

tesis doctoral

IDENTIDAD Y PROCESOS DE CAMBIO EN EL TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN A LA COCAÍNA

*Por Mónica Portillo Santamaría
Director Dr. Alejandro Iborra Cuellar*



Universidad
de Alcalá

Departamento de Pedagogía 2012

A Javier, mi marido, con quien tengo la gran suerte de poder compartir prácticamente todo, y quien me anima cada día a poder seguir y mejorar en mi trayectoria tanto personal como profesional.

A Nicolás, mi hijo, que con su corta edad me ayuda a valorar qué cosas merecen realmente la pena, y a disfrutar cada momento que compartimos.

AGRADECIMIENTOS

Es difícil poder agradecer a tantas personas como me gustaría, gracias a las cuales este trabajo ha sido posible.

Empezaría por aquellas que me ayudaron a poder apreciar lo bonito y grato del trabajo en el campo de las toxicomanías, mis maestros y guías en este campo, el Dr. Del Río y la Dra. Balcells, esta última, mi gran maestra también en la Entrevista Motivacional, fundamental para poder trabajar y disfrutar en el trabajo con drogas, y central en el presente trabajo.

Después, siento gran agradecimiento a todos los pacientes que voluntariamente y con ganas, han dedicado varias horas de su tiempo para contestar los cuestionarios, y como no, el esfuerzo de hacer análisis de su situación tanto pasada como presente de consumo. También, cómo no, a los no pacientes.

A mi familia, que ha estado apoyándome todo este tiempo en el largo camino recorrido para finalizar esta etapa. A Javier, mi marido, el que más me ha ayudado siempre, tanto emocionalmente como de forma práctica apoyándome y ayudándome absolutamente en todo. A mi madre, padre y hermana que han tenido que tolerar mis ausencias por trabajo. A mi padre le habría encantado especialmente estar presente en este momento, pero no ha podido ser; aún así, sé que le encantará allá donde esté.

Y como no, a Nicolás, que tanto en el vientre materno como luego en presencia, ha permitido con su tranquilidad, paciencia y buen humor, que su madre terminase este trabajo.

A Rosana, compañera incondicional que me recuerda constantemente que soy capaz de hacerlo, puntal fundamental en mi labor como psicóloga en la Unidad de Conductas Adictivas.

A Alejandro, por su apoyo, dedicación y ayuda constante a pesar de las dificultades de la distancia. Parece increíble pero lo conseguimos.

A mis superiores, el Dr. Romeu y Dr. Palop por permitirme llevar a cabo el trabajo de recogida de muestra en la UCA.

A mis amigos que me han ido escuchando, apoyando y aconsejando, en estos años en la ardua labor de escribir.

A todos vosotros, muchas gracias.

Valencia, 1 de Diciembre de 2012

Un fabricante de zapatos envía a dos de sus representantes a una región africana para efectuar una prospección de mercado con miras a ampliar el negocio.

Uno de ellos manda un telegrama con el mensaje: "Inútil. Stop. Aquí todo el mundo anda descalzo".

El otro, triunfante, avisa de lo siguiente: "Oportunidad fantástica. Stop. Nadie tiene zapatos"

*Benjamín Zander, 2001

INDICE

I.	RESUMEN	17
II.	JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	21
1.	JUSTIFICACIÓN	23
III.	MARCO TEÓRICO	25
1.	INTRODUCCIÓN	27
2.	CONDUCTA ADICTIVA	31
2.1.	CONCEPTO DE CONDUCTA ADICTIVA	32
2.2.	EL PROCESO DE DEPENDENCIA DE UNA DROGA	33
2.3.	LOS PROCESOS DE TOLERANCIA, DEPENDENCIA Y ABSTINENCIA	34
2.4.	CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS	38
2.5.	EPIDEMIOLOGÍA. PREVALENCIA E INCIDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA	40
2.6.	MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN.....	44
2.7.	PROCESO DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON UN TRASTORNO DE ABUSO O DEPENDENCIA DE UNA DROGA; SERVICIOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES	45
3.	AUTOEFICACIA Y CONDUCTA ADICTIVA	51
3.1.	CONCEPTO DE AUTOEFICACIA	52
3.2.	FUENTES DE LAS CREENCIAS DE EFICACIA	56
3.3.	DIMENSIONES DE LA AUTOEFICACIA	60
3.4.	AUTOEFICACIA Y CONDUCTA ADICTIVA	62
3.5.	TIPOS DE AUTOEFICACIA EN LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA ADICTIVA.....	66
3.6.	AUTOEFICACIA PARA EL CAMBIO. IMPORTANCIA DE LA AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	68
4.	IDENTIDAD Y CONDUCTA ADICTIVA	75
4.1.	DESARROLLO DE LA IDENTIDAD A LO LARGO DEL CICLO VITAL	75
4.2.	ESTATUS DE IDENTIDAD	87
4.3.	EVOLUCIÓN DE LA IDENTIDAD A LO LARGO DE LA ADOLESCENCIA	95
4.4.	PROBLEMAS EN EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD	100
IV.	MARCO EXPERIMENTAL	107
1.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	109
2.	DISEÑO	113
3.	MUESTRA	115
4.	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y FIABILIDAD	119

5.	ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS	127
5.1	ANÁLISIS DE DATOS	127
5.2.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	127
5.3.	DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS	132
5.3.1.	Diferencias en función del Grupo de pertenencia (UCA/Control)	133
5.3.2.	Diferencias en función del Nivel de motivación hacia el cambio (Precontemplación-Contemplación-Acción-Mantenimiento)	136
5.4.	DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTADOS DE IDENTIDAD	150
5.4.1.	Distribución de los Estados de Identidad atendiendo al dominio y en función del Grupo de pertenencia	150
5.5.	Distribución de los estados de identidad atendiendo al dominio y en función del nivel de motivación hacia el cambio	172
5.6.	ANÁLISIS DISCRIMINANTE	176
5.6.1.	Análisis discriminante para el Grupo de pertenencia (UCA/Control)	177
5.6.2.	Análisis discriminante en función del Nivel de motivación al cambio	181
5.6.3.	Análisis discriminante en función del Nivel de motivación al cambio controlando el tiempo de abstinencia	183
6.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	187
6.1.	DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS	188
6.1.1.	Diferencias entre grupos en función del Grupo de pertenencia (UCA/Control)	188
6.1.2.	Diferencias entre grupos en función del Nivel de motivación hacia el cambio (Precontemplación-Contemplación-Acción-Mantenimiento)	200
6.2.	DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTADOS DE IDENTIDAD	211
6.2.1.	Distribución de los Estados de Identidad atendiendo al dominio y en función del Grupo de pertenencia	212
6.2.2.	Distribución de los Estados de Identidad atendiendo al dominio y en función del Nivel de motivación al cambio	220
6.3.	ANÁLISIS DISCRIMINANTE	221
6.3.1.	Análisis discriminante para el Grupo de pertenencia (UCA/Control)	221
6.3.2.	Análisis discriminante en función del Nivel de motivación al cambio	224
6.3.3.	Análisis discriminante en función del Nivel de motivación al cambio controlando el tiempo de abstinencia	225
7.	CONCLUSIONES	227
8.	FUTURAS INVESTIGACIONES	231
9.	IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	233
V.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	235
1.	BIBLIOGRAFIA	237
VI.	ANEXOS	255

ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN	257
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	258
ANEXO 3. CUESTIONARIOS	259

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Modelo Transteórico del Cambio	70
Tabla 2 Estadios de desarrollo y sus crisis psicosociales	78
Tabla 3 Estadios de desarrollo y Fuerzas del Ego	82
Tabla 4 Estatus de identidad en función de las dimensiones de exploración y compromiso	91
Tabla 5 Tipos de formación de la identidad propuestos por Marcia	95
Tabla 6 Posibles trayectorias evolutivas a partir de transiciones entre estatus.....	97
Tabla 7 Distribución por sexo de la muestra.....	128
Tabla 8 Tabla de contingencia Grupo * grupos de edad	129
Tabla 9 Tabla de contingencia grupo * N. estudios	130
Tabla 10 Tabla de contingencia Grupo * Situación laboral.....	131
Tabla 11 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las variables dependientes que reportaron diferencias estadísticamente significativas, en función de la variable Grupo.....	134
Tabla 12 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las variables dependientes que reportaron diferencias estadísticamente significativas, en función de la variable Grupo, eliminando el efecto de las variables Sexo y Nivel de estudios	135
Tabla 13 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las variables dependientes que reportaron diferencias estadísticamente significativas en función del Nivel de motivación de los sujetos, pertenecientes a la UCA.....	138
Tabla 14 Estatus Ocupacional por Grupo.....	151
Tabla 15 Covarianza Estatus Ocupacional total	152
Tabla 16 Estatus Ideológico por Grupo	155
Tabla 17 Covarianza Estatus Ideológico total.....	157
Tabla 18 Estatus Relacional por Grupo.....	166
Tabla 19 Covarianza Estatus Relacional total	168
Tabla 20 Estatus Ocupacional- Nivel de motivación al cambio.....	173
Tabla 21 Resultados del análisis discriminante de las variables en el análisis.....	178

Tabla 22	Correlación canónica asociada a la función discriminante de la variable tipo de Grupo	179
Tabla 23	Sujetos clasificados correctamente en función de la variable Grupo de pertenencia	179
Tabla 24	Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas	180
Tabla 25:	Coefficientes canónicos de las funciones discriminantes.....	180
Tabla 26	Resultados del análisis discriminante de las variables en el análisis.....	181
Tabla 27	Correlación canónica asociada a la función discriminante de la variable Nivel de motivación al cambio	181
Tabla 28	Sujetos clasificados correctamente en función de la variable Nivel de motivación hacia el cambio	182
Tabla 29	Coefficientes canónicos de las funciones discriminantes.....	182
Tabla 30	Funciones en los centroides de los grupos.....	183
Tabla 31	Resultados del análisis discriminante de las variables en el análisis.....	184
Tabla 32	Correlación canónica asociada a la función discriminante de la variable Nivel de motivación al cambio	184
Tabla 33	Sujetos clasificados correctamente en función de la variable Nivel de motivación al cambio	185
Tabla 34	Coefficientes canónicos de las funciones discriminantes.....	186
Tabla 35	Funciones en los centroides de los grupos.....	186
Tabla 36	Distribución Estatus Ocupacional total por grupo	214

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución por sexo de la muestra.....	128
Gráfico 2: Distribución por grupos de edad de la muestra.....	129
Gráfico 3 Distribución por Nivel de estudios de la muestra.....	130
Gráfico 4 Distribución por situación laboral de la muestra	131
Gráfico 5 Distribución Nivel de motivación-Compromiso Ideológico	138
Gráfico 6 Distribución Nivel de motivación-Dominio del Ambiente.....	139
Gráfico 7 Distribución Nivel de motivación-Esperanza	140
Gráfico 8 Distribución Nivel de motivación-Voluntad.....	140
Gráfico 9 Distribución Nivel de motivación-Competencia	141
Gráfico 10 Distribución Nivel de motivación-Tiempo de Tratamiento.....	142
Gráfico 11 Distribución Nivel de motivación-Meses de Abstinencia actualmente	143
Gráfico 12 Distribución Nivel de motivación-Deseo de abandono	143
Gráfico 13 Distribución Nivel de motivación-Satisfacción.....	144
Gráfico 14 Distribución Nivel de motivación-Ganas de consumo.....	144
Gráfico 15 Distribución Nivel de motivación-Emociones Placenteras.....	145
Gráfico 16 Distribución Nivel de motivación-Tentación de consumo	146
Gráfico 17 Distribución Nivel de motivación-Emoción displacentera	146
Gráfico 18 Distribución Nivel de motivación-Conflicto con otros	147
Gráfico 19 Distribución Nivel de motivación-Presión social hacia el consumo	147
Gráfico 20 Estatus Ocupacional por Grupo.....	152
Gráfico 21 Estatus Ocupacional total-Propósito.....	153
Gráfico 22 Estatus Ocupacional total-Voluntad.....	154
Gráfico 23 Estatus Ideológico por Grupo	156
Gráfico 24 Estatus Ideológico total-Dominio del Ambiente.....	158

Gráfico 25 Estatus Ideológico total–Relación positiva con otros.....	159
Gráfico 26 Estatus Ideológico total–Autonomía.....	160
Gráfico 27 Estatus Ideológico total–Autoaceptación.....	161
Gráfico 28 Estatus Ideológico total–Amor.....	162
Gráfico 29 Estatus Ideológico total–Sabiduría.....	162
Gráfico 30 Estatus Ideológico total–Propósito.....	163
Gráfico 31 Estatus Ideológico total–Competencia.....	163
Gráfico 32 : Estatus Ideológico total–Esperanza.....	164
Gráfico 33 Estatus Ideológico total–Voluntad.....	165
Gráfico 34 Estatus Ideológico total–Fidelidad.....	165
Gráfico 35 Estatus Relacional por Grupo.....	167
Gráfico 36 Estatus Relacional total–Relaciones positivas con otros.....	169
Gráfico 37 Estatus Relacional total–Autoaceptación.....	169
Gráfico 38 Estatus Relacional total–Estancamiento.....	170
Gráfico 39 Estatus Relacional total–Esperanza.....	171
Gráfico 40: Estatus Relacional total–Voluntad.....	171
Gráfico 41: Estatus Relacional total–Cuidado.....	172
Gráfico 42 Estatus Ocupacional-Nivel de motivación al cambio.....	174
Gráfico 43 Estatus Relacional-Estadios de cambio.....	175
Gráfico 44 Estatus Ideológico-Estadios de cambio.....	176
Gráfico 45 Dominio del ambiente-Nivel de motivación al cambio.....	205

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN	257
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	258
ANEXO 3. CUESTIONARIOS.....	259
A. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO	259
B. CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD-20)	264
C. CUESTIONARIO DE ESTADIOS DE CAMBIOS (SOCRATES 7D) COCAÍNA.	265
D. CUESTIONARIO DE AUTOCONFIANZA DE CONSUMO DE DROGAS (CACD)	267
E. CUESTIONARIO DE EXPLORACIÓN Y COMPROMISO DE IDENTIDAD.....	269
F. PSYCHOSOCIAL INVENTORY OF EGO STRENGTHS (PIES)	272
G. EBR- ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO (Ryff, Ryff, 1989).....	278
H. LISTADO DE CONDUCTAS GENERATIVAS (GBC, MCADAMS, 1997; ADAPTACIÓN DE AMER Y ZACARÉS, 1999)	280

I. RESUMEN

El presente trabajo pretende estudiar dos variables como fundamentales en el proceso de tratamiento y cambio en personas dependientes de una droga, en concreto la cocaína, para lograr de una manera más eficaz la abstinencia mantenida en el tiempo y un mejor desarrollo a nivel personal. Estas variables son la autoeficacia, entendida como la creencia en las capacidades de uno mismo para la consecución de objetivos determinados, y la identidad, entendida como el sentimiento de integración de uno mismo y de continuidad a lo largo del tiempo y de la propia historia.

Las personas dependientes de drogas presentan en muchas ocasiones poca autoeficacia respecto a los cambios que implica el abandonar el consumo, y por otra parte, ese abandono implica también una modificación de las bases de la identidad, permitiendo el desarrollo de capacidades que han estado bloqueadas por el consumo continuado.

Se pretende aportar información útil en primer lugar, en cuanto a un mejor entendimiento en la evolución durante los tratamientos, y en segundo lugar para poder mejorar éstos. Entendemos que incluir estas dos variables como específicas en el trabajo terapéutico, podrían disminuir el número de abandonos del proceso y aumentar el número de éxitos en cuanto a consecución de abstinencia mantenida en el tiempo.

II. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1. JUSTIFICACIÓN

Son muchas las personas que a lo largo de las semanas pasan por una Unidad de Conductas Adictivas (UCA) para realizar una primera visita con el objetivo de hacer una valoración e iniciar el tratamiento de desintoxicación o deshabituación de una droga.

De estas personas hay un porcentaje que cuando acude por primera vez no se plantea realmente dejar el consumo, bien por falta de motivación o bien por poca creencia en su propia capacidad para llevarlo a cabo. Acuden, por otro tipo de motivos (presión familiar, problemas con la justicia, conseguir un consumo controlado, etc.).

La no creencia en la propia eficacia y capacidad para realizar el proceso de desintoxicación y deshabituación, hace que el sentimiento de ambivalencia respecto a la abstinencia sea mayor y mientras no disminuya esta ambivalencia no podrán evolucionar en el proceso hacia etapas de mayor compromiso con el no consumo.

Se observa que una parte de los usuarios recurren al tratamiento farmacológico como un apoyo a esta carencia de autoeficacia, otros al soporte de la familia y amigos, y otra parte incluso decide de entrada ingresar en un centro hospitalario o residencial sin intentar siquiera el tratamiento ambulatorio.

Todo son apoyos y como tales hay que utilizarlos pero no son la base del tratamiento, son ayudas; mientras el propio usuario no vaya desarrollando sus propias estrategias y crea más en su propia capacidad seguirá siendo altamente vulnerable a las recaídas, que en caso de personas con poca autoeficacia le merman todavía más.

Por otro lado, es interesante observar como el consumo de drogas durante más o menos tiempo, influye en el proceso de desarrollo de la identidad como persona, limitándolo, dificultándolo, enlenteciéndolo o impidiendo una mejor evolución y desarrollo a este nivel.

Pensamos que a su vez, un desarrollo más o menos empobrecido, más o menos evolucionado a nivel de identidad, influirá en el proceso de autoeficacia en el momento de dejar el consumo de diferente manera, ya que la autoeficacia para dejar el consumo depende de la autoeficacia que un individuo siente para otro tipo de acciones con las que tenga aspectos en común.

En estas decisiones, los procesos de Exploración, Logro, Compromiso y Cerrazón en el desarrollo de las personas juegan un papel fundamental, al igual que el estadio de desarrollo del yo en el que se encuentra el individuo en cuestión y las fases del ego desarrolladas.

Es por todo ello que nos planteamos estudiar la relación e influencia mutua entre ambas variables, la autoeficacia y la identidad, así como su evolución a lo largo del proceso de deshabituación de la cocaína.

Hemos elegido únicamente la cocaína como sustancia a estudiar, ya que consideramos que el proceso de tratamiento y deshabituación es diferente en distintas sustancias; por tanto, los procesos implicados en ellos también, así como los centrales de este estudio, la autoeficacia y la identidad.

III. MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

El problema del consumo de drogas sigue siendo una preocupación actual tanto para las autoridades sanitarias, como para los políticos y población general.

A pesar de los esfuerzos realizados a nivel de prevención y de información general sobre las consecuencias del consumo en diferentes ámbitos (población general, jóvenes, población de estudiantes, espacios sanitarios, etc.), seguimos observando un importante número de personas que se inician y mantienen en el consumo tanto de drogas legales como ilegales, siendo las primeras las que mayor prevalencia presentan, y las de inicio más temprano en su consumo (Observatorio Español sobre Drogas, 2011).

A lo largo de los años, se han observado cambios en el patrón de consumo, habiéndose desarrollado por ejemplo un patrón abusivo de fin de semana del consumo de alcohol por parte de los jóvenes, y un descenso en el consumo de cannabis y de tabaco desde el 2004 hasta el día de hoy también en esta parte de la población con mayor percepción de riesgo. Sin embargo, quien consume de forma habitual, consume más.

Por otro lado, observamos que el número de consumidores que deciden dejar de consumir una droga ha ido aumentando en los últimos años siendo la demanda mayor en casos de consumo de alcohol y cocaína en adultos, y cannabis en jóvenes (Observatorio Español sobre Drogas, 2011).

Encontramos en la literatura diversas explicaciones de estos hechos tanto para el aumento de la cantidad consumida por parte de los consumidores de menor edad (mayor disponibilidad, precio más asequible de algunas sustancias, sociedad más independiente, entre otras) como para el aumento de personas que inician un proceso de tratamiento (mayor disponibilidad de tratamientos y recursos, intervenciones más eficaces en cuanto a crear una buena adherencia terapéutica, mayor atención por parte de los padres de consumidores menores de edad, mayor detección precoz del consumo, penas alternativas a prisión, entre otras).

Como es sabido, la comunidad científica considera actualmente que el origen de los trastornos adictivos parte de una interacción entre múltiples variables de tipo biológico, psicológico y social, por lo que los procesos de tratamiento han de intervenir a diferentes niveles.

Dejar de consumir una droga cuando hay una dependencia requiere de mucho esfuerzo, pero sobre todo, requiere conseguir tener claro el querer dejar el consumo y desarrollar los recursos y las habilidades necesarios para ello.

Desde una perspectiva motivacional, el trabajo terapéutico se basa en la evolución por parte del paciente con ayuda del terapeuta, por una serie de fases o estadios a través de los cuales va aumentando a la vez que el compromiso con la abstinencia, la confianza en poder mantenerla, la motivación por el nuevo estado, y el desarrollo de estrategias para ello.

Cuando los usuarios consumidores de tóxicos acuden a un centro o una consulta privada para iniciar un tratamiento, cuando dan este primer paso, ya sea por voluntad propia, por presión familiar o problemas físicos, se enfrentan a un proceso de duración variable en el que han de realizar muchos cambios a varios niveles y en el que han de ir adquiriendo compromisos con nuevos modos de funcionamiento e ir dejando compromisos pasados con el consumo. En este sentido es necesario realizar un trabajo a nivel personal y de identidad personal.

El nivel de desarrollo psicosocial según los estadios propuestos por Erikson (2000) es diferente en cada individuo y pensamos que uno de los factores centrales que van a influir tanto en la gravedad del consumo como en las expectativas de éxito del tratamiento. Las personas que comenzaron a consumir en edades más tempranas y han consumido mayor cantidad y variedad de drogas, en general estarán situadas en un estadio psicosocial inferior.

Por otro lado, cuando una persona se enfrenta a un posible cambio, sea del tipo que sea, más o menos complejo, más o menos grande, más o menos importante, uno de los factores con mayor influencia en el hecho de que llegue a iniciar ese cambio o no, es el sentimiento de autoeficacia que el individuo siente respecto a ello.

La autoeficacia es el sentimiento de capacidad que la persona siente ante el afrontamiento de una situación más o menos compleja (Bandura, 1986). También es definida como la capacidad o convicción personal que tiene el sujeto de poder ejecutar exitosamente la conducta requerida para actuar o producir un resultado en una situación, actividad o dominio (Bandura, 1997). El sentir que se es capaz de afrontar dicha situación, aumenta la probabilidad de que la persona decida involucrarse en ella.

Cuando hablamos de iniciar un proceso de cambio en el campo de las adicciones, el nivel de autoeficacia que la persona siente para dejar el consumo, es fundamental tanto a la hora de tomar la decisión de dejar de consumir, como en el mantenimiento de la abstinencia a corto y largo plazo.

Junto al desarrollo de la autoeficacia, el individuo ha de ir aumentando en primer lugar y manteniendo posteriormente, la motivación hacia el nuevo estado o situación y la evolución en el desarrollo psicosocial. Como se ha dicho anteriormente, dejar de consumir supone evolucionar y cambiar a diferentes niveles.

Pensamos que la persona que ha desarrollado un abuso o dependencia de una sustancia, ha evolucionado a nivel de identidad de una forma diferente a como lo haya podido hacer un no consumidor o un consumidor experimental.

El concepto de logro de identidad, tal y como lo entiende Erikson, significa resolver la cuestión de ¿quién soy yo? (Erikson, 1971), y permite lograr un sentimiento de continuidad e integridad en la historia personal y con la sociedad en la que vive la persona.

En general, una persona dependiente de una droga de años de evolución ha dedicado mucho tiempo y esfuerzo a esta conducta, dejando de lado, por lo menos parcialmente, otras cuestiones (familia, estudios, evolución laboral, etc.) que influyen en la evolución de los diferentes estatus de identidad del desarrollo.

La presente investigación pretende profundizar en el estudio y la comprensión de la influencia del concepto de autoeficacia y el desarrollo de los estatus de identidad en el proceso de desintoxicación y deshabituación de una droga cuando una persona es dependiente de ella, de forma que podamos integrarla como una variable importante más a tener en cuenta en el tratamiento de las adicciones y su problemática, facilitando y mejorando así dicho proceso perfeccionando los trabajos de intervención terapéutica en esta línea.

