F11.2x Dependencia de opiáceos</p> <p>___ F13.2x Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</p> <p>___ F19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)</p> <p>Marcar aquí ___ si se han cumplido los criterios durante el último mes</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Dependencia de sustancias</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">F1 pág. 47</p>	E31
E32	<p>Marcar:</p> <p>___ F16.1 Abuso de alucinógenos</p> <p>___ F15.1 Abuso de anfetaminas</p> <p>___ F12.1 Abuso de <i>Cannabis</i></p> <p>___ F14.1 Abuso de cocaína</p> <p>___ F19.1 Abuso de fenciclidina</p> <p>___ F18.1 Abuso de inhalantes</p> <p>___ F11.1 Abuso de opiáceos</p> <p>___ F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</p> <p>___ F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas)</p> <p>Marcar aquí ___ si se han cumplido los criterios durante el último mes.</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Abuso de sustancias</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">F1 pág. 47</p>	E32

Puntuaciones: ? = Información inadecuada; - = Ausente (o subumbral); + = Presente

ANEXO 6

Características de composición de los Perfiles de Construcción del Sí Mismo.

	Autoestima	Aislamiento Social Autopercebido	Adecuación Percibida en los Otros
Perfil de positividad	Correlación positiva	Correlación positiva	Correlación positiva
Perfil de superioridad	Correlación positiva	Correlación negativa	Correlación negativa
Perfil de negatividad	Correlación negativa	Correlación positiva	Correlación negativa
Perfil de aislamiento	Correlación negativa	Correlación negativa	Correlación positiva
Perfil de resentimiento	Correlación negativa	Correlación negativa	Correlación negativa

ANEXO 7

Características sociodemográficas de las muestras.

	Grupo con Dependencia	Grupo no clínico
Género	Masculino: 91.7%	Masculino: 75%
	Femenino: 8.3%	Femenino: 25%
Edad	Mínima: 18	Mínima: 18
	Máxima: 44	Máxima: 50
	Media: 30.58	Media: 30.17
Escolaridad	Sin estudios: 16.7%	Sin estudios: 0%
	Primaria: 0%	Primaria: 16.7%
	Secundaria: 33.3%	Secundaria: 8.3%
	Preparatoria: 33.3%	Preparatoria: 16.7%
	Universitarios: 16.7%	Universitarios: 58.3%
Estado Civil	Soltero: 33.3%	Soltero: 33.3%
	Unión Libre: 16.7%	Unión Libre: 0%
	Casado: 41.7%	Casado: 58.3%
	Divorciado: 8.3%	Divorciado: 8.3%
Ocupación	Empleado: 16.7%	Empleado: 41.7%
	Trabaja por cuenta propia: 41.7%	Trabaja por cuenta propia: 16.7%
	Labores del hogar: 8.3%	Labores del hogar: 8.3%
	Estudiante: 8.3%	Estudiante: 16.7%
	Desempleado: 16.7%	Desempleado: 16.7%