En este sentido queremos analizar la diferencia en autoeficacia que sienten los usuarios que acuden a una unidad de conductas adictivas y el nivel de desarrollo de la identidad cuando deciden dejar el consumo de una droga en función de diferentes variables como el tiempo que llevan consumiendo, la edad de inicio del consumo, el estadio de cambio en el que se encuentran, el estadio de desarrollo, los niveles de exploración y compromiso conseguidos, entre otras.

Trabajaremos con personas que tienen una dependencia instaurada a cocaína según criterios clínicos del DSM IV-R.

Este estudio está formado en cuatro bloques. En el primero se desarrolla el marco teórico sobre el que se basa la presente investigación. Dentro de este bloque, en primer lugar se estudia el concepto de droga y el consumo de éstas, su epidemiología y las diversas formas de tratamiento; en segundo lugar se trabaja sobre el concepto de autoeficacia y su relación con el consumo, dependencia y abstinencia de drogas; en último lugar se estudia el concepto de identidad, su desarrollo a lo largo del ciclo vital y su relación con el consumo de drogas.

El segundo bloque está formado por la parte empírica del estudio y en él se describe el marco experimental y los resultados de la investigación.

El tercer bloque se compone de la discusión de los resultados y las conclusiones obtenidas, líneas futuras de investigación e implicaciones para la práctica clínica.

El cuarto y último bloque incluye las referencias bibliográficas, y la batería de cuestionarios utilizados para la recogida de datos.

2. CONDUCTA ADICTIVA

Consideramos importante incluir en el presente trabajo una parte específica sobre la conducta adictiva o drogodependencia y es por ello que en este capítulo describiremos qué es una conducta adictiva y cuáles son sus diferentes niveles de gravedad, así como los criterios acordados a nivel mundial para realizar el diagnóstico clínico. Realizaremos un repaso por diferentes clasificaciones de las drogas y por la epidemiología en España del consumo de las principales sustancias utilizadas en la actualidad.

Por último, describiremos brevemente el proceso de tratamiento en la dependencia de drogas a nivel ambulatorio, hospitalario y de comunidad terapéutica.

2.1. CONCEPTO DE CONDUCTA ADICTIVA

Cuando hablamos de conducta adictiva hacia una sustancia, hacemos referencia a una conducta irreprimible hacia el consumo de una droga buscando con esa conducta un cambio en el propio estado físico, conductual y emocional de tal forma que obtiene un reforzamiento inmediato por el consumo o por la realización de esa conducta (Pormeleau, 1987).

Para otros autores, la conducta adictiva es un patrón comportamental complejo que implica niveles biológicos, psicológicos, sociológicos y conductuales que queda determinada por la implicación patológica del sujeto como consecuencia de una compulsión subjetiva a continuar realizándola, lo que conlleva una pérdida de habilidad para ejercer control sobre ella (Echeburúa, 1999).

Esta conducta implica un patrón repetitivo de hábitos que aumentan el riesgo de enfermedad y/o de problemas personales y sociales asociados (Marlatt, Baer, Donovan y Kivlahan, 1988).

Podemos encontrar multitud de definiciones de lo que es una droga. Si acudimos al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, encontramos siete definiciones de la palabra siendo la segunda la que más se adecúa al uso que se suele hacer del término: “*sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno*”. La definición también diferencia entre lo que es una droga blanda, “*la que no es adictiva o lo es en bajo grado*” y una droga dura, “*la que es fuertemente adictiva*” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua, 2012).

También podemos definir una droga como una sustancia farmacológica que actúa sobre el Sistema nervioso central y que una vez introducida en el organismo puede llegar a producir alteraciones de la percepción y emoción.

Otra definición dada por Romero Mendoza en el Tratado SET de Trastornos Adictivos (2006) hace referencia a que *son aquellas sustancias externas al cuerpo que tienen la capacidad de influir en el comportamiento mediante la alteración de los sentimientos, el estado de ánimo, la percepción u otros estados mentales y cuya definición compartida por un grupo particular incluye la creencia en su habilidad de alterar las funciones normales del cuerpo, en ciertos contextos y situaciones determinadas* (Mendoza, p. 253).

La existencia de noticias escritas sobre el uso de las drogas se remonta según refiere Escohotado (1994) al tercer milenio a.C. con las plantaciones de adormidera probablemente más antiguas del planeta, observándose en tablillas sumerias de esa época mediante una palabra que significa también “gozar”.

Anteriormente se pueden observar referencias a otras drogas como el cáñamo mediante el dibujo de incienso o pipas.

Desde las primeras referencias de la existencia de sustancias llamadas drogas, hasta la actualidad, muchos y variados han sido los usos de éstas pudiéndose referir la existencia de multitud de ellas actualmente y un uso muy variado por parte de quien las utiliza, sin embargo, no es hasta el siglo pasado que su consumo llega a percibirse como un verdadero problema para las sociedades occidentales (Lorenzo y cols. 2003).

2.2. EL PROCESO DE DEPENDENCIA DE UNA DROGA

El hecho de que una persona consuma una droga, incluso la presencia de un hábito instaurado, no equivale a que haya una adicción. Cuando hablamos de adicción, no hablamos de una inclinación hacia el consumo o de un consumo con intención de experimentar, nos referimos a un problema que implica dos aspectos esenciales según Cortés y Mayor (2002):

- La anulación o restricción importante de la libertad interior para decidir.
- Una alteración nociva en las condiciones de vida para el sujeto consumidor o para quienes le rodean, a nivel de salud física y psicológica que interfieren en el funcionamiento normal del individuo en la vida diaria.

Desde el momento en el que una persona prueba una droga, hasta el momento en el que se puede decir que hay una dependencia, o drogodependencia, pasa por una serie de fases, que dependiendo de múltiples factores (personales, interpersonales, ambientales, efectos de la sustancia), pueden evolucionar a una mayor gravedad del consumo o no; es por tanto que podemos hablar de un proceso adictivo en el que se interrelacionan de forma compleja un individuo, una sustancia y contexto sociocultural, y en función de la interrelación que se establezca se desarrollará una evolución u otra de la conducta adictiva (Romaní, 1997).

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Graña, 1996) define:

- Uso: utilización o consumo sin que se produzcan efectos físicos, psíquicos y sociales. Este término se refiere a consumos aislados, ocasionales o episódicos.
- Hábito: consumo más habitual de una sustancia por haberse producido la adaptación a sus efectos. Puede aparecer el “deseo” de consumir pero no de manera urgente, por lo que no se detectan alteraciones conductuales relacionadas con la droga.

En esta fase aparece cierta dependencia psíquica respecto a los efectos de la sustancia, pero no hay dependencia física.

- Abuso: el abuso para la OMS implica cuatro criterios graduales diferentes:
 - Uso no aprobado por los demás.
 - Uso peligroso para la salud o estado físico y/o social de la persona.
 - Uso dañino para la salud y/o situación social.
 - Uso que comporta una disfunción a nivel cognitivo, físico, conductual o social.
- Dependencia: fase posterior a la del abuso, fruto del consumo regular y excesivo de la sustancia adictiva. Se cree que la dependencia pasa después de un período sostenido de episodios relacionados con el abuso de drogas. Es el escalón más alto en cuanto a la gravedad del consumo, en el que aparecen los síntomas de abstinencia.

La conducta adictiva está motivada por expectativas de gratificación inmediata, siendo una conducta de tipo apetitivo que implica la satisfacción de un deseo o necesidad. Conforme aumenta el consumo, el sujeto siente que se va desarrollando una experiencia de disminución o pérdida de control personal (Cortés y Mayor, 2002).

La enfermedad adictiva puede tener su inicio en cualquier etapa de la vida y debutar con cualquier sustancia, con juego patológico, o incluso con una adicción al trabajo. Posteriormente se pueden ir añadiendo otras conductas adictivas químicas o comportamentales con un agravamiento progresivo de la enfermedad y un ensombrecimiento de su pronóstico, a menos que su evolución se detenga, bien sea mediante un tratamiento especializado, o bien por los propios medios de la persona afectada, sin embargo suele persistir una tendencia a sustituir unas conductas adictivas por otras y también hacia la recidiva (Guardia, Surkov y Cardús, 2010).

2.3. LOS PROCESOS DE TOLERANCIA, DEPENDENCIA Y ABSTINENCIA

Conforme la persona va evolucionando en el consumo y va pasando desde la fase del uso a la del abuso y dependencia, se desarrollan procesos de tolerancia, dependencia física y/o psicológica y síndrome de abstinencia.

La tolerancia es el resultado del consumo regular de una sustancia y de la habituación posterior del organismo a ésta, por lo que llegado este punto el individuo necesita un aumento en las dosis para obtener los efectos iniciales ya que el organismo ha ido desarrollando mecanismos cada vez más poderosos para destruirla o eliminarla. La aparición de este fenómeno depende de la naturaleza de la droga, la vía de administración y de las características individuales del consumo.

Hay tres tipos de tolerancia:

- Tolerancia inicial o congénita: Capacidad del organismo para asimilar una sustancia sin padecer trastornos, en función de las características individuales.
- Tolerancia aumentada o adquirida. Necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto. Si el individuo mantiene estable la dosis, cada vez el efecto conseguido es menor.
- Tolerancia cruzada. El hecho de desarrollar tolerancia a una sustancia concreta, puede hacer que se desarrolle tolerancia a otra sustancia del mismo tipo aunque no se haya tomado nunca.

La dependencia es el impulso irreprimible hacia el consumo de la sustancia de la que se depende. Podemos hablar de una dependencia física y otra psíquica. Hay sustancias que provocan el desarrollo de las dos, pero otras sólo producen dependencia psíquica.

- Dependencia física. Alteraciones físicas que aparecen cuando se interrumpe el consumo de la sustancia.
- Dependencia psíquica: Sentimiento de necesidad de seguir consumiendo una determinada sustancia.

La dependencia psíquica viene determinada por un Síndrome de Querencia formado por un conjunto de manifestaciones conductuales, cognitivas y emocionales que determinan el deseo aparentemente irresistible e incontrolable de consumir.

El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas y signos psíquicos y físicos que aparecen cuando se interrumpe el consumo de la droga una vez se ha instaurado la dependencia (Martínez y cols. 2009).

Hay cuatro tipos de síndrome de abstinencia:

- Agudo: Signos y síntomas que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de la sustancia.
- Tardío: Alteraciones del Sistema Nervioso Vegetativo y de las funciones básicas que persisten durante largo tiempo después de conseguir la abstinencia.

- Condicionado. Reexperimentación de los síntomas del síndrome de abstinencia agudo, tras un periodo más o menos largo de abstinencia, cuando el individuo se expone a estímulos ambientales que formaban parte de su hábito de consumo.
- Precipitado. Síndrome de abstinencia provocado por la ingesta de antagonistas.

Respecto a las clasificaciones internacionales de los trastornos adictivos, los dos sistemas actualmente utilizados son el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatry Association en su cuarta versión revisada -DSM IV-R (First et al., 2002), y la Clasificación internacional de los trastornos mentales según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su versión número 10-CIE 10 (1992).

En el sistema DSM se ha observado una evolución desde las primeras ediciones, en las que los trastornos adictivos estaban incluidos dentro de los trastornos de la personalidad, pasando a ser una categoría clínica por ellos mismos posteriormente.

El DSM-IV-TR (2002) incluye criterios para el diagnóstico de la adicción, el abuso, la intoxicación y el síndrome de abstinencia, así como de los trastornos inducidos por el uso de las sustancias psicoactivas, quedando los criterios para la dependencia de sustancias como sigue:

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.

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

- a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la 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 de abstinencia.

- 3- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período 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, en el consumo de la sustancia 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.

La CIE-10 utiliza el concepto de “consumo perjudicial” en lugar de “abuso”, y lo define como la forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental”, y en el concepto de “dependencia” introduce los siguientes criterios:

- 1- Deseo intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
- 2- Dificultades para controlar el consumo de la sustancia, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
- 3- Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia.
- 4- Presencia de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originariamente por dosis menores.
- 5- Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión.
- 6- Persistencia en el consumo, a pesar de la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias manifiestamente perjudiciales.

2.4. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Existen numerosos criterios de clasificación de las sustancias, y por lo tanto también diferentes clasificaciones.

Centrándonos en el interés histórico, Louis Lewin, en su libro “Phantastica” (1928) hace una clasificación de los “modificadores del nivel Psíquico”:

Euphorica: Son los “calmantes de la actividad psíquica”. Euforia en griego significa bienestar.

El individuo consigue un estado agradable de bienestar psíquico y físico con liberación de los estados afectivos. Está incluidos el opio y sus derivados.

Phantastica: Son agentes alucinógenos, de origen vegetal. Pertenecen a este grupo el peyote, el cáñamo indio, las plantas con atropina, etc. Provocan una excitación cerebral que se manifiesta también con deformación de las sensaciones, de alucinaciones, de ilusiones y visiones.

Inebrantia: Son sustancias embriagantes. Se produce por síntesis química (alcohol, cloroformo, éter y bencinas).

Hipnótica: Agentes del sueño (cloral y veronal).

Excitantia: Estimulantes psíquicos. Son sustancias de origen vegetal como las xantinas que producen un estado de estimulación cerebral sin alteración de la conciencia (caféina, tabaco, betel).

Laporte, en su libro “Las drogas” (1972) realizó una clasificación de las drogas por el efecto principal que sobre el Sistema Nervioso Central y el comportamiento producía.

Estimulantes del Sistema nervioso central o psicoanalépticos: sustancias que activan o estimulan el funcionamiento del Sistema nervioso central. Aumentan la actividad neural y estimulan las funciones corporales. Suelen aumentar el nivel de atención y vigilia pudiendo producir una sensación subjetiva de mayor rendimiento físico y mental. A mayor dosis mayor estimulación. Como ejemplo de este grupo son las anfetaminas, las xantinas, la cocaína, coca, nicotina.

Depresores del Sistema nervioso central o psicolépticos: sustancias que bloquean o disminuyen el las funciones del Sistema nervioso central. Tienden a reducir la activación o nivel de arousal produciendo relajación, sedación y sensación de bien estar. En este grupo encontramos el alcohol, los opiáceos y sus derivados (metadona, morfina, propoxifeno, buprenorfina, pentazocina), ansiolíticos e hipnóticos.

Psicotomiméticos o psicodislépticos: sustancias que pueden modificar la actividad psíquica y producir distorsiones perceptivas, ilusiones y alucinaciones de intensidad variable. Producen una sensación subjetiva de bienestar, euforia y relajación junto con dificultades para fijar la atención, problemas de concentración, memoria y razonamiento y disminución de los reflejos. Representantes de este grupo son el LSD, derivados del cáñamo (tetrahidrocannabinol, aceite de hachís, marihuana), anfetaminas alucinógenas (dimetilriptamina y éxtasis), peyote y disolventes volátiles.

Soler Insa (1981) añade que una misma droga puede producir diferentes efectos según la situación o el contexto de su uso, la dosis consumida, las características del sujeto que la consume o la vía y forma de su consumo.

Ninguna droga produce un único efecto sobre el comportamiento. El alcohol por ejemplo, en poca cantidad puede ser estimulante, pero es una sustancia depresora.

La OMS realizó una clasificación en función de la peligrosidad de las sustancias (Kramer y Cameron, 1975) basada en:

- a. La intensidad de la dependencia física y psíquica
- b. La rapidez con la que se establece la dependencia
- c. La toxicidad o capacidad que tiene la droga de causar daños al organismo

Según los criterios anteriores construyen cuatro grupos de sustancias de mayor a menor grado de peligrosidad:

Grupo I: Opio y derivados

Grupo II: Barbitúricos y alcohol

Grupo III: Coca y derivados, anfetaminas y derivados

Grupo IV: Cannabis y derivados, LSD y mescalina

Si esta clasificación se hiciera en la actualidad se incluirían el tabaco y las sustancias volátiles.

Serían por lo tanto más peligrosas las sustancias que creen dependencia física, que lo hagan con mayor rapidez y que posean mayor toxicidad (Grupo I).

Serían menos peligrosas las sustancias que creen solamente dependencia psicológica, que lo hagan con menor rapidez y posean menos toxicidad (Grupo IV).

Otra clasificación sería la que realiza la sociedad en cuanto a la peligrosidad que atribuye al consumo de las sustancias adictivas, sería la clasificación sociológica de las drogas.

Dentro de nuestro marco cultural, Comas (1985) propuso una clasificación que diferenciaba las drogas en legales e ilegales.

Drogas legales (institucionalizadas): Sustancias aceptadas por la tradición de formar parte de nuestra cultura. No se las considera peligrosas, el consumo no está penalizado e incluso se fomenta con la publicidad. En este grupo estaría el alcohol, el tabaco y los fármacos.

Drogas legales (con posible uso ilegal): Sustancias que utilizadas de manera correcta pueden ser consideradas beneficiosas, pero que utilizadas con fines desviados del consumo habitual pueden desarrollar una dependencia. Sería el caso de algunos fármacos (tranquilizantes, barbitúricos, anfetaminas, etc.) y la inhalación de disolventes volátiles.

Drogas ilegales (no institucionalizadas): Sustancias que no tienen el soporte de la tradición; no son aceptadas por la sociedad de la misma manera como las legales. Se incluyen la cocaína, los derivados del cannabis, alucinógenos, el opio y sus derivados.

2.5. EPIDEMIOLOGÍA.

PREVALENCIA E INCIDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA

Si consultamos los datos del último informe editado del Observatorio Español sobre Drogas (OED), el informe del año 2011, podemos obtener los datos de la situación y tendencias del problema de drogas en España de los últimos años.

Este documento ofrece una visión global de de la evolución y características del consumo, aportando información sobre el consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas, de los problemas relacionados con las drogas y de la oferta y control de éstas.

Los datos que aporta sobre el consumo de las diferentes drogas son los siguientes:

Tabaco:

La prevalencia de consumo de tabaco en España continúa siendo elevada. Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2009-2010 un 31,8% de los españoles de 15-64 años eran fumadores diarios (36,2% de los hombres y 27,2% de las mujeres), y según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), de 2010 lo eran un 20,7% de los hombres y 16,6% de las mujeres de los estudiantes de 14-18 años. Los estudiantes ven fumar con relativa frecuencia dentro del recinto de los centros educativos a otros estudiantes o a profesores.

Se observa cierta estabilización del consumo durante el periodo 2005-2009, con niveles de consumo, en la actualidad, muy parecidos a los obtenidos inmediatamente antes de la entrada en vigor de la normativa estatal sobre tabaco en diciembre de 2005, pero inferiores a los niveles de consumo anteriores (1997-2003) al debate social que suscitó el proyecto de elaboración de la Ley del Tabaco en España.

Por lo que respecta a las tendencias temporales, se observa que hasta 2003 el consumo diario se había mantenido relativamente estabilizado. En el periodo comprendido entre 2003 y finales de 2007, la prevalencia de consumo diario ha descendido en todos los grupos de edad y en ambos sexos, continuando la tendencia descendente para las mujeres entre 15 y 34 años y apreciándose ligeros aumentos en los distintos grupos de edad.

Alcohol: La extensión de consumo de alcohol en la sociedad española es prácticamente universal. Así en 2009, el 94,2% de la población de 15 a 64 años lo había consumido alguna vez en su vida, el 78,7% admitió haberlo consumido durante el año anterior a ser encuestado, el 63,3% lo hizo alguna vez durante el mes previo a la encuesta, aunque sólo un 11,0% lo consumió a diario durante este mismo periodo.

Respecto a las prevalencias, hasta 2005 se apreciaba una estabilidad en la prevalencia de consumo de alcohol tanto esporádica como habitualmente y reciente, que se quebró ligeramente en 2007 iniciando un descenso general que parece haber repuntado ligeramente en 2009.

De forma general, la prevalencia de consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres.

Los datos muestran que en 2009, el 96,0% de los hombres encuestados habían consumido alcohol alguna vez en la vida frente al 92,3% de las mujeres; el 84,4% de los hombres consumió alcohol durante el año anterior a la encuesta frente al 72,7% de las mujeres. El cociente de prevalencia hombre /mujer fue de 1,04 para prevalencia de consumo alguna vez en la vida, de 1,16 para la

prevalencia de consumo anual, de 1,41 para la prevalencia de consumo mensual, de 3,3 para la prevalencia de consumo diario en el último mes, de 1,9 para la prevalencia anual de borracheras y de 2,4 para la prevalencia de consumos en atracón o *binge drinking*¹ en el mes anterior a la encuesta.

Con respecto a las diferencias por edad, se observa que la prevalencia de consumo en el último año es superior en el grupo de jóvenes de 15 a 34 años (80,1%) que en el de 35 a 64 años (77,7) aunque la diferencia entre ambos ha disminuido con respecto a ediciones anteriores.

La prevalencia de consumo diario es más elevada en la población de 35 a 64 años (25,4%) que en la de 15 a 34 (5,5%). Sin embargo, las diferencias a favor del grupo de menor edad se hacen muy notables cuando se valoran los consumos de tipo intensivo como las borracheras o los consumos en atracón (*binge drinking*).

La bebida alcohólica más consumida en día laborable fue la cerveza. El vino es la segunda bebida con mayor prevalencia de consumo diario en días laborables. En fin de semana, la bebida alcohólica más consumida es la cerveza, seguida del vino y a no mucha distancia, los combinados/cubalibres.

Cocaína: La cocaína es la segunda sustancia psicoactiva ilegal de mayor prevalencia de consumo en España.

En relación a las tendencias temporales, la prevalencia de cocaína en polvo mostró un aumento desde 1995 a 2005, pasando la proporción de consumidores en los últimos 12 meses, de 1,8 a 3,0 % respectivamente y estabilizándose en torno a esta cifra. Desde entonces, ha mostrado un descenso hasta alcanzar el 2,6%.

A partir de 2007, y coincidiendo con la puesta en marcha del Programa de actuación frente a la Cocaína 2007-2010, se observa la quiebra de la tendencia al alza del consumo y la estabilización de aquellas cifras de prevalencia que se refieren a los consumos más problemáticos y un descenso en 2009.

El consumo de cocaína base (crack) muestra un panorama similar.

Las prevalencias de consumo de cocaína son más elevadas entre los hombres que entre las mujeres. En concreto, la prevalencia de consumo de cocaína en el último año fue significativamente más elevada entre hombres (4,2%) que entre mujeres (1%). Las proporciones más altas de consumidores se encuentran entre los hombres de 15-34 años de edad (6,5%) frente a las mujeres (2,1%).

La edad media de primer consumo de esta sustancia se mantiene estable en los 20,9 años para la cocaína en polvo, situándose en 23,1 años para la cocaína base, habiendo aumentado en 1,8 años respecto a la registrada en 2007 que fue de 21,3 años.

¹ Episodio de consumo intensivo de alcohol (Cortés y cols., 2008, 2010).

La continuidad en el consumo de cocaína no es elevada. En 2009, alrededor de una cuarta parte de los que habían probado esta droga alguna vez en la vida la habían consumido en los últimos 12 meses, y aproximadamente, una séptima parte la habían consumido en los últimos 30 días.

Cannabis: En España el consumo de cannabis está muy extendido, incluso el consumo diario, cuya prevalencia en la población de 15-64 años alcanzaba en 2007 un 1,5%. El consumo y los problemas por cannabis aumentaron de forma considerable entre 1994 y 2003-2004.

El consumo está bastante más extendido entre los hombres que entre las mujeres, en todos los grupos de edad y para todos los periodos de consumo.

Las diferencias intersexuales relativas en el consumo de cannabis son muy elevadas tanto para el consumo en el último año (14,8% hombres y 6,2% mujeres), como para el consumo mensual (11% hombres y 4% mujeres) y diario (3,2 % hombres y 0,9% mujeres).

Las mayores proporciones de consumidores de cannabis se encuentran en el grupo de los más jóvenes 15-24 años), sobre todo entre los hombres.

La edad media de inicio en el consumo de cannabis fue de 18,6 años, que es muy similar a la edad de años anteriores (18,6 en 2007 y 18,3 años en 2005).

La continuidad en el consumo de cannabis no es elevada. En 2009, alrededor de un tercio de los que habían probado esta droga alguna vez en la vida la había consumido también en los últimos 12 meses y, aproximadamente, una cuarta parte la había consumido en los últimos 30 días.

Heroína: Según el informe del OED de 2009, aunque históricamente la heroína ha sido responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con las drogas ilegales detectados en España, desde el comienzo de la década de los noventa ha disminuido de forma importante tanto el consumo como los problemas asociados a esta droga. Hasta 2004 todos los indicadores manejados por el OED, mostraban una tendencia descendente. Sin embargo, a partir de 2004-2006 se ha notado cierto aumento de la prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida entre los estudiantes de 14-18 años (0,5% en 1994, 0,7% en 2004, 1% en 2006 y 0,9% en 2008), del número de primeras admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína (3.604 en 2005, 3.318 en 2006 y 3.672 en 2007), una ralentización del descenso de la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales en que se menciona consumo de heroína (24,8% en 2005, 21,8% en 2006 y 21,0% en 2007) y del número estimado de muertes por reacción aguda a drogas ilegales con presencia de opioides (645 en 2006). Estos datos permiten plantear la hipótesis de que el consumo y los problemas por heroína pueden haber tocado fondo, y pueden volver a aumentar otra vez. Por otra parte, continúa descendiendo, aunque ya más lentamente, el

uso de la inyección para consumir heroína. De hecho, la proporción de tratados por heroína por primera vez en la vida que consume esta droga principalmente por inyección ha disminuido muy significativamente, pasando de 50,3% en 1991 a 16,4% en 2004 y 12,8% en 2007. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar (“fumar chinos”).

Éxtasis: Un 4,9% de la población de 15-64 años ha probado el éxtasis alguna vez en la vida, un 0,8% lo ha consumido en el último año y un 0,4% en el último mes.

La prevalencia de consumo durante el último año fue mayor entre los hombres (1,4%) que entre las mujeres (0,3%). Las prevalencias de consumo más elevadas se encuentran entre los hombres de 15-24 años.

Se trata de una droga de consumo muy esporádico.

2.6. MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN

Entendemos por manifestaciones psicopatológicas de la adicción, o psicopatología específica de la adicción, el grupo de síntomas y trastornos que aparecen en la persona consumidora como consecuencia del uso, abuso o dependencia de una o más drogas.

El DSM IV-TR describe 10 trastornos inducidos por sustancias, desarrollándose generalmente en personas que presentan abuso o dependencia a alguna sustancia.

Para poder afirmar que los trastornos son inducidos por sustancias y no por otro motivo, debe demostrarse la asociación con el consumo y han de excluirse otras causas de los síntomas, y para poder ser diagnosticados, los síntomas han de ser de suficiente gravedad como para interferir con el funcionamiento normal del individuo.

Los dos primeros, la intoxicación y la abstinencia son los síntomas que con mayor frecuencia aparecen.

Los 10 trastornos que enumera del DSM IV-R son los siguientes:

- Intoxicación
- Abstinencia
- Delirium
- Demencia persistente
- Trastorno amnésico
- Trastorno psicótico
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad

- Trastornos sexuales
- Trastornos del sueño

2.7. PROCESO DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON UN TRASTORNO DE ABUSO O DEPENDENCIA DE UNA DROGA; SERVICIOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

A medida que fueron creciendo la base de consumidores, y las consecuencias derivadas del consumo abusivo (problemas sociales y sanitarios) comenzaron a hacerse evidentes, surgieron las primeras demandas asistenciales. En un primer momento la atención al drogodependiente cogió desprevenidos tanto a la administración como a los dispositivos sanitarios existentes y a los propios profesionales. En general, fueron los profesionales dedicados a la atención del alcoholismo los que con escasos apoyos y recursos, atienden los primeros casos de consumo problemático de drogas como la heroína (Torres y cols. 2009).

A medida que pasaron los años, en algunas comunidades autónomas se produjo la integración y normalización de la asistencia a los drogodependientes dentro del sistema general de salud, mientras que otras optaron por la creación de redes paralelas específicas (Pereiro, 2010).

Actualmente, cuando una persona decide dejar el consumo de una droga, tiene a su disposición una red de recursos asistenciales de diferente tipo con el objetivo común de la recuperación del paciente o usuario a nivel físico, emocional y social.

Por lo que respecta a los recursos asistenciales a los que pueden optar las personas que quieren realizar un tratamiento dirigido a trabajar su conducta adictiva, nos centraremos en los que existen dentro de la Comunidad Valenciana, siendo ésta desde la que se está realizando el presente trabajo.

Dentro de esta comunidad, la ley 3/1997, de 16 de Junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, regula un conjunto de medidas y acciones encaminadas tanto a la prevención, como a la incorporación y protección de las personas afectadas.

A partir de esta ley, la red asistencial para drogodependientes queda formada por una serie de servicios, habiendo sido revisada y reformulada recientemente con el Decreto 132/2010 de 3 de Septiembre, quedando como siguen los servicios de que se disponen en esta comunidad (DOC N. 6351).

Unidad de Conductas Adictivas (UCA)

Son las unidades de apoyo a los equipos de atención primaria, de asistencia ambulatoria dentro de la red asistencial pública general. En ellas se realiza diagnóstico y tratamiento sanitario de los pacientes que presentan algún tipo de problema adictivo, así como el apoyo y asesoramiento a los familiares de estos pacientes.

En estas unidades se realiza tratamiento médico y psicológico, con el apoyo de tratamiento por parte de enfermería.

Todas siguen el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) para pacientes dependientes de opiáceos, y algunas cuentan con el apoyo de servicios dispensadores de metadona móviles en aquellas zonas más alejadas geográficamente de la unidad.

Este servicio está integrado en una red de intervención más amplia y es a partir de él que se pueden realizar derivaciones de los pacientes a otro tipo de unidades en caso de que sea necesario (Centro de día, Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, Unidad de deshabitación residencial, Servicios sociales generales, Viviendas tuteladas, otros servicios sanitarios).

Las UCAs son los centros de referencia para los pacientes con problemas de drogas en la comunidad, y son “la vía de entrada” para el tratamiento, sea del tipo que sea, realizándose las derivaciones pertinentes cuando procede a otros servicios de la red asistencial o de la red general sanitaria o social.

El objetivo principal de los servicios ambulatorios es el tratamiento de la toxicomanía y de los problemas consecuentes de ella (dificultades familiares, enfermedades físicas, reinserción social).

Podrán especializarse en la atención a un tipo de adicciones concreto sobre la base de las necesidades objetivas de atención, como es el caso de las Unidades de Alcoholología (UA).

Centros de Atención de Trastornos Adictivos (CATA)

Son centros de titularidad privada, dotados de medios técnicos, profesionales e instalaciones adecuadas, para la asistencia en régimen ambulatorio de enfermo drogodependientes o con otros trastornos adictivos.

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

Generalmente dentro de Centros Hospitalarios generales, son las unidades donde de atención especializada que, en régimen de internamiento hospitalario, tienen como función el diagnóstico

físico y psíquico del paciente para proceder a su desintoxicación total o parcial, con el fin de contener o estabilizar los síntomas para proseguir el tratamiento de deshabitación tras el alta hospitalaria.

La actividad principal de las UDH son el diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Abstinencia a alcohol y a opiáceos aunque cada vez más también la desintoxicación de cocaína.

Centros de Día (CD)

El Centro de Día es un recurso que se sitúa a medio camino entre la asistencia ambulatoria y la residencial, desarrollando programas de apoyo al tratamiento y/o programas de reinserción sociolaboral para personas con problemas adictivos. Proporcionan un tratamiento ambulatorio intenso, diario y prolongado en el tiempo.

Los pacientes acuden diariamente de lunes a viernes en horarios diversos (mañana y tarde, mañana, tarde) y realizan diferentes actividades terapéuticas (grupos terapéuticos, talleres, deporte, búsqueda de empleo, etc.), volviendo una vez han finalizado a sus hogares.

El objetivo principal es la rehabilitación y reinserción social de los usuarios.

En función del programa que desarrollen, los Centros de Día tendrán la siguiente tipología:

Tipo I: Centros de Día de apoyo al tratamiento

Tipo II: Centros de Día de reinserción

Centros de Intervención de Baja Exigencia (CIBE)

Son centros que, en régimen residencial o ambulatorio, realizan intervenciones sanitarias y sociales con el fin de disminuir los daños y riesgos asociados a consumo de drogas.

Dos tipos:

Tipo I: CIBE de intervención social: su actividad se realiza en régimen ambulatorio, y está dirigida a intervenciones de carácter social.

Tipo II: CIBE de atención sociosanitaria continuada: realizan la actividad en régimen residencial o ambulatorio, en la línea de intervención biopsicosocial.

Viviendas de Apoyo al Tratamiento (VAT)

Son viviendas en las que se alojan pacientes que necesitan una supervisión mayor que los que acuden diariamente a los centros de día pero menor que los que ingresan en unidades residenciales.

En cada vivienda, personal técnico da apoyo al proceso terapéutico durante todo el proceso evolutivo del paciente realizando una intervención psicosocial y educativa y realizando también cierto control de la convivencia.

Generalmente acuden cada día al centro de día para labores terapéuticas.

Viviendas de Apoyo a la Incorporación Sociolaboral (VAIS)

Son recursos residenciales de supervisión media, realizada por personal técnico, donde se realiza una intervención socio-educativa dirigida a apoyar el tratamiento en la fase de reintegración social y laboral.

Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD)

Son servicios que prestan apoyo y asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos a órganos jurisdiccionales, fuerzas de orden público y personas que han cometido delitos asociados al consumo de drogas o como consecuencia de su adicción, o que se encuentran detenidas con ocasión de éstos.

Comunidades Terapéuticas (CT)

Son las antes llamadas Unidades Residenciales, donde los pacientes realizan un programa de tratamiento de unos 6 meses aproximadamente en régimen residencial.

Durante ese tiempo los usuarios se ocupan en actividades terapéuticas similares a las que se realizan en el centro de día, con la diferencia de que no vuelven a casa, residiendo en el propio centro lo que permite el crecimiento y maduración mediante la adquisición de ciertas habilidades que a nivel ambulatorio no sería posible.

Aprenden de una manera conjunta habilidades, actitudes y valores para su incorporación social.

Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA)

Son unidades especializadas de titularidad local, y que dependen de los Ayuntamientos, dedicándose a una labor más preventiva y de promoción de hábitos de vida saludables, que de intervención propiamente dicha, centrándose fundamentalmente en el caso de los menores, pero también realizando apoyo a familiares de adultos que no quieren acudir a las UCAs.

Son las encargadas de la prevención de drogas en el ámbito escolar.

En este capítulo hemos pretendido dar una visión general del problema central que tratamos en el presente trabajo, la dependencia de drogas, ya que consideramos importante poder entender bien el proceso de adicción, las fases de cambio por las que va pasando el paciente en la intervención y las diferentes modalidades de tratamiento existentes (ambulatorio, ingreso) para posteriormente poder relacionarlo con las variables de autoeficacia e identidad y su importancia en el proceso adictivo y en la evolución en el tratamiento.

Nos parece fundamental el poder entender el proceso de adicción, la tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia y los diferentes niveles de consumo ya que implican maneras de sentir en el paciente muy diferentes, y por tanto también formas de intervención distinta.

Se ha incluido, por último, un fragmento referido a los procesos de tratamiento e intervención posibles, siendo éste el momento en el que el desarrollo de la autoeficacia en el paciente supone una intervención fundamental y sin la cual sería imposible el proceso de abstinencia; por otra parte, también el trabajo a nivel de identidad del paciente, sin el cual, una recuperación a largo plazo mantenida con una auténtica integración de la abstinencia en la vida cotidiana, consideramos imposible.

3. AUTOEFICACIA Y CONDUCTA ADICTIVA

En este capítulo nos centraremos en la variable autoeficacia como una de las variables centrales a la hora de tomar la decisión de iniciar o no una conducta en la que la propia habilidad es importante y en el mantenimiento de esta decisión hasta conseguir el objetivo planteado.

Describiremos el concepto y cómo influye en la conducta de los individuos, las fuentes de la creencia de autoeficacia y las dimensiones que la forman, siendo importante en este sentido la madurez a nivel de desarrollo general y de identidad en particular, conseguido por parte del individuo.

Posteriormente estudiaremos de forma específica la autoeficacia dentro del proceso adictivo y de desintoxicación y deshabitación.

Se trabajará sobre los diferentes tipos de autoeficacia que intervienen tanto en el proceso de iniciación en el consumo y/o dependencia de una droga como en el proceso de deshabitación de ésta y cómo se desarrolla en las diferentes fases.

Pretendemos estudiar la influencia de la autoeficacia en el éxito terapéutico con personas dependientes de drogas, en concreto de cocaína, con el objetivo de mejorar las intervenciones a este nivel, ya que, según nuestra percepción, es una variable que no siempre es tomada en cuenta de manera específica a la hora de trabajar con los pacientes.

3.1. CONCEPTO DE AUTOEFICACIA

La autoeficacia es un concepto central en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1986) que la define como el *“juicio personal sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar las líneas de conducta requeridas para obtener determinados resultados”* (p. 391).

Otra definición que el propio Bandura da al término es *“la confianza que una persona tiene en su capacidad para comportarse de una cierta manera para lograr una meta, influyendo en el rendimiento a través de sus efectos sobre el desarrollo cognitivo, afectivo, o en los procesos de motivación que intervienen”* (Bandura, 1989. p. 731).

Bandura sostiene que el pensamiento autorreferencial constituye un mediador de primer orden entre el conocimiento y la acción, y es por ello que el individuo no siempre actúa de forma óptima aunque conozca con exactitud cuál es la conducta más correcta a desarrollar (Bandura, 1986).

El autor plantea que la autoeficacia está constituida por los juicios sobre el grado en que uno mismo puede organizar y ejecutar patrones de acción requeridos para tratar con situaciones futuras que contienen elementos ambiguos, impredecibles y a menudo estresantes (Bandura, 1986). La autoeficacia es definida como un proceso cognitivo de evaluaciones o apreciaciones percibidas que las personas hacen sobre su competencia para realizar adecuadamente una tarea en una situación específica. Por ello, las percepciones de eficacia varían de modo significativo entre las distintas situaciones y tareas, de esta manera la autoeficacia se centra en los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para actuar (Bandura, 1977, 1997).

Las creencias sobre nuestra autoeficacia influyen sobre nuestro modo de pensar, sentir, motivarnos y actuar. De manera que si alguien ha desarrollado la convicción en su propia capacidad de superar los retos que le plantea la vida, pensará que los puede superar, se sentirá seguro a la hora de emprender una tarea, la motivación para el esfuerzo que tendrá que desarrollar será alta y llevará a cabo acciones necesarias para conseguirlo (Barberá, 2002).

Bandura introduce el término de autoeficacia dentro de la Teoría del aprendizaje social como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de conducta (Bandura, 1995). Esta teoría asume la importancia del condicionamiento clásico, operante y vicario, entendiendo que todos ellos pueden estar modulados por el proceso cognitivo de la autoeficacia.

Mediante este concepto, Bandura intenta integrar la noción de cognición dentro de la modificación de conducta, introduciendo los elementos inobservables (juicios de autoeficacia) como causales de la ejecución conductual (López Tordecillas, 2002).

Cuando hablamos de autoeficacia, hablamos también de expectativas, y en este sentido hay que diferenciar entre las expectativas de eficacia personal y las expectativas de resultado. La *autoeficacia percibida* o *expectativa de eficacia* es un juicio personal, creencias sobre la propia capacidad para alcanzar un cierto nivel de ejecución, es “*la creencia de la persona de que puede ejecutar satisfactoriamente la conducta requerida para producir resultados*” (Bandura, 1977, p. 193), sería equivalente al “control personal”.

Tanto las expectativas de autoeficacia como de resultado intervienen en la habilidad de una persona para afrontar situaciones de alto riesgo. Dichas expectativas están influenciadas por creencias sociales y culturales, por la autoestima del individuo, por factores ambientales y por el condicionamiento del deseo. Las expectativas de la consecuencia positiva son los determinantes del uso del alcohol y otras drogas (López Tordecillas, 2002).

Sin embargo, la *expectativa de resultado* hace referencia a la percepción personal de las consecuencias más probables que producirá dicha ejecución, es “*la estimación de la persona de que una conducta determinada conducirá a ciertos resultados*” (Bandura, 1977, p. 193). El resultado en este caso, es la consecuencia de un acto, no el acto en sí.

Bandura (1982) reconoce el rol de las expectativas de resultado y argumenta que éstas dependen usualmente de un gran número de autopercepciones aptitudinales, aunque generalmente son menos importantes en la determinación de la conducta. Las expectativas de eficacia y de resultado se diferencian en que una persona puede creer que seguir un curso de acción determinado producirá ciertos resultados, pero se inhibirá en su acción desde el momento que piense que carece de habilidades necesarias para ejecutarlas.

En el caso de pacientes dependientes de alcohol, por ejemplo, se ha observado que es la expectativa de autoeficacia la variable que más fuertemente se asocia con el nivel de consumo de alcohol durante el seguimiento, y no lo es sin embargo la expectativa de resultados (Solomon y Annis, 2006).

El paciente bebedor puede tener una alta expectativa de resultado sobre el tratamiento que realiza o incluso sobre el seguimiento a largo plazo, pero si él no se siente autoeficaz para dejar de beber o no volver a hacerlo, no conseguirá la abstinencia. Lo mismo podemos explicar del adolescente fumador de cannabis o el joven adulto dependiente de cocaína. Incluso se ha visto, en pacientes dependientes a heroína, como es más influyente en la evolución de la abstinencia, el sentimiento de autoeficacia, que la satisfacción que el paciente refería con la dosis de metadona prescrita (Senbanjo, 2009).

Específicamente se ha encontrado que la autoeficacia es un determinante de la conducta, ya que a partir de la misma es posible predecir la conducta; en este sentido la autoeficacia se ha puesto a prueba para predecir el consumo de sustancias adictivas (Palacios Delgado, 2010). Por ejemplo, si

un adolescente no se siente capaz de resistir la tentación de consumir tabaco (baja autoeficacia percibida), tendrá mayor probabilidad de fumar o de actuar bajo la influencia social (Carvajal et al., 2006).

También hay autores que mencionan la autoeficacia como una variable de predicción para el consumo de drogas y ha demostrado ser un factor protector para el consumo (Martínez, 2008).

Sin embargo, una alta autoeficacia no es condición suficiente para una actuación concreta, ya que han de poseerse además, las habilidades, los incentivos y los recursos materiales necesarios para actuar (López Tordecillas, 2002). Por lo tanto, los resultados de los tratamientos para abandonar el consumo de cocaína, no sólo dependen del nivel de autoeficacia que el paciente presenta o llega a desarrollar durante el proceso de intervención, ni únicamente de la historia de consumo que ha vivido, también de las habilidades que trabaja y adquiere durante el tratamiento (Ilgen, 2007).

Por muy eficaz que una persona dependiente del alcohol se sienta para abandonar el consumo, si no cuenta con un tratamiento médico que le disminuya la sintomatología de abstinencia y determinadas habilidades que habrá de ir desarrollando durante la terapia, difícilmente podrá mantener el no consumo; sin embargo, si la primera parte no existe, la segunda tampoco se producirá.

Siguiendo en esta línea, los juicios sobre la autoeficacia contribuyen y determinan de manera fundamental el funcionamiento del individuo, influyendo en:

- Las **decisiones** que se toman.
- La **cantidad de esfuerzo** que el individuo empleará para enfrentarse a las dificultades, así como la cantidad de tiempo que persistirá en el empeño.
- Los **patrones de pensamiento y las emociones** aparecidas durante la interacción del individuo, tanto real como anticipada e imaginada con el entorno.
- Las **conductas** ejecutadas en una situación difícil.

Las personas intentamos, en mayor o menor medida, poder controlar los sucesos que afectan a nuestras vidas. Al poder influir en áreas en las que podemos imponer cierto control, nos sentimos más capaces de hacer realidad el futuro deseado y evitar el indeseado. Esta sensación de poder influir sobre los resultados, los convierte en predecibles, prefiriendo en general estos eventos a los impredecibles ya que los primeros nos permiten estar preparados y de esta manera afrontarlos mejor, con mayor capacidad y por tanto asegurarnos la consecución del objetivo y sentir una sensación de óptima autoeficacia.

El que una persona se crea incapaz para controlar o influir sobre las cosas importantes que afectan a su vida cotidiana, el creerse no eficaz, produce sentimientos de ansiedad e inseguridad, impotencia o indefensión, entre otros, que aumenta la probabilidad de que el individuo deje de intentar en un

futuro por lo menos inmediato, ejercer ese control sobre ciertos aspectos de su propia vida. Dependiendo del nivel de incapacidad que sienta la persona, las consecuencias pueden ser más o menos invalidantes.

Se observa que personas de alguna manera “obligadas” a abandonar el consumo de algún tipo de drogas por problemas con la ley (conducción bajo efectos del alcohol, tráfico de estupefacientes, etc.) pero no por una decisión inicial propia de abandonarlo, se sienten menos capaces de entrada que quien realmente ha decidido por sí mismo el querer dejar de hacerlo. Por el contrario, el hecho de sentir una “obligación legal” hace que la implicación en el tratamiento sea mayor y desarrollen habilidades para conseguir el objetivo antes en muchos casos que los pacientes que acuden por voluntad propia y con ello mayor sensación de autoeficacia.

Es más probable que nos involucremos en sucesos en los que tenemos la sensación de que disponemos de las estrategias necesarias para enfrentarnos a ellos que en sucesos en los que sentimos que no somos capaces de desarrollar y por tanto de llegar al objetivo deseado, anticipando el fracaso. La tendencia es posponer este tipo de acontecimientos.

El conseguir el objetivo deseado aumenta la sensación de control y la autoestima, creando sentimientos de bienestar, alegría y seguridad en uno mismo. Estos sentimientos aumentarán la probabilidad de que el individuo se enfrente de nuevo a la misma situación o situaciones parecidas, aumentando su sentimiento de eficacia personal.

Por ello, las personas que han conseguido abandonar el consumo pero recaen al cabo del tiempo, si en un primer momento llegaron a sentir que eran capaces de mantenerse sin consumir el resto de su vida, es más probable que retomen la abstinencia que cuando no alcanzaron el sentimiento de capacidad (o consiguiéndolo, se soportaba sobre creencias fantasiosas).

Pero la creencia en la propia capacidad no es cuestión de todo o nada, depende de diferentes factores.

Desde una perspectiva evolutiva, la presunción de expectativas de resultado y autoeficacia, implican un nivel relativamente alto de funcionamiento cognitivo, es decir, representaciones cognitivas bastante elaboradas del self y del no self, de los medios y de los fines, del conocimiento de metas (Diethelm, 1991).

De esta manera, la autoeficacia no sólo influye en el resultado del tratamiento, en la consecución de la abstinencia y el mantenimiento de ésta, también influye en la decisión inicial de disminuir el consumo de una droga (Bandura, 1982; DiClemente, Fairhurst y Piotrowski, 1995).

Bandura diferencia la autoeficacia de otros constructos relacionados, como la autoestima o el autoconcepto, remarcando que la autoeficacia se refiere a la competencia percibida en situaciones específicas, mientras que estos otros constructos se refieren a una autoimagen global a través de una

amplia variedad de situaciones. Este énfasis en los juicios para tareas o situaciones específicas subraya la importancia como determinantes directos de la conducta de los “estados” (interacciones entre la persona y el ambiente inmediato) en contraste con los “rasgos” (tendencias disposicionales a largo plazo) (Díaz, 2001).

3.2. FUENTES DE LAS CREENCIAS DE EFICACIA

Pero, ¿de dónde provienen las creencias de autoeficacia de las personas?

Bandura identificó cuatro fuentes de influencia a partir de las cuales las personas desarrollan las creencias de su autoeficacia: experiencias de dominio, experiencias vicarias, persuasión social y estados psicológicos y arousal emocional (Bandura, 1986):

Experiencias de dominio o logros de ejecución: según Bandura estas experiencias aportan la prueba más auténtica de si uno puede reunir o no todo lo que se requiere para lograr éxito; ya que se basan en las propias experiencias de dominio.

Los éxitos crean una fuerte creencia en relación a la eficacia personal. Los fracasos la debilitan, especialmente si los fracasos se producen antes de haberse establecido firmemente un sentido de eficacia.

La influencia del fracaso en la autoeficacia va a depender, del momento y patrón de experiencias en las que se da el fracaso. De esta forma, el éxito repetido reduce la influencia del fracaso, y se ha observado que fracasos ocasionales anulados por esfuerzos posteriores, pueden reforzar la persistencia automatizada al darse cuenta la persona, por experiencia, que incluso los obstáculos más difíciles pueden superarse con un esfuerzo continuado.

A nivel de consumo de drogas, cuando una persona consigue un tiempo mínimo de abstinencia, aunque se produzcan recaídas posteriores, es más probable que se mantenga sin consumir, que la persona que no consigue un mínimo intervalo sin consumir. Siendo más probable en el segundo caso el abandono del tratamiento y por tanto la creencia en su no eficacia.

Nicholls y Millar (1984) señalan que los individuos tienden a considerar el esfuerzo invertido en una actividad como inversamente proporcional a sus capacidades. Estos autores explican que el individuo infiere una alta autoeficacia a partir del éxito alcanzado en tareas difíciles en que ha desarrollado un esfuerzo mínimo, e infiere una baja autoeficacia cuando tiene que trabajar intensamente para dominar tareas relativamente sencillas en condiciones favorables.

Por lo tanto, la autoeficacia basada en la experiencia de dominio requiere de que la persona sienta que dispone de “los dominios” necesarios para llevar a cabo la acción o tarea concreta. Sin embargo, desarrollar un sentido de eficacia mediante las experiencias de dominio no es cuestión de

adquirir hábitos preparados; este desarrollo requiere de la adquisición de estrategias cognitivas, conductuales y auto-reguladoras para crear y llevar a cabo las acciones necesarias para manejar las circunstancias continuamente cambiantes de la vida.

No sería útil el desarrollo de habilidades mecánicas, automatizadas e incluso estándar como proponen algunos tipos de tratamiento en la deshabitación de drogas; es necesario el trabajo terapéutico a otros niveles para aumentar la capacidad de la persona abstinentes en el manejo de diferentes situaciones.

Por otro lado, si las personas sólo experimentan éxitos fáciles, llegan a esperar resultados inmediatos y se desmotivan rápidamente con los fracasos. Un sentido resistente de eficacia requiere de experiencia en la superación de obstáculos mediante esfuerzo continuado.

Una vez que las personas se convencen de que cuentan con lo que es necesario para alcanzar el éxito, perseveran ante la adversidad y se recuperan rápidamente de las dificultades y fracasos.

Un ejemplo sencillo de este tipo de fuente, lo podríamos encontrar en los estudiantes que obtienen malas notas pero que sin embargo tienen un nivel de inteligencia normal-alto. Muchos de estos estudiantes obtuvieron resultados normales o incluso buenos en etapas inferiores de escolaridad sin necesidad de estudiar demasiado; cuando la dificultad del estudio aumentó, ellos continuaron empleando pocas horas de estudio esperando obtener el mismo resultado y sin embargo fracasan. Cambiar esta dinámica requiere de un importante esfuerzo y de mucho empeño por parte del joven, que ha de entender que el esfuerzo para desarrollar habilidades que ha de hacer, es continuado. En estas situaciones existe un alto riesgo de fracaso escolar por poca creencia en su capacidad.

Experiencias vicarias: la información que se obtiene a partir de experiencias vicarias altera la autoeficacia percibida, no sólo por comparaciones sociales, sino porque nos informa sobre la naturaleza y la predictibilidad de los hechos ambientales. Al respecto, Suls y Miller (1977) señalan que las evaluaciones de eficacia frecuentemente no se basan en experiencias comparativas en cuanto al rendimiento sino en la similitud con características personales del modelo, supuestamente predictoras de la capacidad de ejecución.

Observar a personas similares a uno alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes aumenta las creencias del observador en relación a que él también posee las capacidades necesarias para dominar actividades comparables (Bandura, 1986). El impacto del modelado sobre las creencias de eficacia personal está fuertemente influido por la similitud percibida con los modelos, siendo mayor el impacto a mayor similitud entre el individuo en cuestión y el referente modelo.

Volviendo de nuevo al tema del consumo de drogas, en este sentido es muy útil el proceso de terapia en grupo, ya que los pacientes que más tiempo llevan abstinentes a drogas, sirven de modelos a los pacientes recién iniciados en este proceso y con poca autoeficacia de abstinencia.

La persuasión social: éste es el mecanismo mediante el cual se pueden manejar las creencias y la sugestión.

La persuasión verbal se utiliza para inducir en el sujeto la creencia de que posee la capacidad suficiente para conseguir aquello que desea. Las expectativas de autoeficacia, producidas por este método, son mucho más débiles que las anteriores y que las que se adquieren con la experiencia personal, puesto que no ofrecen auténticas experiencias al sujeto en las que basar la información que se le proporciona.

La persuasión verbal por sí sola puede afectar de forma muy limitada al cambio conductual y a la autoeficacia; sin embargo, puede ser útil unida a la información correctiva. Es decir, se puede persuadir a la gente de muchas maneras, pero sólo aquella manera en que el individuo recibe ayuda para acciones efectivas empleará más tiempo y esfuerzo en su mejoría.

Los terapeutas cognitivos emplean la “persuasión verbal”, pero sólidamente afianzada en experiencias personales de éxito (Beck, 1976; Ellis, 1981). También la emplean los terapeutas motivacionales, siendo una de las estrategias básicas fundamentales del modelo (Miller y Rollnick, 1999).

Las evaluaciones de la eficacia basadas en la persuasión están en función de quién es el persuasor, de su credibilidad y de su grado de conocimiento en la actividad que se intente realizar, además del grado de conocimiento que el persuadido percibe el persuasor tiene sobre él y sus capacidades.

Las personas a quienes se persuade verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas actividades tienden a movilizar más esfuerzo y a sostenerlo durante más tiempo que cuando dudan de sí mismas y cuando piensan en sus deficiencias personales ante los problemas (Schunk, 1989). En la medida en que los empujes persuasivos conducen a las personas a esforzarse todo lo necesario para alcanzar el éxito, las creencias de autoeficacia fomentan el desarrollo de destrezas y en consecuencia la sensación de eficacia personal.

Es más difícil infundir creencias altas de eficacia personal que debilitarlas mediante la persuasión social exclusivamente.

Es importante que la persuasión que se pretende realizar sobre una persona, tenga una base lo suficientemente sólida como para que el individuo en cuestión pueda creerse que realmente puede conseguir el objetivo. En este sentido, se trabajará sobre objetivos realmente alcanzables aumentando la probabilidad de su consecución.

En el campo de las toxicomanías, un terapeuta puede motivar a un paciente para que se enfrente a una determinada situación que implica cierto riesgo persuadiéndolo de que pueda conseguirlo sin consumir. Esa persuasión debería basarse en las capacidades desarrolladas por parte del paciente, en sus habilidades personales, en situaciones de riesgo ya superadas y en la evolución general que el terapeuta ha podido observar en el paciente para que éste pueda reconocerse como capaz.

Estados psicológicos y arousal emocional: es el mecanismo que maneja el rotulado y la atribución.

El estado de ánimo también influye sobre los juicios que las personas hacen de su eficacia personal. El estado de ánimo positivo fomenta la autoeficacia percibida; el estado de ánimo negativo la reduce. Las personas interpretan sus reacciones de estrés y tensión como señales de vulnerabilidad ante una ejecución pobre.

En este sentido, es fundamental poder favorecer una mejora del estado físico y emocional y corregir las falsas interpretaciones de estos estados, que es finalmente lo que aumenta o disminuye la autoeficacia. La intensidad absoluta de las reacciones emocionales o físicas no es tan importante como el modo en que son percibidas e interpretadas por la persona.

En muchas ocasiones, los pacientes que han sido dependientes de drogas y no tienen todavía un alto sentido de eficacia, interpretan cualquier señal de ansiedad como sensación de abstinencia o *craving*², sin analizar o tener en cuenta el gran número de acontecimientos independientes del consumo que pudieron provocar dicha ansiedad. Mientras que la atribución de la ansiedad se haga sobre el aumento de ganas de consumo, el paciente respecto a su eficacia se sentirá muy vulnerable. Por otro lado, hay que tener en cuenta que cada vez más, la presencia de la patología dual está siendo mayor, entendiendo ésta como la combinación de dos trastornos, uno referido a sustancias, y otro referido a patología mental. En estos casos, el estado psicológico está alterado a diferentes niveles, requiriendo tratamiento específico e implicando mayor gravedad y dificultad en su recuperación en la mayoría de las ocasiones por la múltiples necesidades por parte del paciente implicadas (Jazmin 2007; Szerman 2010).

Bandura afirma que la información relevante para evaluar la eficacia personal por parte de cada individuo, independientemente de que haya sido transmitida activa, vicaria, persuasiva o afectivamente no es inherentemente instructiva. Adquiere su importancia mediante el procesamiento cognitivo, cobrando éste un papel fundamental en el trabajo dirigido a su desarrollo.

² Deseo intenso de satisfacer una conducta adictiva (López y Becoña, 2006)

Las expectativas de autoeficacia son una medida de estado, es decir, una medida específica para cada interacción personal - conducta en particular, y no una medida de rasgo, generable a diferentes situaciones y capacidades - con componente cognitivo, social y conductual.

Sin embargo, Bandura establece que una vez se ha establecido la autoeficacia, tiende a generalizarse a otras situaciones en las que la ejecución estaba autodebilitada por una preocupación con respecto a la inadecuación personal (Bandura, 1977). Como resultado, las mejoras en el funcionamiento comportamental se transfieren no sólo a situaciones similares, sino a actividades que difieren sustancialmente de aquellas en las que se centró el tratamiento.

No es extraño observar importantes cambios a diferentes niveles en los pacientes una vez han abandonado el consumo. Se produce un aumento de autoestima y capacidad generalizada que les permite iniciar nuevos proyectos que en otros momentos no habían sido capaces ni de plantearse. Podemos ver como hay personas que retoman los estudios abandonados, personas que establecen compromisos con la pareja, otros que tienen hijos, inicios de proyectos laborales, etc. Se observa un aumento de la confianza en ellos mismos mediado por el sentimiento de que se sienten capaces de llevar a cabo sus nuevas decisiones siempre y cuando mantengan la abstinencia, ya que justamente el consumo produce un sentimiento de ineficacia generalizado.

3.3. DIMENSIONES DE LA AUTOEFICACIA

Bandura sugiere que las expectativas de autoeficacia varían en diversas dimensiones, siendo las tres principales la magnitud, la generalidad y la fuerza, teniendo importantes implicaciones sobre el rendimiento conductual (Bandura, 1982; 1986).

La **magnitud** de una expectativa de autoeficacia depende del grado de dificultad de las tareas o de la conducta que un individuo se siente capaz de realizar, evaluada por el propio sujeto. Las expectativas de eficacia de distintos individuos, pueden limitarse a tareas simples, extenderse a las no muy difíciles, y llegar hasta las más exigentes. De esta manera los pacientes dependientes a drogas, al inicio del tratamiento son capaces de afrontar situaciones de bajo riesgo y en compañía, y conforme evoluciona éste y se van sintiendo más autoeficaces, van afrontado situaciones de mayor riesgo y con menos apoyo familiar siendo entonces la magnitud de la expectativa de autoeficacia mayor.

Respecto a la autoeficacia para el no consumo, no está del todo claro, cuál es el valor que representa el óptimo nivel de autoeficacia, ya que un exceso de autoconfianza puede ser perjudicial, al igual que un nivel muy bajo (Ilgen, 2005).

La **generalidad**, hace referencia al rango de situaciones que una persona considera ser capaz por sí misma de dominar; depende del tipo de experiencia en concreto a la que nos referimos. Hay experiencias, que sólo crean expectativas de dominio muy limitadas de autoeficacia, mientras que otras crean un sentido mucho más amplio de capacidad y extensible a diferentes situaciones más allá de la situación específica de tratamiento.

En el campo de las adicciones, el conseguir por parte de un paciente un periodo de abstinencia de 21 días estando ingresado en una unidad hospitalaria, por ejemplo, en general permite el desarrollo de un sentimiento de autoeficacia respecto a la abstinencia limitado a ámbitos en los que hay un nivel de control medio-alto (familias con buena supervisión del paciente, control económico, salidas de casa acompañados por referentes no consumidores e implicados en el tratamiento, etc.). Pacientes que no son conscientes de esta limitación, y pretenden realizar una “vida normal” al alta de una unidad hospitalaria de desintoxicación, sin valorar de una manera precisa el nivel de autoeficacia, generalmente recaen en el consumo en pocos días.

Sin embargo, la persona que consigue un período de abstinencia de varios meses a nivel ambulatorio y un desarrollo de habilidades alternativas al consumo, podrá enfrentarse poco a poco a diferentes tipos de situaciones, pudiendo generalizar la autoeficacia obtenida en unas, a otras de similar “dificultad o riesgo”.

La **fuerza** hace referencia a la confianza que una persona tiene en sí misma o en la estimación de sus logros, las expectativas de autoeficacia pueden ser débiles o fuertes. Las expectativas débiles serán más fáciles de modificar cuando el sujeto se enfrenta a situaciones que las desconfirman, mientras que las expectativas más fuertes de dominio, se predice que perseveran en sus esfuerzos a pesar de las experiencias en contra que puedan presentarse.

En este sentido, el paciente que tiene una “falsa expectativa de afrontamiento de situaciones de riesgo”, pero fuerte, seguirá exponiéndose a estas situaciones a pesar de recaer en el consumo una y otra vez.

Otro ejemplo, sería el paciente que tras varios fracasos en el intento de dejar el consumo de una droga, se cree incapaz de ello y deja de intentarlo sin prestar atención a qué es lo que realmente le ha hecho recaer.

Estos tres componentes de la autoeficacia, van evolucionando conforme el paciente avanza por los estadios del cambio propuestos por Prochaska y DiClemente (1982). Y es a través de este avance, que se puede realizar una construcción de la autoeficacia con gran magnitud, gran fuerza y generalizable a diversas situaciones.

Se observa que los niveles de autoeficacia son bajos en los primeros estadios, el de precontemplación sobre todo y empieza a aumentar en contemplación, aumentando cuando el paciente pasa al estadio de acción y siguientes.

En este proceso se observa una doble potencialidad; el ir trabajando las expectativas de autoeficacia ayuda a que el paciente vaya evolucionando por los diferentes estadios, y a su vez, el que el paciente evolucione de un estadio a otro, aumenta la expectativa de autoeficacia. Es por ello que el trabajo ha de ir en ambas direcciones, ya que uno sin otro no permite una sólida construcción de la autoeficacia y la evolución del proceso de cambio que incluye el deseo de cambiar.

Ya proponía Bandura (1977, 1997), desde la perspectiva de la teoría social cognitiva, que la autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de ejecución del individuo, pero también a los niveles de motivación, a través de la capacidad que el individuo siente que tiene para afrontar cambios.

3.4. AUTOEFICACIA Y CONDUCTA ADICTIVA

Una vez hemos trabajado sobre el concepto de autoeficacia de manera general, pero habiendo incluido también ejemplos relacionados con el consumo y abandono de drogas, pasamos a estudiar la autoeficacia de manera más concreta en el proceso adictivo, tanto en el mantenimiento de la adicción como en su cese y mantenimiento de la abstinencia.

En el campo de las adicciones, el término autoeficacia se refiere a la expectativa del individuo a resistirse a la urgencia de consumir drogas en situaciones estresantes o de alto riesgo (Sklar, Annis y Turner, 1997), siendo éstas las situaciones más difíciles de afrontar por parte de los consumidores.

Cuando hablamos de situaciones estresantes, nos referimos a situaciones que provocan un alto nivel de activación, ya sea por factores negativos (p. ej. pérdida de trabajo) o positivos (p. ej. compra de una nueva vivienda y su posterior fase de organización de ésta para poder vivir con la pareja). Y cuando hablamos de situaciones de alto riesgo nos referimos sobre todo a situaciones en las que para los individuos es más difícil no consumir y mantener la abstinencia. Son situaciones en las que los sujetos han consumido con anterioridad, situaciones en las que hay otras personas consumiendo, o situaciones en que hay droga (p. ej. restos de cocaína de un consumo que una persona ha guardado en la guantera del coche).

La autoeficacia percibida ejerce una función fundamental en el área de las conductas adictivas. La creencia en la propia capacidad influye tanto en el desarrollo inicial de los hábitos adictivos como en el proceso de modificación de conducta que conlleva el cese de tales hábitos y el mantenimiento de la abstinencia (Bandura, 1982; DiClemente, Farirhurst, y Piotrowski, 1995; Marlatt, Baer y Quigley, 1995).

Una persona ha de sentirse capaz para iniciar el consumo de una sustancia y lo que ello conlleva (posiblemente transgredir una norma familiar, ingerir una sustancia que no sabe bien qué es, aprender a consumir esa sustancia-esnifar, fumar, inhalar-etc.) (López Tordecillas, 2003), y de la misma manera, ha de sentirse capaz para mantener la abstinencia con lo que ello conlleva (abandonar ambientes de consumo, resistir el *craving*, buscar alternativas de ocio, etc.).

En muchas ocasiones, las personas se sienten ambivalentes entre ambas direcciones (iniciar consumo-no iniciarlo, dejar consumo-no dejarlo) y deciden una u otra en función de la intensidad de la autoeficacia que sientan en ese y otros momentos similares.

La ambivalencia entre comenzar o no comenzar el consumo, o entre abandonarlo o no abandonarlo caracteriza el problema de la conducta adictiva durante gran parte del proceso adictivo y de tratamiento.

En ocasiones, esta ambivalencia viene marcada por una baja autoeficacia respecto a la conducta que se quiere realizar; una persona puede no querer iniciar la abstinencia de una droga porque no se siente capaz para ello.

La ambivalencia produce mayores niveles de ansiedad, que a su vez producen mayor *craving* y menor sensación de autoeficacia (Weiss, 2003).

Como se ha comentado al principio del capítulo, aparte de las expectativas de eficacia, de la creencia en el “control personal” para consumir o no una droga, otros factores importantes implicados en el consumo y su abstinencia son las expectativas de resultado que la persona tiene respecto al hecho de consumir y a su abstinencia, y los objetivos personales de cada uno.

Si un consumidor de cocaína cree que esa sustancia le ayuda a estar más activo en el trabajo o le proporciona otras ventajas, la eficacia se dirige a las conductas relacionadas con el consumo (consumir, conseguir dinero para comprar cocaína, buscar amigos consumidores, etc.). Cuando ese mismo consumidor siente las consecuencias negativas del consumo y decide abandonarlo, la autoeficacia se dirige a las conductas relacionadas con la abstinencia (no consumir, no frecuentar lugares donde consumía, adquirir nuevos hábitos incompatibles con el consumo, etc.).

En este sentido y siguiendo a Bandura (1982), ambos tipos de expectativas son importantes, pero serán las expectativas de autoeficacia las que finalmente determinen la acción.

En la línea de la Teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura (1995) se ha observado que la autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias se incrementa durante el curso del tratamiento y es un buen predictor de resultados (Goldbeck, Myatt y Aitchison, 1997; Reilly et. al., 1995), teniendo en cuenta la importancia de las habilidades adquiridas durante el tratamiento (Ilgen, 2007).

De manera específica, la autoeficacia para mantener la abstinencia, se ha encontrado como predictor del resultado del tratamiento de abusadores de drogas en general (Coon, 1998), de alcohol (Solomon y Annis, 1990; Zingg, 2009), pacientes dependientes de opiáceos (Reilly et al., 1995; Senbanjo et al., 2007), fumadores (Gulliver et al., 1995; Palacios, 2010), pacientes dependientes de cocaína (Dolan et al., 2007), y pacientes dependientes de marihuana (Litt et al., 2005), observándose que los cambios en la autoeficacia, producían cambios en las conductas que ayudaban a disminuir el uso de la sustancia.

Por otro lado, los pacientes que manifiestan su intención de mantener una abstinencia total parecen tener menos probabilidades de recaída que los que no se plantean una abstinencia absoluta. En el trabajo de Dolan et al. (2008), se encontró una asociación entre autoeficacia y un mayor deseo de dejar de consumir y menor necesidad de uso en situaciones de alto riesgo. La edad, los síntomas depresivos, el funcionamiento cognitivo, el consumo de sustancias recientes, y los éxitos del pasado en dejar el consumo también se correlacionaron con la autoeficacia (Sánchez-Hervás y Llorente del Pozo, 2012). La autoeficacia también parece predecir el consumo de cocaína en usuarios de crack. Una mayor autoeficacia se ha relacionado con menor gravedad percibida del uso de sustancias y menor frecuencia de uso de alcohol (McKay et al., 2005).

Sin embargo, diferentes autores sitúan la fuente del sentimiento de autoeficacia para el abandono de las drogas en diferentes procesos tanto personales (personalidad, estabilidad emocional, etc.) como del tratamiento. No hay que olvidar que el sentimiento de autoeficacia es específico para conductas concretas, pero que también está influenciado por otras variables personales y sociales.

Según Marlatt y Gordon (1985) una elevada autoeficacia está fuertemente relacionada con estrategias de afrontamiento a situaciones de alto riesgo de consumo eficaces y cuanto mayor es el período que consigue una persona estar abstinentes, mayor percepción de autocontrol tiene sobre sí mismo y por tanto mayor autoeficacia siente, obteniéndose las puntuaciones más bajas en autoeficacia en las fases de precontemplación (cuando el paciente no siente que tenga ningún problema con la sustancia en cuestión), y aumentando casi de manera lineal a lo largo del resto de etapas de cambio -contemplación, determinación, acción y mantenimiento- (Yalçinkaya-Alkar y Nuray Karanci, 2006). Para que este aumento lineal de la sensación de autoeficacia se produzca, es fundamental el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la renovación constante de la decisión y compromiso de mantenerse abstinentes, que es lo que al individuo le va a permitir sentirse eficaz.

Chicharro (2005) propone que la autoeficacia percibida está modulada por rasgos de personalidad como el control de emociones, la cooperatividad, la perseverancia y la apertura a la cultura; siendo la evaluación de la personalidad, según él, un mejor predictor de la abstinencia y el elemento clave para programar, desarrollar y evaluar los tratamientos que la autoeficacia.

En la misma línea, Garrido y colaboradores (2005) proponen un modelo a partir del cual, sea la personalidad del sujeto la que determine el menú de técnicas y las estrategias de intervención más adecuadas.

Reilly y colaboradores (1995) observaron en una muestra de pacientes adictos a la heroína, en los cuales realizaron distintas evaluaciones de autoeficacia, que la capacidad de estos pacientes para no consumir heroína aumentaba cuando recibían la primera dosis de metadona y justo antes de pasar a un estado crónico en el tratamiento con metadona (tratamiento de larga duración en la mayoría de casos), y disminuía cuando el paciente pasaba al estado crónico de tratamiento y se enfrentaba a situaciones de alto riesgo, siendo por tanto el momento del tratamiento y las situaciones enfrentadas las que determinaban el nivel de autoeficacia, más incluso que la percepción de una dosis de metadona satisfactorio (Senbanjo, 2009).

Estos estudios, plantean varias dudas respecto a la utilidad de la medida de la autoeficacia en el tratamiento de conductas adictivas; en primer lugar, si es la variable idónea para predecir la evolución del paciente adicto en el tratamiento de desintoxicación y deshabituación, y en segundo lugar, si es una variable generalizable o específica de determinadas situaciones concretas.

Muy posiblemente, es una variable no tan estática, como muestra un valor absoluto en su medida en un momento determinado, y justamente ese es su valor, el hecho de que es una variable trabajable, y con gran potencial de cambio, con el paciente.

Hay autores que postulan que la autoeficacia es específica de determinadas situaciones (Annis, 1982) y difícilmente generalizable a otra situación; otros sin embargo, concluyen que la autoeficacia no es específica de la situación, sugiriendo que las evaluaciones de eficacia, pueden ser predictores útiles de recaída, particularmente cuando se evalúa durante la fase de cambio de mantenimiento (Baer et al., 1986; Diclemente et al., 1985).

En este sentido, desde una perspectiva motivacional, la autoeficacia no es una característica estable y directamente dependiente de la personalidad del individuo como indicaban Chicharro (2005) y Garrido (2005) aceptándose que la personalidad puede influir en ella, así como diferentes estados como encontró Dolan (2008) en su estudio en el que observaron que la edad, los síntomas depresivos, las funciones cognitivas, el uso reciente de sustancias de abuso y el acontecimiento de éxitos recientes, correlacionan con la autoeficacia.

Desde el trabajo que parte de la Entrevista Motivacional, la autoeficacia es una característica específica para cada tipo de conducta y que depende no sólo del paciente consumidor, sino también de la relación terapéutica que se establece en terapia, de la creencia por parte del terapeuta en la capacidad de cambio del paciente y de la capacidad de rescatar aspectos autoeficaces del paciente en situaciones comparables con el mantenimiento de la autoeficacia.

Ésta es una forma dinámica de entender el concepto y que ofrece la posibilidad de trabajar sobre él, potenciando la capacidad del paciente durante todo el proceso de tratamiento.

3.5. TIPOS DE AUTOEFICACIA EN LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA ADICTIVA

DiClemente y colaboradores (1995) describieron cinco tipos diferentes de auto valoraciones de eficacia referidas al tratamiento de adicciones y a la prevención de recaídas:

1. Autoeficacia de manejo: se refiere a la confianza en la propia habilidad para manejar satisfactoriamente situaciones específicas como resistirse a las presiones de los amigos para consumir sustancias o hablar con alguien cuando se está emocionalmente angustiado en lugar de emplear una sustancia adictiva.
2. Autoeficacia para la conducta de tratamiento: referida a la confianza del paciente en su habilidad para ejecutar las tareas requeridas en el proceso de tratamiento con el fin de lograr el cambio personal.
3. Autoeficacia de recuperación: relativa a los juicios de la capacidad para recuperarse de las recaídas y los lapsos que se pueden producir a lo largo del proceso de recuperación.
4. Autoeficacia de control: relativa a la capacidad percibida para controlar o modelar la conducta de consumo en cuestión como por ejemplo evitar el consumo de alcohol en pacientes dependientes de alcohol.
5. Autoeficacia de abstinencia: referente a las propias capacidades percibidas para abstenerse del consumo de sustancias adictivas.

Marlat y sus colaboradores (1995) proponen una clasificación de 5 categorías de creencias de eficacia que incluye la auto eficacia tanto para la iniciación en el consumo de sustancias como para la subsiguiente modificación de las conductas adictivas una vez se ha creado el hábito de consumo. Las dos categorías incluidas en la fase de mantenimiento a largo plazo de la modificación alcanzada, se corresponden con dos de las categorías de la clasificación anterior.

Fase de iniciación

1. Auto eficacia de resistencia: juicios sobre la propia capacidad para evitar el consumo previo a la iniciación del hábito. Se refiere a la propia habilidad percibida para resistirse a la presión de beber o consumir drogas.

Distintas investigaciones han demostrado que la baja auto eficacia de resistencia emparejada con las influencias sociales a favor del consumo de drogas predice tanto las intenciones como el consumo real de alcohol y tabaco en los adolescentes. López Torrecillas y cols. (2002) encontraron que los sujetos que consumen alcohol y drogas presentaban puntuaciones más bajas en autoeficacia que los no consumidores.

Es por ello que los programas de prevención primaria intervienen tanto en el conocimiento de los efectos y consecuencias de las sustancias, como en las capacidades para resistirse a las presiones de grupo y tentaciones personales.

2. Auto eficacia para la reducción del mal: eficacia para la reducción del riesgo tras el uso inicial.

La finalidad del enfoque de reducción del daño consiste en minimizar el daño del consumo continuado reduciendo la cantidad consumida o eliminando el consumo abusivo.

Este enfoque se plantea cuando el consumidor no quiere dejar el consumo.

Fase de modificación de conducta

3. Auto eficacia de acción: confianza en las propias capacidades para alcanzar la meta deseada de la abstinencia o del consumo controlado. Está relacionada con la fase de modificación de conducta o con el inicio del cambio hacia el no consumo.

Mantenimiento a largo plazo de la modificación alcanzada

4. Auto eficacia de manejo: eficacia anticipatoria para manejar las crisis de recaídas. Está relacionada con la fase de mantenimiento de la abstinencia.
5. Auto eficacia de recuperación: restablecimiento del manejo tras los episodios de recaídas.

3.6. AUTOEFICACIA PARA EL CAMBIO. IMPORTANCIA DE LA AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Partiendo del modelo de los “estadios de cambio” de Prochaska y DiClemente (1992) una persona que se plantea dejar el consumo de una droga, ya sea en tratamiento con un experto o por su cuenta y sin ayuda, lo que han denominado auto-cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) pasa por una serie de fases en las que va realizando diferentes cambios, en concreto 5 fases.

Estas fases también se han identificado en poblaciones que trataban de solucionar otros problemas psicológicos (Prochaska y DiClemente, 1985).

En la misma línea, en otro estudio con pacientes de psiquiatría general ambulatoria, los autores encontraron que el estadio de cambio en que se encontraba el paciente predijo mejor el progreso alcanzado después de cuatro meses de terapia que los diagnósticos del DSM o que la gravedad de los síntomas (McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989).

Describimos a continuación las fases propuestas por estos autores:

PRECONTEMPLACIÓN: En esta etapa no hay ninguna intención de cambio por parte del paciente en un futuro próximo ya que no existe conciencia de tener ningún problema relacionado con el consumo de drogas o los minimizan. Cuando acuden a tratamiento, a menudo es por presión de los demás.

La resistencia a reconocer o a modificar un problema es la señal de la precontemplación.

Frases típicas de esta fase son *“Yo no tengo ningún problema, es mi mujer quien está preocupada”*, *“Yo me siento bien, sólo bebo un poco de vez en cuando y no soy un alcohólico por ello”*.

CONTEMPLACIÓN: En esta etapa las personas son conscientes de que tienen un problema y piensan seriamente en superarlo pero aún no se han comprometido a pasar a la acción.

En esta fase la persona entra en un período caracterizado por la ambivalencia, en el que considera y rechaza el cambio a la vez; discurrirá entre las razones por las que debe preocuparse de su problema y las razones por las que cree tener para no preocuparse.

Frases típicas de esta fase son *“sí, creo que es cierto que bebo demasiado, pero también es cierto que me gusta”*, *“debería dejar el consumo de cocaína porque me está causando muchos problemas, pero no sé si seré capaz”*.

PREPARACIÓN: El paciente, ya ha resuelto la ambivalencia y ha decidido iniciar el cambio; ahora, además de tener la intención de cambiar, empieza a pensar en acciones concretas para llevarlos a cabo.

Frases típicas de esta fase son *“voy a intentarlo, cómo puedo empezar”*, *“dejaré el consumo, quién me puede ayudar”*.

ACCIÓN: El paciente modifica su comportamiento, experiencias o entorno con el objetivo de superar sus problemas.

Cada vez hay mayor compromiso con el cambio.

Frases típicas de esta fase son *“llevo dos semanas sin beber”*, *“hace un mes que no fumo nada”*.

MANTENIMIENTO: Es la etapa de la consolidación de los resultados obtenidos durante la acción; es muy importante el trabajo dirigido a la prevención de recaídas.

Frases típicas de esta fase son *“hace tres meses que no consumo nada”*, *“ya llevo cinco meses abstinentè”*.

RECAÍDA: Hay personas que consiguen mantenerse en la etapa anterior “para toda la vida”, pero hay un alto porcentaje de pacientes que tienen una o varias recaídas en el consumo durante todo el proceso, retomando una parte de ellos la fase de acción y mantenimiento de inmediato, e instalándose de nuevo en la ambivalencia otra parte y con ellos alargando la fase de recaída hasta retomar el compromiso con la abstinencia de nuevo.

Frases típicas de esta fase son *“ayer me encontré con quien me vendía la cocaína antes y compré un gramo; lo consumí todo”*, *“hace dos semanas que estoy bebiendo diariamente”*.

El paso de un estadio a otro depende de diferentes variables, intensificándose distintos procesos en cada uno de los estadios.

Partiendo del modelo del “Determinismo Recíproco” de la Teoría Cognitivo Social, Bandura plantea que la conducta, los factores cognitivos y demás factores personales, y las influencias ambientales operan de forma interactiva como determinantes recíprocos. En este determinismo recíproco triádico, el término recíproco hace referencia a la acción mutua desarrollada entre los factores causales (Bandura, 1986).

El estadio más representativo permite evaluar cuándo es posible que ocurran determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas (Tejero y Trujols, 1994).

En el estadio de precontemplación se da la menor utilización de los procesos de cambio. Para que se produzca el paso al estadio de contemplación, ha de producirse un incremento importante de la concienciación, de las consecuencias y de la realidad de la situación. El mantenimiento en la utilización de estos procesos de cambio, en combinación con la autoevaluación, es necesario para alcanzar el estadio de preparación. Para pasar de éste al estadio de acción ha de producirse el proceso de autoliberación. La acción eficaz necesita utilizar todos los demás procesos de cambio: manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos. En todo el proceso, se identifican dos variables cognitivas mediadoras, la autoeficacia y el balance en la toma de decisiones (pros y contras), que variarán en su consideración por parte del individuo según el estadio de cambio en que se encuentre. El mantenimiento exitoso requiere la continuidad de la utilización de estos procesos durante bastante tiempo, aunque progresivamente con menor intensidad (Prochaska y DiClemente, 1985).

En la tabla 1 se puede observar la evolución de un estadio a otro en base a qué cambios se producen.

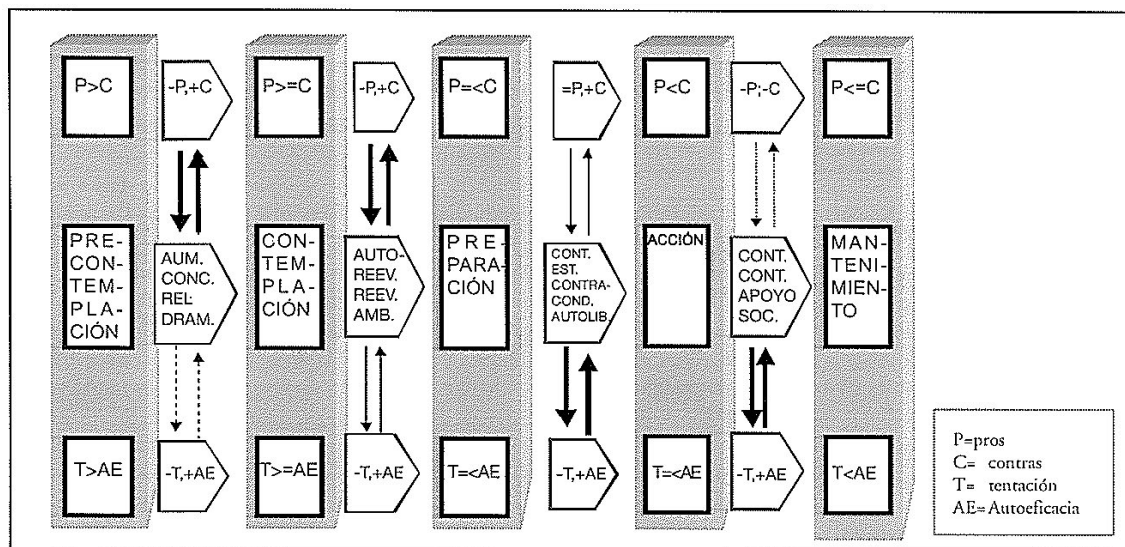


Tabla 1 Modelo Transteórico del Cambio

(Díaz, 2001. p. 31)

La interacción entre los procesos y las variables mediadoras con los estadios de cambio, permite realizar predicciones del avance de las personas a través de los estadios en función del estado de estas variables.

La tabla 1 contempla como variables mediadoras el balance decisional (pros y contras de la conducta y del cambio de conducta), el impulso de tentación para el consumo y el sentimiento de autoeficacia para no consumir.

Podríamos añadir un conjunto más de este tipo de variables mediadoras, entre las que se encontrarían el proceso de desarrollo y evolución de la identidad que estudiaremos de manera más profunda en el capítulo siguiente pero que merece atención en este punto.

Podemos decir que desde el estadio de precontemplación, hasta el de mantenimiento el sujeto pasará por diferentes crisis, desarrollando las fuerzas básicas específicas de cada una de ellas permitiendo una evolución en el individuo a distintos niveles; durante esa evolución, el sujeto irá desarrollando las habilidades necesarias tanto para estar abstinentemente como para ir sintiéndose y adaptándose mejor en el “nuevo rol” adquiriendo, el rol de no consumidor.

La autoeficacia para la acción que implica la reducción o eliminación de una conducta adictiva es un factor crítico que comienza con el compromiso de actuar. Tanto la eficacia de manejo como la eficacia de recuperación son centrales para el estadio de mantenimiento de la modificación de hábitos (Bandura, 1995).

De la misma manera, la autoeficacia parece constituir un importante factor en el análisis de la recaída, prediciendo tanto la iniciación como la persistencia en la utilización de las habilidades de afrontamiento, pronosticando que una baja autoeficacia podría ir en contra de la utilización de habilidades de afrontamiento en una situación de riesgo determinada (Rollnick y Heather, 1982).

En esta dirección y desde el enfoque de Prochaska y DiClemente (1992, 1993) es poco probable que una persona pueda desvincularse completamente de todo lo que implica su conducta adictiva, ya que para ellos la finalización se alcanza cuando se cumplen dos criterios:

1. Cuando ya no existe deseo de consumir drogas en cualquier situación problema.
2. La autoeficacia (entendida como la confianza y seguridad de no consumir drogas en cualquier situación) es del 100%.

Como ha señalado Bandura (1991):

“La eficacia percibida puede influir sobre todas las fases del cambio personal cuando las personas contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, cuando tratan de reunir la motivación y la perseverancia necesarias para tener éxito en caso de decidir hacerlo y cuando mantienen adecuadamente los cambios que han logrado (p. 258)”.

Respecto al desarrollo de la autoeficacia durante el tratamiento, Burling et al. (1989) y Solomon y Annis (1990) encuentran que a medida que el tratamiento transcurre, y éste es efectivo, aumenta la autoeficacia. Miller et al. (1989) observa que la autoeficacia diferencia significativamente a los

drogodependientes en función del tiempo de abstinencia, siendo los que más tiempo se mantienen abstinentes los que tienen mayor autoeficacia. Diclemente (1986) encuentra que los pacientes más motivados hacia el tratamiento tienen una mayor autoeficacia que los que se muestran indecisos o pasivos hacia el cambio. Prochaska y cols. (1991) concluyen que la autoeficacia se incrementa progresivamente hasta su máximo valor en el mantenimiento.

Sin embargo, una elevada autoeficacia puede ser un factor de riesgo porque puede llevar a la persona a confiarse en exceso (Buring et al., 1989; Ilgen et al., 2005; Chicharro et al., 2007). La creencia de tener controlado el problema puede llevar al paciente a sobreestimar sus capacidades y enfrentarse a situaciones con una dificultad para la que podría no estar preparado asumiendo un gran riesgo de recaída sin ser consciente de ello.

Este es uno de los factores de recaída más frecuentes en pacientes que consiguen la abstinencia en un corto periodo de tiempo.

Chicharro y colaboradores (2007) encontraron una distribución en U invertida respecto a los niveles de autoeficacia y los resultados del tratamiento, viendo que los mejores resultados a nivel de tratamiento los obtenían aquellos pacientes que habían iniciado el proceso de rehabilitación con moderadas estimaciones de autoeficacia, mientras que tanto los que habían declarado muy baja autoeficacia como los que la sobreestimaban, eran más vulnerables a obtener malos resultados en el tratamiento.

Es en este sentido en el que se aconseja, realizar una intervención a distintos niveles en el proceso de deshabitación de cualquier droga para que el propio paciente vaya siendo capaz de calibrar de una manera lo más ajustada posible sus capacidades a la realidad. El trabajo sobre el desarrollo de identidad, sobre quién quiere ser realmente teniendo claro de donde parte y hacia dónde quiere llegar, sería una de las propuestas.

Podría ocurrir que tanto los pacientes que estiman tener muy baja autoeficacia como los que estiman tenerla muy alta, son los que peor evalúan sus capacidades, subestimándolas en el primer caso y sobreestimándola en el segundo, alejándose en la evaluación más de la eficacia real que los que la estiman en nivel medio.

Siguiendo el modelo de estadios de cambio comentado anteriormente, y relacionando las fases con la evolución de la autoeficacia y la tentación de consumo, DiClemente plantea que en el estadio de precontemplación existe un amplio desnivel entre la baja autoeficacia y la alta intensidad de la tentación; este desnivel se reduce en el estadio de contemplación y llega a cierto equilibrio en la preparación. Cuando el paciente entra en el estadio de acción, el equilibrio entre tentación y autoeficacia se pierde, aumentando de manera drástica la autoeficacia y disminuyendo la tentación de manera gradual. En el estadio de mantenimiento empieza la inversión del patrón que se

observaba en el estadio de precontemplación, la tentación disminuye al mínimo a la vez que la autoeficacia alcanza su punto máximo (DiClemente, 1986).

Según DiClemente, la valoración de la autoeficacia tiene una implicación distinta en los primeros estadios de cambio cuando los individuos todavía no se han comprometido a actuar y no reciben feedback para aplicarlo a su autoevaluación. Es por ello que en el caso de los precontempladores es difícil interpretar la eficacia en la abstinencia, pudiendo representar las bajas puntuaciones en autoeficacia de este grupo de individuos una combinación de percepción de incapacidad y falta de interés.

A partir del estadio de acción, los individuos son más capaces de evaluar directamente su capacidad y grado de autoconfianza ante eventuales situaciones de riesgo de recaída.

La confianza en la propia eficacia influye en el esfuerzo empleado en los procesos de cambio en función del estadio en que se encuentre cada individuo (DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985).

En este capítulo hemos estudiado el concepto de autoeficacia y su relación tanto con el inicio del proceso de adicción a una o varias drogas, como con el mantenimiento del consumo y el inicio de su cese y mantenimiento de la abstinencia a lo largo del tiempo.

La autoeficacia es una variable fundamental durante todo el proceso de adicción, siendo importante tenerla en cuenta no sólo en los procesos de tratamiento sino también en las intervenciones a nivel preventivo.

Se ha presentado una revisión de los diferentes autores que han trabajado sobre el tema con la que se ha pretendido dar una visión general de la dimensión de la autoeficacia y de los procesos que la variable incluye; procesos por otro lado con gran capacidad protectora de las personas y posibilitadores de una buena evolución a lo largo del desarrollo en el ciclo vital.

A nivel de intervención en los procesos adictivos, nos hemos centrado sobre todo en la perspectiva motivacional desde la que se plantea la autoeficacia como un aspecto determinante en el resultado del tratamiento y abordable en terapia a nivel de intervención sobre los aspectos básicos de la persona.

Consideramos importante entender la autoeficacia como una variable más en el proceso de desarrollo de las personas y en el proceso de cambio, muy vinculada al nivel madurativo del individuo, ya que cuando hablamos de autoeficacia para hacer algo entendemos que esa capacidad implica por un lado el sentimiento de poder hacer, pero también el de ser capaz de calibrar bien la capacidad en referencia a la tarea en sí, el tiempo que requiere, las ayudas que uno puede tener, el esfuerzo que hay que emplear etc., y es en este segundo punto donde es importante un buen desarrollo a nivel madurativo. Además, dicha tarea puede estar integrada en lo que uno quiere hacer para sí mismo o bien no estarlo y es en este punto donde enlazamos con el siguiente capítulo, centrado en el proceso de desarrollo de la identidad.

4. IDENTIDAD Y CONDUCTA ADICTIVA

En este capítulo vamos a investigar el tema de la identidad desde una perspectiva evolutiva, estudiando el constructo en sí y su proceso de desarrollo a lo largo del ciclo vital.

También trabajaremos sobre los factores relacionados con el desarrollo problemático de la identidad.

Centrándonos de manera específica en la población consumidora de drogas, estudiaremos el desarrollo de la identidad como variable implicada en el inicio y mantenimiento del consumo de tóxicos, pero también como fundamental en el paso de la dependencia a la decisión de no consumo y a la abstinencia mantenida posteriormente.

Cuando hablamos de identidad, de manera general nos referimos a un sentimiento de integración de uno mismo y de continuidad a lo largo del tiempo y de la propia historia. Cuando una persona pasa un periodo de su vida consumiendo, construye durante todo ese tiempo su identidad alrededor de la dinámica de consumo y a su vez, cuando decide dejarlo, ha de realizar un proceso de reconstrucción y cambio en ese proceso.

El concepto de identidad ha sido estudiado por diversos autores y parte de la idea de desarrollo psicosocial introducida por Erikson; es por ello que comenzaremos el capítulo resumiendo su teoría y los estadios psicosociales construidos por el autor, continuando con las aportaciones y perspectivas de otros autores centrales en este tema como es Marcia, autor de los estatus de identidad, Schwartz, Meeus y Luckyx, entre otros. También veremos los problemas en el desarrollo de la identidad y aspectos relacionados con ello, vinculándolo al tema central de nuestra investigación, el consumo de drogas.

4.1. DESARROLLO DE LA IDENTIDAD A LO LARGO DEL CICLO VITAL

Partiendo de la teoría de Erikson (2000) el desarrollo a lo largo del ciclo vital se describe a través de ocho estadios que hacen referencia a cambios importantes y que constituyen un proceso inevitable para el ser humano en crecimiento. En cada estadio, se producen un conjunto de cambios internos y externos que ocasionan una crisis en el desarrollo; estas crisis se consideran como un momento decisivo en el que puede darse o no un nivel de integración superior de la personalidad.

De acuerdo con Erikson, la formación de la identidad suele ser un proceso prolongado y complejo de autodefinition. Este proceso ofrece continuidad entre el pasado, el presente y el futuro del individuo creando una estructura que le permite organizar e integrar las conductas en diversas áreas

de la vida, conciliando las inclinaciones y los talentos del individuo con los roles anteriores provenientes de los padres, los compañeros o la sociedad. La formación de la identidad ayuda además al individuo, iniciándose este proceso concreto en la adolescencia, a conocer su posición con respecto a los otros y con ello sienta las bases de las comparaciones sociales. Por último, el sentido de identidad contribuye a darle dirección, propósito y significado a la vida (Erikson, 1964) y en esta dirección recogemos la siguiente cita del autor.

“La identidad incluye (pero es más que) la suma de todas las identificaciones sucesivas de aquellos años tempranos en los que el niño quería ser –y era con frecuencia obligado a ser– como la gente de la que dependía.”
(Erikson, 1971, p. 71).

La consolidación de la identidad personal, es una construcción multidimensional que incluye varios componentes que representan la consecución del objetivo de alcanzar la identidad en la edad adulta emergente: elaboración e identificación con compromisos, integración de varios aspectos de la identidad en un todo coherente, desarrollo de consistencia a través de tiempo, y percepción de uno mismo como un adulto y como un miembro de una comunidad adulta (Schwartz, 2007).

Considerando que la consolidación de la identidad personal representa un activo principal del desarrollo necesario para una acertada transición a la edad adulta (Erikson, 1950). Esta consolidación puede ser un signo de que el adulto emergente se adapta a un modo de vivir maduro y disminuye, por el contrario, el número de comportamientos peligrosos para la salud como es el abuso de drogas, conducir bajo los efectos del alcohol, conductas sexuales de riesgo, etc. En particular, la presencia de todos los componentes de consolidación de identidad pueden sugerir que la consecución de la identidad de orden más alto ha sido alcanzada y puede suponer la protección adicional contra estos comportamientos de peligro para la salud (Schwartz, et al., 2010).

De esta manera, Kroger y Marcia (2011) apuntan como variables influidas por el desarrollo de la identidad a la autoestima, la ansiedad, el locus de control, el razonamiento moral y el desarrollo del ego.

Un sentido sólido de identidad, representado por la consolidación de dicha identidad y sus diferentes componentes, probablemente se asocia con una orientación hacia el futuro (Luyckx et al., 2010) que a su vez, puede disminuir la probabilidad de implicación en conductas hedonísticas que pretenden la consecución del placer a corto plazo, y que pueden tener consecuencias negativas para la salud con diferentes niveles de gravedad (Mokdad et al., 2005).

En esta misma dirección, diferentes estudios han encontrado una asociación positiva entre la capacidad de la persona para establecer compromisos claros de identidad y el bienestar psicológico (Berzonsky y Adams, 1999; Bosma y Kunnen, 2001), y por el contrario, una tendencia a situarse en moratoria y un aumento de ansiedad y discomfort (Kroger y Marcia, 2011).

Se ha observado que las personas que puntúan alto en la integración de la identidad, saben lo que quieren de la vida, tienen bien definidas metas a largo plazo y poseen un sentido interno de la coherencia o la interacción de los diferentes aspectos del concepto de sí mismo. Por el contrario, las personas con puntuaciones bajas en la integración de la experiencia de identidad, presentan un alto conflicto interno en relación con los diferentes aspectos del concepto de sí mismo (Luyckx et al., 2010). Este podría ser uno de los motivos por los que un individuo decida mantener el consumo de drogas, o simplemente, lo haga sin ni siquiera haberlo decidido.

O'Brien y Epstein (1988) observaron correlaciones negativas entre la integración de la identidad y el neuroticismo y los síntomas depresivos; y obtuvieron correlaciones significativamente positivas entre la integración de identidad y la autoestima. Los mismos resultados respecto a la autoestima fueron encontrados por Kroger y Marcia (2011), así como un aumento en el locus de control interno, mayor sentimiento de autoeficacia y bienestar y un nivel menor de autoritarismo (frente a los sujetos situados en cerrazón, que presentaban un alto nivel). Por tanto, parece plausible esperar que la coherencia entre los diferentes elementos dentro del concepto de sí mismo, junto con la consistencia a través del tiempo y el espacio, actuarían como un mecanismo mediador entre el compromiso asumido a nivel de identidad y el ajuste (Luyckx et al., 2010).

Erikson definió ocho estadios de identidad, con sus correspondientes crisis psicosociales y se describen en el siguiente cuadro:

Vejez	VIII							Integridad versus desesperanza, disgusto
Adulthood	VII						Generatividad versus estancamiento	
Juventud	VI					Intimidad versus aislamiento		
Adolescencia	V				Identidad versus confusión de identidad			
Edad escolar	IV			Industria versus inferioridad				
Edad de juego	III		Iniciativa versus culpa					
Niñez temprana	II	Autonomía versus vergüenza, duda						
Infancia	I	Confianza básica versus desconfianza básica						

Tabla 2 Estadios de desarrollo y sus crisis psicosociales

(Erikson, 2000, p. 64-65)

Las crisis, según Erikson, tienen un sentido evolutivo y connotan “no una amenaza o catástrofe, sino un momento decisivo, un periodo crucial de vulnerabilidad incrementada y potencial, y por tanto, fuente ontogenética de fuerza y desajuste generacional” (Iribarren y Navarrete, 1993, p.64).

Se suele considerar que la crisis de identidad se ha resuelto adaptativamente cuando se logra un ajuste satisfactorio entre la autodefinición personal y los roles sociales que el sujeto desempeña (Coté, 1996).

Aunque la identidad comienza a formarse desde los primeros años de vida, siendo la cualidad yoica de la existencia, es en la adolescencia cuando emerge como la tarea evolutiva más importante, relacionada con la búsqueda e integración de dicha identidad, es decir, resolver la cuestión de ¿quién

soy en realidad?. Según Erikson (1971) sólo en la adolescencia el individuo desarrolla realmente los requisitos de crecimiento fisiológico, madurez mental y responsabilidad social que le permiten experimentar y superar la crisis de identidad. También es cierto que es en este periodo en el que los adolescentes tienen una serie de demandas que comienzan a plantearse: elección de pareja, independencia de la familia, elección vocacional, etc. Pero la búsqueda de identidad no termina en la adolescencia.

Hay que tener en cuenta que es también en este periodo cuando algunos de los jóvenes empiezan a probar ciertos tipos de drogas tanto legales como ilegales (alcohol, tabaco, marihuana) con diferentes objetivos. A algunos de los adolescentes les gusta experimentar diferentes sensaciones producidas por las sustancias, a otros las sustancias tóxicas les permiten ser aceptados en un grupo de iguales e incluso les da un estatus diferente frente a los demás (Pallarés y Martínez, 2010). También podemos encontrar jóvenes que encuentran en el consumo una manera de oponerse a las normas e ideales paternos y jóvenes que buscan en este consumo una manera de evadirse de su realidad.

Erikson describió, que los jóvenes que no alcanzaban ciertos compromisos de identidad, eran más vulnerables de involucrarse en comportamientos de riesgo elevado (abuso de drogas y alcohol), como una tentativa de encontrarse a ellos mismos o de aliviar la ansiedad asociada a la confusión de identidad que sentían (Luyckx et al., 2006). También se observó que la consistencia a través de los aspectos de identidad, se asoció con una baja probabilidad de utilización de inhalantes y drogas duras. A su vez, la consistencia de la propia identidad a través del tiempo y el lugar, apareció como protectora contra el sexo ocasional, sexo sin protección y sexo bajo efectos negativos del alcohol, y conducir borracho. También se observó que la consolidación de identidad fue protectora contra el uso de marihuana y el uso perjudicial de medicamentos (Schwartz et al., 2010).

Es más probable encontrar estudiantes de colegio en etapa de exploración, que adultos emergentes, por tanto también es más probable encontrar estudiantes de colegio sin haber conseguido una consolidación de su sentido de identidad.

Aunque el clima del colegio pueda animar a la exploración de alternativas, sobre todo en el caso de estudiantes más jóvenes, a menudo es asociada con confusión, al menos temporalmente (Rosenthal et al., 1981) y angustia porque esto implica pérdidas o tener que desechar compromisos existentes (Schwartz et al., 2009).

El establecer compromiso de identidad, y adaptarse a un modo de vivir adulto, puede ayudar a relevar algunos de estos síntomas y proteger contra las conductas de riesgo (Fischer et al., 2007). Las conductas de riesgo, a menudo disminuyen con la adopción de papeles adultos (matrimonio, paternidad, empleo) (Bachman et al., 2002).

Es por ello, que la prevención y la intervención precoz, pueden ser útiles para ayudar a la orientación de los adultos emergentes, para poder pasar por este proceso tan suavemente como sea posible (Schwartz et al., 2010).

Nos preguntamos cómo se ve influido el desarrollo de la identidad en estos jóvenes consumidores y cómo su evolución siguiente habría sido diferente si no hubiesen iniciado el consumo.

Por otro lado, también nos planteamos qué podría ocurrir en algunos casos en los que el consumo, como ejemplo de una conducta exploratoria más, que se abandonaría posteriormente, pudiese dar lugar a un trabajo de identidad que permitiese al joven evolucionar de forma más madura, al poder implicar un proceso importante de pensamiento y toma de decisiones, en el que se vieran involucradas partes del propio adolescente a nivel personal, familiar y social.

También es cierto, que posiblemente sean los jóvenes más desarrollados los que son capaces de no evolucionar a un nivel de consumo de mayor gravedad.

En su acercamiento psicosocial a la identidad, Erikson acentuó el papel importante de la sociedad y los iguales circundantes en el reconocimiento, el apoyo y la ayuda a la formación de la identidad adolescente. Puede ocurrir también que el contexto sea una barrera que limite las oportunidades de los adolescentes para construir un fuerte sentido de sí mismo o una identidad estable y coherente (Yoder, 2000). El bajo estatus socioeconómico, pobres oportunidades educativas o restricciones políticas son ejemplos de lo que podríamos llamar barreras de identidad.

Los elementos básicos que configuran el logro de la identidad personal, en el sentido de la teoría de Erikson, teniendo en cuenta el grado de implicación del sí mismo y del contexto, son los siguientes:

Dimensión psicológica-subjetiva o identidad del yo: un sentido activo de individualidad, totalidad y cohesión. La identidad proporciona al individuo un íntimo sentido de mismidad y continuidad tanto en el espacio, a través de las diversas situaciones y contextos, como en el tiempo, respecto al sí mismo pasado y a las potencialidades futuras. Comprende las creencias más básicas y fundamentales que la persona tiene sobre ella misma. La identidad del yo se postuló como temporalmente consistente y resistente al cambio.

Dimensión personal: una coherencia de tener una personalidad única, diferente de la de los demás, con atributos específicos y peculiares y que es valorada por otros significativos. Existe una clara tensión por “distinguirse” y la necesidad de recibir tanto el apoyo de figuras importantes como de las estructuras institucionales de la sociedad. La formación de identidad requiere un proceso de

individuación respecto al “sí mismo” familiar, aunque sin llegar a una desconexión total. Representa el conjunto de metas, valores y creencias que la persona muestra al mundo.

Dimensión social: la presencia de una dirección en la vida reflejada a través de una serie de metas y valores identificables y con significación cultural (lengua, país de origen, etc.). Dicha selección de compromisos se derivan de la experimentación, valoración y cuestionamiento de las opciones ideológicas y sociales que se plantean al sujeto durante los años adolescentes.

Representa la consolidación de elementos que se han integrado dentro del sentido del sí-mismo de la persona desde los grupos a los que pertenece.

Una capacidad equilibrada y dinámica de contraponer y sintetizar las tendencias internas (mundo interno) y externas (los demás) es la que va a permitir el desarrollo de la identidad, encontrando un espacio intermedio entre los procesos individuales y sociales; por un lado un sentimiento de individualidad –ser único- y por otro un sentimiento de vinculación ligado al contexto social y reconocido por el sujeto.

En este sentido, el consumo de drogas puede tener una función tanto de individuación y diferenciación respecto a los demás queriendo marcar con el consumo una diferencia respecto a otras personas o a otros grupos de pertenencia (dimensión personal), como de identificación con ideales y grupos de referencia (dimensión social). También permite en algunos casos sentir una continuidad en el tiempo que en muchas ocasiones no les es deseable de forma total, pero sí en parte -no quieren seguir consumiendo pero sí quieren seguir haciendo lo mismo que llevan haciendo años, por ejemplo bajar al parque con los amigos cada día con los que fumaba cannabis- (dimensión psicológica-subjetiva).

Por tanto, en la medida en que las tres dimensiones anteriores, la psicológica, la personal y la social, acaban encajando, finaliza con éxito la tarea de la formación de identidad. Dicho “encaje” permite experimentar un sentimiento de identidad interior en forma de continuidad progresiva entre aquello que el individuo ha llegado a ser durante los largos años de infancia y lo que promete ser en el futuro; entre lo que él piensa que es y lo que percibe que los demás ven en él y esperan de él (Erikson, 1971).

Cuando este “encaje” se produce alrededor del mundo del consumo, la identidad de consumidor marca una línea en el desarrollo en ocasiones casi única, pero otras veces, acompañada por otras líneas que pueden ser un punto de cierto equilibrio y que permite una evolución con más posibilidades.

Este intenso trabajo de “síntesis del yo” sólo culminaría al final de la adolescencia, pero Erikson reconocía que el sentido de identidad no se acaba de ganar nunca del todo y por tanto, cuestiones de identidad vuelven a expresarse a lo largo de la tardía adolescencia y al principio de los años veinte o el periodo llamado adultez emergente (Arnett, 2000) e incluso durante todo el periodo adulto (Zacarés, 2001).

El logro de identidad significa que el adolescente ha concluido un periodo de exploración y ha adoptado una serie de compromisos relativamente estables y firmes.

Erikson atribuye a cada uno de los estadios y crisis psicosociales descritos en la tabla 2 una fuerza básica que hace referencia a las fuerzas psicosociales que emergen de las luchas entre las tendencias sintónicas y las distónicas.

Vejez	VIII								Integridad versus desesperanza, disgusto SABIDURÍA
Adultez	VII							Generatividad versus estancamiento CUIDADO	
Juventud	VI						Intimidad versus aislamiento AMOR		
Adolescencia	V					Identidad versus confusión de identidad FIDELIDAD			
Edad escolar	IV				Industria versus inferioridad COMPETENCIA				
Edad de juego	III			Iniciativa versus culpa FINALIDAD					
Niñez temprana	II		Autonomía versus vergüenza, duda VOLUNTAD						
Infancia	I	Confianza básica versus desconfianza básica ESPERANZA							

Tabla 3 Estadios de desarrollo y Fuerzas del Ego

(Erikson, 2000, p. 64-65)

Según Erikson (2000) son la esperanza, la fidelidad y el cuidado los tres estadios cruciales de la vida. Pasamos a describir de una manera más específica cada uno de los estadios citados.

Infancia

Surge la **esperanza** como fuerza básica de esta etapa, fruto de la relación de confianza entre el niño y el personal sanitario.

Erikson (1964) argumentó que la esperanza es la fuerza del ego más indispensable y más duradera a lo largo del ciclo vital; esto significa el poder creer y confiar en que los deseos propios podrán conseguirse aunque se fracase y a pesar de que los hechos puedan cambiar; la esperanza es una fuerza que va indicando un elemento de voluntad.

Esta fuerza de la primera infancia se convierte en una fe madura en la edad adulta (Erikson, 1964; 1968).

En esta etapa surge del conflicto entre *confianza básica* versus *desconfianza básica*.

Niñez temprana

Aparece como fuerza básica del ego la **voluntad**.

Es una fuerza esencial en la vida y en la integridad del ego. Implica la capacidad de reflexionar sobre lo que uno elige (libremente), así como la demostración del dominio de sí mismo y el autocontrol (Erikson, 1964).

Más que cualquier otra fuerza del ego, va a ser asociada con la idea de justicia y los conceptos del superyo, el control de impulsos y el autocontrol.

En este estadio el niño aprende a querer lo que puede ser y a renunciar a lo que no puede ser.

La compulsión y la impulsividad son las contrapartes de la **voluntad**.

Aparece la crisis de *autonomía* versus *vergüenza y duda*.

La edad del juego

La **finalidad** o **propósito** surge como fuerza en esta etapa, implicando una forma de coraje para conseguir objetivos a pesar del miedo y la culpa (Erikson, 1964). El juego ejerce un papel fundamental en la aparición de la búsqueda de objetivos permitiendo al niño aprender a diferenciar entre fantasía y realidad.

Además, el tener objetivos permite al ego emplear la voluntad de manera más inventiva y provechosa.

Es en este estadio en el que aparece la crisis de *iniciativa* versus *culpa*, y en el que la inhibición es la contraparte de la iniciativa.

La edad escolar

La **competencia** surge como fuerza del ego en este periodo, y se puede observar en el uso de habilidades, capacidades, y de la inteligencia a la hora de llevar a cabo tareas (Erikson, 1964). Erikson (1987, pág. 604) explicó que *la competencia “es la base para la participación cooperativa en algún segmento de la cultura”*.

La competencia supone el haber conseguido un conjunto de fuerzas del ego en la niñez, que preparan al niño para los futuros roles significativos y las responsabilidades de la adultez.

Aparece la crisis psicosocial de *laboriosidad* versus *inferioridad*, siendo la primera un sentimiento básico de actividad competente.

La adolescencia

La **fidelidad** es la fuerza del ego que permite al adolescente resolver de manera positiva la crisis de identidad de esta etapa, la crisis de *identidad* versus *confusión de identidad*, esta última necesaria a pesar de que puede constituir una perturbación y producir una regresión si no se consigue establecer. Cuando el adolescente consigue el sentimiento generalizado de identidad, siente un acuerdo y continuidad entre lo que ha sido su niñez y las oportunidades de roles que se le ofrecen para que pueda seleccionar entre dichas opciones y comprometerse.

No puede existir un sentimiento duradero del sí mismo sin una experiencia continua de un “yo” consciente.

La fidelidad puede ser observada por promesas y demostraciones de lealtad y compromiso hacia instituciones ideológicas, además de por una preocupación interna por ser franco a sí mismo y a los otros. Los atributos de autenticidad, imparcialidad y del deber, se aplican a la fidelidad (Erikson, 1964; 1968).

Nos referimos a una fidelidad tanto hacia los demás, como hacia sí mismo (autoconfianza).

La contraparte de la fidelidad es el repudio del rol, pudiendo aparecer en forma de falta de confianza y conllevando un impulso a separar roles y valores contra los que hay que luchar como algo ajeno al yo, siendo sin embargo, roles y valores viables en la formación de la identidad.

A nivel de consumo, podemos encontrar adolescentes que inician la experimentación con diferentes tipos de sustancias en esta época, y por tanto existe el riesgo de que apoyen la construcción de su identidad sobre estas conductas adquiriendo compromisos con jóvenes consumidores y con actividades relacionadas con el consumo (botellones, quedadas en el parque para fumar marihuana).

La juventud

Aparece la antítesis psicosocial de la *intimidad* versus el *aislamiento*. Es el temor de permanecer separado y “no reconocido” por el otro lo que produce el sentimiento de aislamiento, siendo ésta la patología básica potencial de la juventud.

De la resolución de la antítesis anterior surge el **amor**, una mutua devoción madura que permite resolver el antagonismo inherente a la función dividida.

El amor surge de la intimidad y se ve reflejado en compromisos hacia otros, así como hacia las cosas que a uno le gustan hacer (Erikson, 1987). Interpersonalmente el amor es escogido y mutuo con los otros que igualmente están preparados para crear y para dar (Erikson, 1964).

La contrafuerza de este estadio es la exclusividad.

Tanto la exclusividad como el rechazo, pueden volverse muy destructivos y autodestructivos en esta etapa, ya que la incapacidad de rechazar o excluir algo puede llevar al excesivo autorrechazo y a la autoexclusión.

El joven que ya ha desarrollado a esta edad una dependencia a alguna droga, presenta en muchas ocasiones dificultades para comprometerse con los otros no consumidores, ya que la dependencia se lo impide. Puede aparecer un pseudocompromiso con las personas con las que consume habitualmente.

Normalmente son personas que no tienen pareja estable o si la tienen establecen relaciones muy independientes por su parte para poder seguir consumiendo.

Aparece el aislamiento en muchos casos, con dificultades para relacionarse incluso con personas consumidoras, y que puede llevar a desarrollar psicopatología clínica importante que a su vez aumenta cada vez más ese aislamiento, y que cada vez más difícil es de romper.

Puede ocurrir que el aislamiento a su vez sea fruto del autorrechazo que el individuo siente por una conducta de consumo que realiza sin control, de forma casi compulsiva, pero que una vez la ha

realizado le gustaría que no hubiese ocurrido ni ocurriese más; son éstas, personas que ya se plantean lo negativo del consumo, pero que no siempre sienten capacidad para poder frenarlo ni para pedir ayuda en esta dirección.

La adultez

Esta etapa media entre la juventud y la vejez.

La virtud que surge de la crisis es el **cuidado** asociado a la generatividad de edad adulta; es una continuidad del amor, pero se ha ensanchado para incorporar a otra gente, productos e ideas (Erikson, 1964). Esto implica el compromiso ampliado de cuidar de las personas, los productos y las ideas por los que uno ha aprendido a preocuparse.

En este estadio, la crisis que observamos es la de *generatividad* versus *autoabsorción y estancamiento*. Nos referimos a generatividad como productividad y creatividad.

La fidelidad, el amor y el cuidado comparten un tema común de compromiso con algo fuera de uno mismo. La fidelidad es el compromiso a ideales e instituciones que uno ha valorado como importantes. El amor es el compromiso a otros significativos, así como aquellas cosas por las que uno siente pasión. El cuidado es un compromiso más ampliamente expresado en relación con lo que a uno le preocupa y le gusta hacer (Erikson, 1987).

Podemos observar, como una importante parte de adultos dependientes de sustancias no son capaces de cuidar, más bien son cuidados por sus padres o parejas, en muchos casos como si fuesen niños o adolescentes. Es difícil en esta situación encontrar adultos satisfechos y con sensación de evolución y producción, adultos en generatividad; más bien se observa un sentimiento de freno o estancamiento en su evolución.

La vejez

Último estadio en el desarrollo psicosocial, en el que se desarrolla la **sabiduría** como fuerza del ego, la cual se ve reflejada en una reflexión positiva, madurez y sentido de justicia, y la sensación de que uno ha acumulado conocimientos y experiencias (Erikson, 1964, 1968). La fe es el puente que conecta la primera fuerza del ego que es la esperanza, con la fuerza del ego de esta última etapa.

La crisis que se produce es la de *integridad* versus *desesperanza*. La sabiduría permite “una preocupación informada y desapegada por la vida misma, frente a la muerte misma”. La parte

opuesta de la sabiduría es el *desdén*, una reacción ante el sentimiento de un creciente estado de acabamiento, confusión, desamparo.

Las fuerzas del ego en su conjunto, son cualidades internas indicativas de madurez psicosocial y bienestar, así como de ausencia de psicopatología.

4.2. ESTATUS DE IDENTIDAD

Erikson (1971) rehusó definir el concepto de identidad en términos mensurables, prefiriendo examinar la riqueza psicosocial del constructo en lenguaje abstracto. Esto supuso que una variedad de investigadores desarrollasen estrategias de medida para valorar los procesos de identidad, pero ninguna tan extensamente utilizada como la que propuso Marcia.

Marcia (1980) operacionalizó el constructo de identidad definido por Erikson en base a dos dimensiones psicológicas (exploración y compromiso) y definió cuatro categorías de situaciones de los individuos respecto al proceso de formación de identidad que denominó “estatus” (logro de identidad, cerrazón, moratoria y difusión).

Marcia (1967) describió los estatus o estados de identidad como representantes de “*estilos individuales de afrontamiento en la crisis de identidad*” (p.119) y asumió que había un continuum evolutivo en el que los estatus se ordenaban en razón de su proximidad al estado de logro, de tal forma que la difusión de identidad y el logro formaban los extremos de un continuum, mientras la cerrazón y la moratoria eran estados intermedios.

Dicho autor considera la identidad como una organización interna, autoconstruida, dinámica de impulsos, habilidades, creencias e historia individual. La estructura de la identidad para este autor es dinámica, no estática y sus elementos están continuamente cambiando a medida que los individuos se desarrollan (Marcia, 1980).

Marcia llevó a cabo una tentativa articuladora de los distintos estadios de identidad con un conjunto de características de la personalidad (autoestima, ansiedad, razonamiento moral, autonomía, estilos de cognición, conducta social, etc.) a partir de la elaboración de una entrevista semiestructurada y un test de frases incompletas con el fin de evaluar el nivel de logro de identidad por parte de los jóvenes.

A diferencia de las etapas de Erikson, los niveles de identidad descritos por Marcia no son secuenciales y se caracterizan por la elección de un conjunto de valores e ideales, una orientación sexual y una dirección vocacional.

La crisis, la elección, y el compromiso son conceptos centrales de la teoría de Marcia (Ortega, 2008).

Podemos decir que el modelo de Marcia lleva implícita una teoría psicosocial. Una persona tiene una identidad fuerte si su actitud para con el ambiente es estable. Para Marcia la integración social es considerada como precondition del desarrollo de la identidad (Meeus, 1996).

Las dos dimensiones sobre las que Marcia basa esta clasificación son:

1. La exploración (o crisis): implica la presencia –exploración- o ausencia - crisis- de un periodo de cuestionamiento activo y de evaluación o examen entre diferentes alternativas antes de tomar decisiones sobre metas, valores y creencias.

Cuando se produce la exploración, el joven realiza una especie de autoinvestigación a nivel cognitivo y conductual, teniendo que decidir sobre alternativas diferentes.

Se supone que explorar alternativas significativas, es un indicador del trabajo de integración que realiza el “yo” para lograr un sentimiento de identidad, llevando a la construcción de una identidad lo suficientemente sólida y flexible como para acomodarse a la incertidumbre de la vida diaria.

2. El compromiso: supone la adopción de una decisión relativamente firme sobre elementos de identidad y la implicación en una actividad significativa dirigida hacia la puesta en marcha de esta elección. Esta decisión tiene en cuenta los elementos de identidad en un dominio de contenido dado (orientación sexual, ideas religiosas, profesión, etc.).

La identidad es más que el compromiso con los aspectos importantes para el sujeto, pero cuando la identidad está presente se manifiesta a través del compromiso que servirá como una guía para la acción sobre una base permanente.

Pensamos que un alto porcentaje de personas dependientes de drogas, están en crisis, pero también nos planteamos que cuando deciden hacer un cambio a nivel de consumo, entran en una etapa de exploración, que si se mantiene en el tiempo permite adoptar compromisos “saludables”.

Los cuatro estatus de identidad definidos por Marcia (1979, 1980) han sido validados como cuatro modos diferentes de manejar las cuestiones de identidad al final de la adolescencia y son los siguientes:

- Logro de identidad y Cerrazón

Los jóvenes situados en estos dos estatus han realizado compromisos con los roles sociales, con la diferencia de que los que están en logro, lo han establecido tras un periodo activo de toma de decisiones, mientras que los que están situados cerrazón han adoptado los roles y valores de las figuras de identificación infantiles o se han implicado en la primera opción a su alcance.

Los jóvenes situados en logro, tienen los valores más altos de autoestima, y menores valores de depresión (Berman, Weems y Stickle, 2006), mayor locus de control interno, menor ansiedad, menor autoritarismo, mayor razonamiento moral, mayor desarrollo del ego y un apego más seguro (Kroger y Marcia, 2011). Los jóvenes situados en cerrazón tienden a un locus de control externo, a un mayor autoritarismo, un razonamiento moral más guiado por los baremos estándar y un menor desarrollo del ego (Kroger y Marcia, 2011).

Sin embargo, cuando una persona ha conseguido establecer un compromiso, el nivel de exploración no va a influir en el nivel de bienestar final (Meeus et al., 1999).

- Moratoria y Difusión

En estos dos estatus, los sujetos tienen una falta de compromiso en los diferentes dominios de identidad. Desde la moratoria, los jóvenes están en un proceso evaluativo de exploración con la expectativa de tomar una decisión en un futuro próximo, sin embargo desde la difusión no.

En el estado de difusión, se encuentran los jóvenes que carecen de orientación y parecen poco motivados para encontrarla. No han experimentado crisis ni han elegido un rol profesional ni un código moral. Están evitando la decisión. Para algunos la vida gira en torno a la gratificación inmediata. Otros prueban, al parecer de manera aleatoria, varias clases de actitudes y conductas (Coté y Levine, 1988).

En ocasiones también se considera como difusión una errática actividad exploratoria en el pasado que no condujo a compromisos significativos.

Estos individuos presentan mayores niveles de ansiedad, menor autoestima, y niveles más altos en humor deprimido (Kroger, 2003; Marcia, 1993; Kroger y Marcia, 2011), menor desarrollo del ego y una menor capacidad de introspección respecto al razonamiento moral (Kroger y Marcia, 2011).

Los jóvenes situados en moratoria, generalmente tienen menores niveles de autoestima y muestran niveles más altos de humor deprimido y ansiedad (Berman, Weems, y Stickle, 2006; Kroger y Marcia, 2011).

Moratoria funciona como un paso intermedio en el desarrollo, pero no es un punto y final. Moratoria es una transición de estatus (Meeus et al., 1999).

Es en el estadio de difusión donde pensamos que se situarían una gran parte de las personas dependientes a drogas, pasando al estadio de moratoria cuando deciden implicarse en un proceso de tratamiento y cambio y posteriormente, posiblemente al estadio de logro de identidad.

Explican que se sienten sin futuro y con pocas ganas de buscarlo, desmotivados en general y con pocas ilusiones. Se observa una búsqueda de gratificación inmediata no sólo en el hecho de consumir, sino también en el funcionamiento social y familiar general.

Los sujetos drogodependientes de larga evolución pueden estar en el estadio de difusión durante largos años.

También pensamos que una parte de los consumidores podrían encontrarse en el estadio de cerrazón, fundamentalmente los de menor edad, más motivados por el consumo a nivel grupal.

Logro de identidad y moratoria aparecen como estatus activos y maduros, asociados generalmente a características positivas (altos niveles de autoestima, autonomía y razonamiento moral), mientras que cerrazón y difusión se configuran como estatus “pasivos” e “inmaduros”, asociados a características más negativas (bajos niveles de autonomía y razonamiento moral y mayor grado de convencionalidad y conformismo) (Marcia, 1993; Meeus, 1996).

	Dimensión de compromiso		
		Presencia de compromisos	Ausencia de compromisos
Dimensión de exploración	Alternativas exploradas en el pasado	Logro de identidad	Difusión de identidad
	Explorando alternativas en la actualidad	-----	Moratoria
	Nunca ha explorado alternativas	Cerrazón (o identidad hipotecada)	Difusión de identidad

Tabla 4 Estatus de identidad en función de las dimensiones de exploración y compromiso

(Zacarés, 2009)

Los estatus de identidad que incluyen crisis o exploración –logro y moratoria- se juzgan como estatus más altos, activos o maduros, frente a los que no la incluyen –cerrazón y difusión- que se juzgan como bajos, pasivos o inmaduros.

Los correlatos psicológicos y conductuales de los diferentes estatus de identidad descritos por Marcia son los siguientes:

- **Logro de identidad**

- Elevada autonomía y baja dependencia de otros en la toma de decisiones; locus de control interno.
- Mayor creatividad y mejor funcionamiento en situación de estrés.
- Estrategias de toma de decisiones más analíticas, lógicas y racionales.
- Elevada androginia en las actitudes de rol de género.
- Capacidad para las relaciones de intimidad.
- Mayor uso de razonamiento moral postconvencional.
- Patrones de apego seguros.
- Mayores niveles de complejidad psicológica, desarrollo del ego, autoestima y madurez emocional.

- Se enfrentan a los problemas directamente, pero sólo toman decisiones tras buscar y evaluar la información relevante y considerar cuidadosamente las consecuencias de su decisión.
- Mayor perspectiva de futuro.
- Proviene de familias con padres que apoyan a la autonomía del adolescente.

- **Moratoria**

- Comparten con los que han alcanzado el logro un grado relativamente alto de autodirección, autorreflexión y autoestima.
- Niveles de ansiedad más elevados de los cuatro.
- Autoestima estable, complejidad cognitiva y nivel de razonamiento moral, semejante a los de sujetos en logro.
- Activos, introspectivos y autoindagadores.
- Mayores grados de escepticismo y de apertura a la experiencia de todos los status.
- Relaciones interpersonales intensas aunque poco duraderas.
- Menos inclinados a ser influidos o presionados por las presiones de los iguales.
- Tienden a ser especialmente ambivalentes a la hora de mostrarse de acuerdo con lo que piensan los demás o mantener su propio criterio
- Emocionalmente responsivos y capaces de expresar el afecto hacia otros, así como de establecer relaciones íntimas interpersonales.
- Perfiles de apego más variados.
- Proviene de familias con padres que apoyan la autonomía del adolescente.

- **Difusión**

- Estado menos adaptativo de los cuatro.
- Grupo menos homogéneo de los cuatro, oscilando desde la despreocupación como filosofía vital hasta la severa psicopatología.
- Bajos niveles de autoestima y autonomía.
- Niveles de razonamiento moral convencional o preconventional.
- Estilos cognitivos simples y estereotipados.

- Predomina el sentimiento de inferioridad, alienación, ambivalencia y desesperanza aprendida.
- Inmadurez evolutiva en percepción del futuro, desarrollo del ego y locus de control.
- Alto riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos.
- Tienden a ser solitarios porque no tienen relaciones íntimas genuinas por su falta de compromiso.
- Suelen ser individuos superficiales y egocéntricos.
- Modos de afrontamiento evitativos y manipulativos.
- Mayor probabilidad de implicarse en conductas desviadas.
- Gente aparentemente alegre que ha evitado activamente el compromiso, o que navegan sin rumbo.
- Abordan los problemas aplazando la acción y afrontan las decisiones posponiéndolas.
- Facilidad para ser influidos por la presión del grupo.
- Relaciones personales distantes, poco duraderas que tienden a ser estereotipadas.
- Contexto familiar con bajos niveles de afecto y percibido como rechazante.

- **Cerrazón**

- Mayores niveles de autoritarismo en todos los estatus/valores que asumen: obediencia, fuerte liderazgo y respeto hacia la autoridad.
- Estilo de vida ordenado, tranquilo y productivo.
- Tendencia a buscar la aprobación de los demás y a basar sus acciones en las opiniones de otros.
- Grupo menos ansioso y menos abierto a la experiencia de los cuatro.
- Niveles de razonamiento moral convencional o preconventional.
- Estilo cognitivo menos complejo.
- Habladores, trabajadores y constructivos pero con poca disposición a la creatividad o iniciativa propias.
- Suelen ser sujetos trabajadores y muestran un menor esfuerzo competitivo y menor capacidad analítica que sus compañeros.
- Generalmente les cuesta mucho relajarse en las situaciones sociales y hacer frente a acontecimientos no planeados o a circunstancias imprevistas.

- Bajos niveles de diferenciación intrapsíquica a nivel familiar.
- Relaciones cercanas con los padres, aunque éstos promueven la conformidad y adhesión a los valores familiares.

Los estatus de identidad, por ellos mismos, no son ni saludables ni patológicos; Marcia tiende a ver cada estatus con atributos tanto positivos como negativos. El individuo en estado difuso de identidad se deja abierta a sí mismo la posibilidad de elección y cambio, logrando una máxima flexibilidad adaptativa al precio de perder certeza. Las personas en estado de difusión podrían verse como personas despreocupadas o confusas pero también creativas.

El estado de difusión se observa con mayor frecuencia en adolescentes que han sufrido el rechazo o la negligencia de progenitores apáticos y poco afectuosos. Dejan la escuela y se refugian en el alcohol o las drogas para evadir su responsabilidad. Diana Baumrind (1991) demostró que el consumo de sustancias es más común en hijos de padres “indiferentes”.

En el estatus de moratoria, los sentimientos negativos son más intensos (culpa, ansiedad) debido a que las decisiones no han sido resueltas. En este estatus a menudo luchan con opciones y valores antagónicos, se sienten abrumados por un continuo de impredecibilidad y contradicciones. Se establece una relación ambivalente con los padres luchando entre la libertad y el miedo a la desaprobación. Es este estatus el que se asocia a niveles más bajos de bienestar y el que más se parece a una verdadera “crisis de identidad”.

Los adolescentes en el estado de cerrazón sienten muy poca ansiedad. Tienen valores más autoritarios que los que se encuentran en otros estados y vínculos más fuertes y positivos con las personas importantes en su vida. Los varones que se encuentran en el estado de cerrazón suelen tener una autoestima menor que quienes se hallan en el estado de moratoria y es fácil persuadirlos (Marcia, 1980).

Los adolescentes que alcanzan el estado de consecución de la identidad-Logro, muestran sentimientos más equilibrados hacia sus padres y su familia. Su búsqueda de independencia contiene menos carga emocional que la de los jóvenes que se hallan en el estado de moratoria, además en esa búsqueda no se observa el aislamiento ni la sensación de abandono que afectan a quienes se encuentran en estado de difusión (Marcia, 1980).

La situación de difusión de identidad y de moratoria serían situaciones de mayor riesgo evolutivo.

TIPOS DE FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD PROPUESTOS POR MARCIA

TIPO	DESCRIPCIÓN	EFECTOS
Cerrazón o identidad hipotecada	Se hacen compromisos sin tomar muchas decisiones	Se manifiesta un mínimo de ansiedad; valores más autoritarios y vínculos positivos y sólidos con los otros significativos
Difusión	Todavía no se hacen compromisos; se tiene poco sentido de dirección; se rehúye el compromiso	A veces se abandona o se recurre al alcohol u otras sustancias para evadir la propia responsabilidad
Moratoria	Se pasa por una crisis de identidad o por un periodo de toma de decisiones	Se sufre ansiedad ante las decisiones, decisiones sin resolver, se lucha con opciones y decisiones antagónicas
Consecución de la identidad	Se hacen compromisos después de superar una crisis de identidad	Se tienen sentimientos equilibrados por los padres y la familia; es menos difícil alcanzar la independencia

Tabla 5 Tipos de formación de la identidad propuestos por Marcia

4.3. EVOLUCIÓN DE LA IDENTIDAD A LO LARGO DE LA ADOLESCENCIA

Inicialmente, se consideró que se producía una secuencia evolutiva madurativa en el proceso de formación de identidad desde la difusión hasta el logro, pasando por cerrazón y moratoria. Actualmente, se considera que no tiene por qué producirse necesariamente una secuencia invariante de etapas desde los estatus “bajos” (Difusión, Cerrazón) a otros “altos” (Moratoria, Logro) ni tampoco se plantea el estatus de logro como meta final en la que culmina el desarrollo de la identidad. Se plantea un uso más adecuado utilizando el modelo de los estatus como un sistema descriptivo del desarrollo de la identidad, recuperando así cierta direccionalidad evolutiva (Waterman, 1993) pero abandonando una interpretación unidireccional: no se produce necesariamente una secuencia invariante de etapas como transición jerárquica desde los estadios más bajos a otros más altos; el desarrollo de la identidad es mucho más multidireccional:

- Los adolescentes pueden permanecer estables en cualquiera de los cuatro estatus.

- Los adolescentes y adultos, pueden no sólo avanzar hacia los estatus superiores, sino también realizar el camino inverso.
- El Logro de identidad no es necesariamente el punto final del desarrollo de la identidad para la mayoría de los adolescentes.
- Una trayectoria evolutiva individual puede abarcar un número variable y no fijo de transiciones de un estatus a otro.

Sí se puede constatar una tendencia “progresiva” en el desarrollo de la identidad, desde la difusión hasta el logro, reflejada por los siguientes indicadores de avance madurativo (Meeus et al., 1999; Zacarés, Iborra, Tomás y Serra, 2009).

- El número de sujetos en situación de Logro de identidad se incrementa con la edad de modo consistente.
- El número de sujetos en Cerrazón va decreciendo también sistemáticamente a lo largo de la adolescencia al igual que el de los sujetos en difusión, aunque esta última tendencia es menos nítida.
- No existe una tendencia clara y consistente respecto a la situación de Moratoria.
- La estabilidad a lo largo del tiempo es mayor para la situación de Logro, mientras que el estatus más inestable y transicional es el de Moratoria.

En la misma línea, se puede plantear que el desarrollo progresivo de la identidad ocurre a través de una serie de transiciones de estatus de identidad:

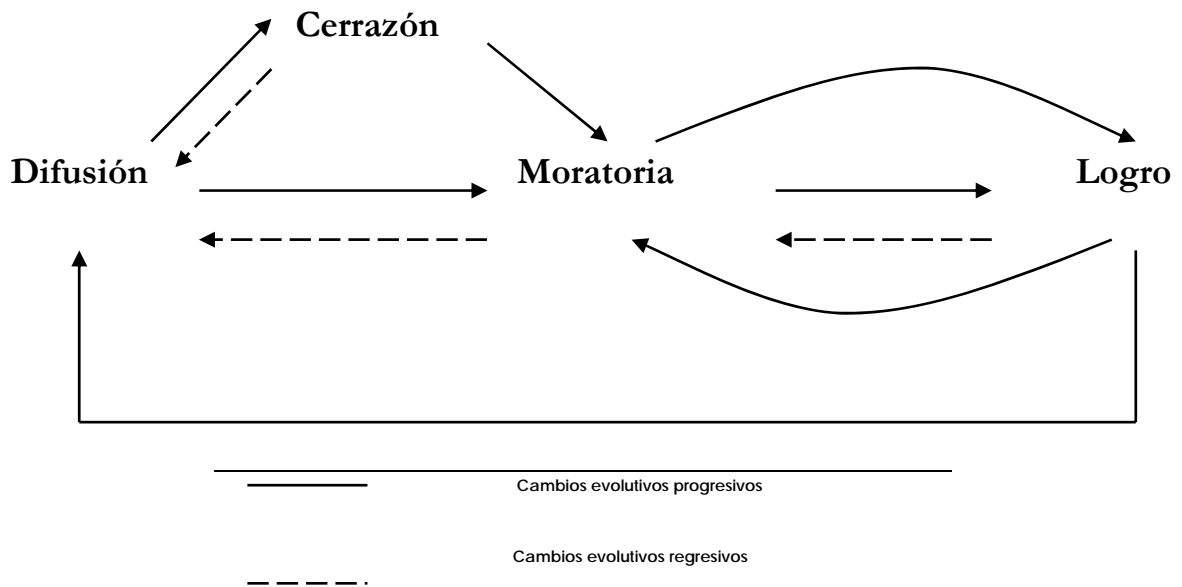


Tabla 6 Posibles trayectorias evolutivas a partir de transiciones entre estatus

(Zacarés, 2001)

Distintos autores sostienen que el ritmo evolutivo de la identidad se acelera en la adolescencia tardía e inicio de la juventud adulta (Archer, 1989; Waterman, 1993).

Martínez e Iñiguez (1987) concluyen que el proceso de identidad no se inicia ni acaba en la adolescencia. Según estos autores se van construyendo paulatinamente y en cada decisión que la persona adopta.

Por otro lado, diversos autores han señalado la naturaleza asincrónica de la formación de la identidad, es decir, que la construcción de la identidad personal avanza a diferentes ritmos en diferentes dominios, normalmente categorizados en dos grandes grupos: los “interpersonales”, referidos a las relaciones familiares y de intimidad y los “ideológicos”, que hacen referencia a ámbitos como la ocupación, la política y la religión (Grotevant, 1987; Lavoie, 1994). Así, un desarrollo de la identidad más avanzado en un dominio, podría no significar necesariamente un desarrollo igualmente evolucionado en otra área.

Marcia (1966) distinguió dos dominios de identidad relevantes por ser áreas de contenido importantes a la hora de estudiar el compromiso y la exploración. En concreto señaló que la elección de una profesión y de una ideología significativa eran aspectos centrales para la crisis de identidad adolescente.

Centrándonos en el compromiso de forma específica, Marcia (1966) plantea un modelo de desarrollo de la identidad, en el que trata el compromiso como un proceso único, es decir, el acto de comprometerse y adherirse a ese compromiso como un único proceso. Sin embargo, Luyckx y cols. (2006) han demostrado que el compromiso se puede separar en dos dimensiones diferentes, la asunción del compromiso y la identificación con ese compromiso. La primera representa la concepción original de Marcia, la segunda, representa el grado en que uno se siente cómodo y seguro de los compromisos asumidos. El conceptualizar el compromiso como dos dimensiones diferentes pero relacionadas entre sí le da un carácter dinámico y lo reformula como un proceso más que como un resultado (Luyckx et al., 2010).

Luyckx y cols. (2008) también crean una nueva clasificación de identidad formada por cuatro trayectorias diferentes, tres de las cuales ya habían sido sugeridas anteriormente por Josselson (1996). Las tres primeras categorías son con dirección, tutores e investigadores. La cuarta trayectoria fue consolidación, formada por individuos caracterizados por una fuerte atención puesta en el refuerzo de sus compromisos de identidad corrientes, a partir de una exploración cuidadosa de opciones alternativas.

Se cree que el grupo denominado con dirección, toma decisiones tras un análisis pormenorizado de las alternativas. Es probable que se identifiquen en alto grado con sus compromisos y que los exploren en profundidad.

El grupo de tutores, asume los compromisos con relativa ausencia de exploración en amplitud. Exploran únicamente los compromisos actuales y se identifican en menor medida con ellos que los que tienen dirección.

Y por último, los investigadores, son activos explorando alternativas y luchando en tomar decisiones sin llegar a la solución de los problemas que se plantean (Cote y Levine, 2002).

De las tres trayectorias iniciales, los investigadores mostraron el perfil más pobre, mientras que los sujetos con dirección y los tutores mostraron tener el perfil más positivo en cuanto a desarrollo de la identidad.

Por otro lado, Luyckx y cols. (2006) han descrito también tanto la exploración como el compromiso subclasificándolos en dos subdimensiones: exploración en amplitud y exploración en profundidad por un lado, y compromiso asumido e identificación con ese compromiso por otro lado.

El conceptualizar la identidad en 4 dimensiones, ofrece una explicación más amplia y dinámica del proceso de desarrollo de la identidad (Luyckx, Goossens, y Soenens, 2006).

En este sentido, Meeus (1996) argumenta que la exploración también puede exigir una evaluación actual en profundidad de los compromisos y decisiones asumidos, lo que denominan Luyckx y

colaboradores exploración en profundidad. Esta exploración acompaña a su vez a los compromisos actuales e implica en la formación de la identidad un proceso de evaluación continua.

Igualmente, el compromiso debe ser entendido según estos autores, como una respuesta a un proceso multidimensional. Según Marcia (1996) el compromiso se refiere al grado en que los adolescentes han tomado decisiones importantes sobre las cuestiones de identidad. Bosma (1985) argumentó que a parte de la medida en que uno asume el compromiso de identidad, el grado en que los adolescentes se identifican y se sienten seguros con sus opciones, también es un componente importante de identidad. Esto es la identificación con el compromiso. Este proceso implica que el compromiso con opciones determinadas es importante en el ciclo de formación de la identidad, pero no es un punto final. Por eso, las personas con problemas de consumo de corta o larga evolución, también pueden replantearse ese compromiso asumido hace más o menos tiempo y hacer un cambio al respecto.

Relacionando el desarrollo de la identidad con la motivación subyacente, Luckyx y cols. (2010) estudiaron la correspondencia entre las orientaciones de causalidad (motivación) y la conducta de las personas, viendo como éstas a su vez, contribuían al ajuste de la identidad. Las orientaciones de causalidad capturan el grado en que los individuos se involucran en un comportamiento autodeterminado, representando por tanto un modelo de la motivación humana que nos ayuda a comprender a su vez la formación de la identidad (Soenens et al., 2005).

Definieron tres orientaciones de motivación, la autónoma, la controlada y la impersonal.

Los individuos con orientación autónoma, presentan un sentido de la voluntad y motivación propia, percibiendo su conducta como por iniciativa propia y autoregulado. Buscan activamente oportunidades que se corresponden con sus valores e intereses personales.

Son sujetos con buenos niveles de autoestima, autoconciencia, integración de la personalidad, logro de metas, e identidad. Presentan una relación positiva con compromisos y una buena formación de identidad (Schwartz et al., 2005).

Los individuos con orientación controlada, perciben su comportamiento como iniciado por fuerzas externas y demandas parcialmente internalizadas. Tienden a cumplir con las cosas en función de las expectativas internalizadas de cómo se debe actuar. Hay una motivación externa. Les preocupa lo que los demás puedan pensar de ellos, hay un afecto negativo, una autoconciencia pública y un estilo normativo de identidad. No habrá compromisos ni identificación con los compromisos (Schwartz et al., 2005).

Los individuos con orientación impersonal perciben sus acciones como influenciadas por factores que escapan a su control intencional. Creen que no tienen ni la capacidad ni los recursos como para regular sus acciones y obtener los resultados que desean. Tienen un profundo sentimiento de

incompetencia e indefensión aprendida, desencadenando síntomas depresivos, vergüenza y baja autoestima. Se observa una relación negativa entre la toma de compromiso y la identificación con éste. No existe motivación.

La orientación de motivación que mantiene el consumo en la actualidad, permitirá un mayor o menor compromiso con el cambio en este sentido, así, quien puede responsabilizarse de su conducta (orientación autónoma) tendrá mayor capacidad para el cambio que quien no sea capaz de ello. En este sentido, será importante el trabajo terapéutico a nivel de motivación y autoeficacia comentado en el capítulo de autoeficacia y conducta adictiva.

Cuando uno ha adquirido determinados compromisos de identidad (es decir, la toma de compromiso), se siente seguro y se identifica con ellos, un sentido de integración de la identidad emerge (Dunkel, 2005; Grotevant, 1987; Waterman, 1993). A su vez, este sentido de integración de la identidad se relaciona positivamente con los resultados de ajuste, lo que implica mejor autoestima y menores síntomas depresivos.

En este sentido, los sujetos con orientación autónoma, tienen una relación positiva con el compromiso. Los sujetos con orientación impersonal, se relacionan negativamente con el compromiso de identidad.

4.4. PROBLEMAS EN EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD

Erikson señaló la existencia de una serie de problemas de identidad como resultado de la resolución deficiente de las crisis, o de un entorno que no proporciona el necesario periodo de moratoria.

Pasamos a describir los estados en los que él consideraba que el sujeto presentaba problemas de identidad (Zacarés, 2001).

1. **La difusión de identidad:** cuando una persona está en este estado, el sentido del sí mismo es incoherente o está desintegrado (falta de integración del concepto “yo” y de los “otros significativos”). Hay una falta de resolución de los estados de separación/individuación y hay una incapacidad para adoptar compromisos permanentes. La persona se ve indecisa, indefinida o relativamente sin afecto o pseudo sumisa (Kernbert, Weiner y Bardestein, 1999). A nivel de grupo, la actividad sería realizada bajo la sombra de líderes carismáticos de los cuales el individuo deriva su identidad “prestada” en lugar de tener una autónoma.

Como ya comentamos anteriormente, es en este estado en el que pensamos que se encuentra un gran número de personas dependientes de drogas. Se observan las características comentadas más

arriba; son personas que mientras están consumiendo no asumen compromisos, muchos de ellos, incluso rompen los que tenían asumidos (rupturas de pareja, abandono de trabajo, etc.). Se observa también una falta de rumbo e indecisión generalizada incluso en cosas tan sencillas como iniciar actividades básicas de ocio diferentes de las que hasta el momento han estado realizando.

Parece que los momentos en los que se sienten mejor son aquellos que comparten con sus compañeros consumidores, con los que se identifican y comparten un mínimo de actividades.

Una serie de indicadores ayudan a ver cuál es el grado de difusión en la que la persona se encuentra.

- Confusión temporal: supone la pérdida de la perspectiva y de las expectativas de futuro y una clara regresión a la primera infancia, cuando el tiempo no existía; las demoras producen decepción, las esperas generan impotencia, la esperanza un peligro y los proyectos una catástrofe. Algunas cosas ocurren y pasan mucho más rápidamente de lo que realmente lo hacen y otras parece que van a perdurar siempre.
- Conciencia de identidad: implica una discrepancia entre el concepto o imagen que la persona tiene de sí mismo como persona autónoma y lo que puede aparecer a los ojos de los demás. Produce un desprecio del juicio de los demás como mecanismo de defensa ante el sentimiento de duda y vergüenza.
- Fijación de roles: la persona adopta una actitud autoderrotista como la única forma de iniciativa, con una negación completa de ambiciones y dificultad para tomar decisiones.
- Incapacidad para comprometerse en unas relaciones interpersonales: no se compromete en relaciones por miedo a la pérdida de identidad, lo que le lleva a un distanciamiento en el que rechaza las relaciones que parecen peligrosas o relaciones estereotipadas y formalizadas.
- Parálisis de la actividad laboral: sentimiento profundo de incapacidad o falta de cualidades y dificultad para concentrarse en las tareas a realizar; se han planteado ideales inalcanzables, el entorno no dispone de puesto adecuado o se ha inducido tempranamente una especialización.

Para la consecución de la identidad laboral, el joven debe haber disfrutado antes de un aprendizaje realizado y debe tener confianza en sí mismo de que podrá hacer algo valioso en la esfera ocupacional.

Los cinco indicadores anteriores pueden ser observados en la población central de esta investigación en mayor o menor medida y muy probablemente en una misma persona podríamos observar más de uno. El sentimiento de estancamiento, incapacidad y poca confianza en el futuro es generalizado.

Podemos observar como el poco sentimiento de autoeficacia también está relacionado con el sentimiento de difusión.

2. **Cerrazón o identidad hipotecada, prematura:** implica el establecimiento de un compromiso prematuro en roles, adoptando cierta identificación con ellos como si ya fuese la identidad final. En estas situaciones, la persona no ha entrado en un periodo de exploración y experimentación previo al establecimiento de un sentimiento de identidad saludable.

Asumirá los roles elegidos de manera directa negándose un verdadero periodo de moratoria psicosocial, lo que implicará, además del fracaso en el desarrollo de un sentido de identidad saludable, perder la capacidad para actualizar potenciales, no pudiendo llegar a percibir todo lo que ellos son capaces de llegar a ser (y disminuyendo su autoeficacia).

Es más probable que encuentren mayores dificultades en resolver las posteriores crisis de intimidad, generatividad e integridad.

También observamos sujetos consumidores en este estadio; como se ha comentado anteriormente, pensamos que fundamentalmente en edades más tempranas de consumo.

Serían personas que han asumido el rol de consumidor sin haberse planteado primero si realmente quieren asumirlo, y con ello, otro conjunto de roles asumidos; o bien han asumido ese rol por presión de los demás (consumir otro tipo de drogas y con mayor frecuencia); o bien por presión de la situación (abandonar los estudios, robar para consumir).

3. **Identidad negativa:** supone seleccionar identidades que no son deseables para sus padres o comunidad de referencia (el hijo de un inmigrante se convierte en nacionalista extremo o el hijo de un catedrático abandona los estudios en la primaria).

Debido a que se necesita el reconocimiento del adolescente por parte de los otros significativos, la asunción de este tipo de identidades implica problemas en el desarrollo de la identidad: el joven intenta construir un sentimiento de autodefinition en un ambiente en el que es difícil establecer esa identidad como aceptable.

En ocasiones, este tipo de situaciones ocurren cuando tras repetidos intentos fracasados de recibir un reconocimiento positivo de aquellos que son importantes, el adolescente decide probar otras maneras para sentirse reconocido (“más vale ser alguien malo que no ser nadie”). Parece que para estos jóvenes, les fuese más fácil o mejor, intentar ser alguien totalmente diferente de quienes han sido hasta el momento, que integrar su pasado con el presente hacia el futuro.

De nuevo podemos encontrar sujetos dependientes de drogas con este tipo de identidad; diríamos que la mayoría de ellos actúan de una manera no deseable para sus padres, incluso si nos centramos en hijos de padres dependientes, en general observamos una actitud contraria por parte de los padres hacia la conducta de los hijos.

Retomando el tema del segundo capítulo de este texto, la autoeficacia en personas dependientes de drogas, pensamos que el sentimiento de autoeficacia general que una persona puede tener en los estados de identidad descritos anteriormente estará influido negativamente por los problemas que pueda sentir en ese proceso, por lo que nos atrevemos a decir que será un sentimiento de autoeficacia negativo y generalizado a muchas áreas de su vida, no sólo a la del consumo.

Otro tema es cómo los padres, u otro tipo de orientadores (profesores, educadores, etc.) podrían ayudar en el sentido de proporcionar una guía en el camino hacia una identidad adulta a los jóvenes en esta difícil etapa. Promover un sentido positivo y coherente de la identidad, de los compromisos fuertes y estables, puede ayudar a aumentar la autoestima y aliviar la aflicción (Archer, 1994; Raskin, 1989).

El consejo que padres y orientadores pueden dar, tiene como objetivo principal facilitar la evolución desde un sentido menos completo y coherente de la identidad a los compromisos de identidad más viables con el fin de reducir la confusión y la incertidumbre (Josselson, 1996).

La formación y la adhesión a los compromisos de identidad proporcionan el beneficio de estar en sintonía consigo mismo a nivel interno, al igual que el descubrimiento de uno mismo y poder actuar sobre las propias necesidades y deseos (es decir, la orientación autónoma en contraste con la orientación impersonal) (Luyckx et al., 2010).

En esta línea, los adolescentes, no solo tienen que ser capaces de reflexionar y obtener información acerca de las diferentes posibilidades y puntos de vista sobre las opciones que tienen, sino que también han de ser capaces de tomar decisiones y actuar de acuerdo a sus intereses y valores personales (es decir, estar autónomamente orientados). En consecuencia, tanto el descubrimiento

como los procesos de construcción deben ser abordados en el asesoramiento para obtener resultados beneficiosos (Luyckx et al., 2010).

Sin embargo, los autores mencionan la relativa falta de mantenimiento a largo plazo de las ganancias por la intervención (Ferrer-Wreder et al., 2002) como factor que podría indicar que el asesoramiento u orientación en sí mismos, no son suficientes a menos que se realice un seguimiento para fortalecer los efectos a largo plazo. De ahí la importancia de que las intervenciones preventivas de consumo de drogas sean continuadas en el tiempo, así como las intervenciones dirigidas a la disminución o eliminación del consumo.

Continuando con el desarrollo de la identidad a lo largo del ciclo vital, Akthar y Samuel (citado en Kernberg, Weiner y Bardestein, 1999), en una revisión del concepto de identidad desde una perspectiva clínica, concluyeron que la identidad se origina en los primeros intercambios con la madre, y se desarrolla a través del ciclo de la vida. Aunque en la adolescencia hay un remodelamiento de los componentes de identidad, el desarrollo continúa durante la adultez joven, la mitad de la vida, y el resto de los años.

Siguiendo a Akthar y Samuel, descriptivamente, la identidad se relaciona con las siguientes características (Kernberg, Weiner y Bardestein, 1999):

- **Una imagen realista de su cuerpo.** La persona está “anclada” a su propio cuerpo; se reorganiza a sí misma, como mirándose en un espejo, es capaz de realizar estimaciones razonables de su cuerpo, peso, apariencia, talla y muestra una resiliencia en momentos incluso de cambios físicos, como en el embarazo o en caso de accidentes.
- **“Similitud subjetiva”.** La persona siente “ser sí misma”, en múltiples situaciones. Puede adaptarse a diferentes circunstancias o diferentes grupos con flexibilidad y sin perder la constancia interna.
- **Consistencia en actitudes y comportamientos.** La persona tiene la capacidad de mantenerse “estable” en cuanto a valores o ideologías. Su comportamiento es congruente con lo que él es y con como se comporta. Incluso en diferentes formas de expresión, presenta un repertorio integrado de identidad. Muestra flexibilidad en las pequeñas transiciones surgiendo en diferentes y múltiples circunstancias sociales.

- **Continuidad temporal.** Existiría una sensación de continuidad personal a través del tiempo. La persona tiene la capacidad de reconocerse a si misma, como la “misma persona” desde la infancia, a la adolescencia, y desde allí proyectarse hacia el futuro.
- **Autenticidad.** La persona tiene una capacidad verdadera de reconocer lo positivo o negativo en cuanto a características que lo hacen ser una persona genuina. En contraste con el concepto de pseudo-yo, que ha sido descrito como un cierre prematuro y una identificación prematura con otros, la autenticidad se refiere al proceso de identificación selectiva con importantes figuras de la vida de uno. Y significa ser completamente genuino, sincero y confiable.
- **Género.** La identidad de género consiste en el darse cuenta de ser hombre o ser mujer, masculino o femenino (identidad de género), tener conciencia de una femineidad o masculinidad (rol de género) y una orientación sexual (heterosexual u homosexual). Por lo tanto, la identidad cohesionada del género está integrada por la identidad de género, rol de género y orientación sexual.
- **Etnicidad.** Se relaciona con valores y prácticas de crianza, la cultura, formas no verbales de expresión y patrones de comportamiento interpersonal con los cuales un niño crece. La identidad étnica es formada a través de las tradiciones, y a través de los sentimientos de pertenencia a una comunidad histórica y una comunidad nacional.
- **Conciencia.** La persona tiene la capacidad de responder a premios y castigos, a experimentar remordimiento, culpa y vergüenza con un deseo de disminuir el daño causado. Puede experimentar preocupación por los otros y generosidad como características de personalidad que reflejan una conciencia integrada.

En este capítulo hemos podido estudiar el concepto de identidad y su desarrollo a lo largo del ciclo vital del individuo propuesto por Erikson, observando los aspectos que facilitan y dificultan la evolución, y las consecuencias que aparecen en una y otra dirección.

Hemos investigado sobre las crisis psicosociales que van apareciendo en el desarrollo y las fuerzas básicas que surgen cuando existe una buena resolución de estas crisis. Dichas fuerzas básicas son consideradas pilares fundamentales en la evolución de los individuos.

Se ha descrito la clasificación realizada por Marcia de Estatus de identidad a partir de las dimensiones de Exploración y Compromiso (Difusión, Moratoria, Cerrazón y Logro).

Por otro lado, como uno de los aspectos que dificultan un saludable desarrollo de la identidad, hemos trabajado sobre la conducta de consumo y su influencia en el proceso de evolución de la identidad en los individuos.

Podemos observar, siguiendo la descripción de Marcia de los Estatus de identidad, en la población dependiente, una evolución deficiente en cuanto a poca exploración y una asunción de roles y decisiones más influenciados por los demás y por la propia situación en que el individuo se encuentra, que por lo que tal vez él realmente quiere hacer de su vida (aspecto poco planteado en la población dependiente de drogas en general por una tendencia más a la inmediatez y una dificultad general de proyección de futuro).

También hemos hecho alusión a otros dos modelos de identidad, el de Luckyx y colaboradores, quienes crean una clasificación de identidad formada por cuatro trayectorias diferentes (sujetos con dirección, tutores, investigadores y sujetos en consolidación); y el modelo de Schwartz y colaboradores, quienes definen tres orientaciones distintas de motivación (orientación autónoma, controlada e impersonal).

Pensamos que un bajo sentimiento de autoeficacia, poca creencia en uno mismo, y la creencia en factores motivacionales externos como responsables del consumo, facilita el desarrollo de problemas en la evolución de la identidad, y a la inversa, una pobre evolución de la identidad, facilita un bajo sentimiento de autoeficacia y una desmotivación o motivación externa al respecto.

IV. MARCO EXPERIMENTAL

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo se está estudiando la relación existente entre los procesos de formación de la identidad personal, en concreto la exploración y el compromiso, con los procesos de autoeficacia, a la hora de entender mejor la evolución de los pacientes que participan en terapias basadas en una intervención motivacional para detener el consumo de sustancias adictivas, en nuestro caso, la cocaína.

OBJETIVOS

Dos son los principales objetivos que se han planteado.

Primero, pretendemos clarificar qué diferencia a las personas que acuden a una Unidad de Conductas adictivas (UCA) en busca de apoyo terapéutico (Grupo experimental) de la población que no necesita esta ayuda por no presentar un problema de drogadicción (Grupo control), atendiendo a una serie de variables generales de bienestar y madurez psicológicas (Fuerzas del ego), e incluyendo también los procesos de formación de la identidad personal.

Segundo, dentro de los pacientes que reciben tratamiento en la UCA, se pretende investigar qué diferencia a los pacientes en función de su nivel de motivación al cambio, es decir, según se encuentren en un estadio de contemplación, acción o mantenimiento. Para comparar estos tres grupos, volveremos a tener en cuenta los procesos de exploración y compromiso implicados en la formación de la identidad personal, los procesos relacionados con la autoeficacia y los indicadores generales de bienestar y madurez psicológicos, además de una serie de datos relativos a la conducta adictiva tales como las ganas de consumir, los meses de abstinencia conseguidos, el índice de satisfacción general, la capacidad percibida de detener el consumo, etc.

HIPÓTESIS

En relación a dichos objetivos, y teniendo en cuenta la revisión teórica efectuada tenemos en cuenta las siguientes hipótesis:

En relación al primer objetivo, planteamos las siguientes hipótesis:

1. Los sujetos del grupo control obtendrán mayores puntuaciones (estadísticamente significativas) en los siguientes factores pertenecientes a las variables de Bienestar Psicológico: dominio del ambiente, relaciones positivas con otros y autonomía. Los sujetos pertenecientes a la UCA, puntuarán más alto en las variables baja autoaceptación y estancamiento del crecimiento personal.
2. Los sujetos del grupo control obtendrán mayores puntuaciones en todas las Fuerzas del ego (esperanza, voluntad, propósito, competencia, fidelidad, amor, cuidado y sabiduría) en comparación con el grupo de la UCA.
3. Los sujetos del grupo control obtendrán mayores puntuaciones en las variables de compromiso (en los tres dominios Relacional, Ocupacional e Ideológico) en comparación con el grupo de la UCA, indicando un mayor nivel de maduración en la identidad personal. Se observará una mayor proporción de sujetos del grupo control en Cerrazón, y una mayor proporción de sujetos del grupo UCA en Difusión.
4. Los sujetos del grupo control obtendrán mayores puntuaciones en las variables de exploración (en los tres dominios Relacional, Ocupacional e Ideológico) en comparación con el grupo de la UCA, indicando de nuevo un mayor nivel de maduración en la identidad personal. Se observará una mayor proporción de sujetos del grupo control en Moratoria y Logro, y una mayor proporción de sujetos del grupo UCA en Difusión.
5. Los sujetos del grupo UCA se situarán en su mayoría en un estatus de Difusión respecto a la identidad personal.
6. Los sujetos del grupo control se situarán en su mayoría en un estatus de Logro y Cerrazón respecto a la identidad personal.

En relación al segundo objetivo, nos planteamos las siguientes hipótesis:

7. Los sujetos que acuden a la UCA y que están situados en los niveles de Precontemplación, Acción y Mantenimiento, obtendrán mayores puntuaciones (estadísticamente significativas) en las variables de Bienestar psicológico: dominio del ambiente, relaciones positivas con otros y autonomía, en comparación con los sujetos situados en la fase de Contemplación, quienes puntuarán más alto en las variables de baja autoaceptación y estancamiento del crecimiento personal.
8. Los sujetos situados en el nivel de Mantenimiento, obtendrán mayores puntuaciones (estadísticamente significativas) en las variables del cuestionario de las Fuerzas del ego en

comparación con los sujetos situados en las fases de Precontemplación, Contemplación y Acción.

9. A medida que se avance por los estadios de motivación por el cambio, se incrementará de manera significativa las puntuaciones en las variables de compromiso (en los tres dominios Relacional, Ocupacional e Ideológico), de manera que los sujetos en los estadios de Precontemplación y Contemplación obtendrán puntuaciones más bajas que los sujetos en el estadio de acción, que a su vez obtendrán puntuaciones más bajas que los sujetos situados en el estadio de Mantenimiento.
10. A medida que se avance por los estadios de motivación por el cambio, se incrementará de manera significativa las puntuaciones en las variables de exploración (en los tres dominios Relacional, Ocupacional e Ideológico), de manera que los sujetos en el estadio de Precontemplación y Contemplación obtendrán puntuaciones más bajas que los sujetos en el estadio de Acción, que a su vez obtendrán puntuaciones más bajas que los sujetos situados en el estadio de Mantenimiento.
11. A medida que se avance por los estadios de motivación por el cambio, los sujetos irán pasando de un estado de difusión a uno más orientado al Logro.
12. Los sujetos pertenecientes a los grupos de Acción y Mantenimiento, obtendrán mayores puntuaciones (estadísticamente significativas) en las variables de Autoeficacia en contextos de: emociones placenteras, prueba de control personal, incomodidad física, necesidad y tentación de consumo, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social de consumo, en comparación con los sujetos situados en la fase de Contemplación. Los sujetos situados en Precontemplación, obtendrán mejores puntuaciones en Autoeficacia respecto al resto de estadios de cambio, en los factores que impliquen situaciones positivas, pero no así en las negativas, en las que serán los situados en Acción y Mantenimiento quienes conseguirán mayores puntuaciones en autoeficacia.
13. A medida que se avance por los estadios de motivación por el cambio, se incrementará de manera significativa las puntuaciones en las variables relativas a la conducta de consumo: meses de abstinencia, deseo de parar el consumo y capacidad percibida para detener el consumo. Por el contrario, en las variables ganas por consumir (*craving*) e insatisfacción general, los sujetos en el estadio de contemplación obtendrán puntuaciones más altas que los sujetos en el estadio de Acción, que a su vez obtendrá puntuaciones más altas que los sujetos situados en el estadio de mantenimiento. También veremos en este sentido, puntuaciones mayores de *craving* en Precontemplación respecto Acción y Mantenimiento.

2. DISEÑO

El diseño de la presente investigación es multifactorial, teniendo en cuenta el número de variables independientes, y multivariante, teniendo en cuenta el número de variables dependientes (Salvador y Peregrina, 1999/1993).

Dos son las principales variables independientes intersujeto que vamos a tener en cuenta. La primera se refiere al grupo al que pertenecen los sujetos de la muestra, con dos valores: pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA), y los sujetos pertenecientes al grupo control de referencia. La segunda variable independiente, dentro de los sujetos pertenecientes al grupo de la UCA, es el nivel de motivación para el cambio, con cuatro valores: fase de Precontemplación, Contemplación, fase de Acción y fase de Mantenimiento.

Las variables dependientes son cinco, aunque sólo tres de ellas son tenidas en cuenta para el conjunto total de la muestra. Sólo para los sujetos pertenecientes a la UCA se han tenido en cuenta las cinco variables dependientes. La primera está relacionada con una medida relacionada con la Identidad personal, operativizada por las variables de exploración y compromiso, en tres ámbitos diferenciados: el relacional, el ocupacional y el ideológico. La segunda está relacionada con una medida del Bienestar Psicológico, integrada por cinco variables: baja autoaceptación, dominio del ambiente, estancamiento del crecimiento personal, relaciones positivas con otros y autonomía. La tercera mide las ocho fuerzas del ego resultantes de un afrontamiento positivo de las ocho tareas del desarrollo propuestas por Erikson: Esperanza, Voluntad, Propósito, Competencia, Fidelidad, Amor, Cuidado y Sabiduría. La cuarta mide valores relacionados con la Autoeficacia, formado por siete factores de primer orden: emociones placenteras, control personal, incomodidad física, necesidad y tentación del consumo, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social del consumo. A su vez también se miden tres factores de segundo orden: Situaciones positivas, situaciones negativas y Situaciones de Tentación. Por último, tenemos en cuenta una serie de preguntas relativas a patrones conductuales vinculados a la conducta adictiva tales como: meses de abstinencia mantenidos, ganas de consumir (*craving*), deseo de detener el consumo, capacidad percibida para detener el consumo y por último, grado de insatisfacción general.

3. MUESTRA

La muestra con la que se ha realizado esta investigación está compuesta por un total de 172 sujetos; 78 componen el grupo experimental y 94 el grupo control.

El grupo experimental está formado por un grupo de pacientes procedentes de la UCA del Hospital Universitario de la Ribera, en Alzira, Valencia. Los participantes de esta muestra acuden a la UCA de manera voluntaria para consultar sintomatología relacionada con el consumo de drogas, ofertando éste un servicio de evaluación, diagnóstico y tratamiento a nivel ambulatorio.

Los componentes de este grupo han sido seleccionados de entre todos los pacientes que acudían a esta unidad a las consultas de Psicología o de Medicina en el periodo establecido, por cumplir los criterios de inclusión de la investigación y aceptar participar cuando se les ofrecía la posibilidad de realizar unas pruebas estandarizadas (Anexos 3B—3H) y una entrevista semiestructurada (Anexo 3A) para un estudio de investigación.

Las pruebas estandarizadas autoaplicadas y la entrevista semiestructurada se realizaban de manera individual en la propia unidad en una única sesión y siempre por la misma persona.

Todos los participantes firmaban un documento de consentimiento informado (Anexo 2) y se les entregaba la información del estudio y sus objetivos generales (Anexo 1).

Tras este proceso de evaluación, que duraba una hora y media aproximadamente, los pacientes continuaban con su tratamiento de la manera establecida en la unidad.

La muestra se ha recogido en un periodo total de un año, una primera parte desde Mayo de 2009 hasta Septiembre del mismo año, y una segunda parte, desde Octubre de 2010 hasta Abril de 2011.

El grupo control fue elegido mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia, y en el que se han tenido en cuenta las variables de tipo sociodemográfico como la edad y de tipo clínico como ser personas no dependientes ni abusadoras de cocaína.

Los criterios de inclusión en el estudio como **grupo experimental** fueron los siguientes:

- Tener el diagnóstico según los criterios del DSM-IV-TR (APA 2002) de abuso o dependencia de cocaína.
- Acudir a la UCA para recibir tratamiento por voluntad propia, no siendo derivado por Servicios Sociales Penitenciarios, Audiencia Provincial o Servicios Sociales Municipales.
- Ser mayor de edad.
- Aceptar la participación en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- No acudir voluntariamente a tratamiento (derivados de Servicios Penitenciarios, Audiencia Provincial o Servicios Sociales municipales)
- Diagnóstico de Patología Dual.
- Presentar como diagnóstico principal la dependencia o abuso de otra droga, a pesar de consumir también cocaína.
- No saber leer.

A continuación se detallan las **variables sociodemográficas** de la muestra que se han tenido en cuenta para la realización de la presente investigación:

- Sexo: Variable dicotómica, definida como hombre o mujer.
- Edad: Variable cuantitativa definida en años.
- Convivencia: Variable operacionalizada en familia de origen, familia propia y solo.
- Nivel de estudios: Variable operacionalizada en cuatro niveles: sin estudios, estudios básicos, estudios medios y estudios superiores.
- Situación laboral: Esta variable se definió en cuatro posibles respuestas: activo, sin trabajo y cobrando desempleo, sin trabajo no cobrando desempleo y otros (en las que se incluían minusvalías, no haber trabajado nunca, etc.)

Las **variables clínicas** obtenidas a partir del proceso de evaluación en el grupo experimental mediante la entrevista semiestructurada son las siguientes:

- Diagnóstico según DSM-IV-TR: El diagnóstico principal debía de ser abuso o dependencia de cocaína.
- Edad de inicio del consumo: Variable cuantitativa definida en años.
- Años de evolución del consumo: Variable cuantitativa que resultaba de la diferencia entre la edad total y la edad de inicio del consumo.
- Frecuencia de consumo antes de iniciar el tratamiento: variable definida como: consumo diario, consumo en patrón de fin de semana, 1-2 veces a la semana y 3-6 veces a la semana. Se diferenció el consumo en patrón del fin de semana que podría ser 1 ó 2 veces del consumo de 1-2 veces a la semana, ya que en general implica un patrón de consumo diferente; el de fin de semana suele ser un consumo social acompañado de otras sustancias

y otras personas, y la persona que consume indiferenciadamente entre semana o fin de semana, suele hacerlo en solitario y en muchas ocasiones sin acompañarlo de otras drogas.

- Cantidad de la sustancia consumida semanalmente antes de iniciar el tratamiento: Variable numérica medida en gramos.
- Otras drogas consumidas de manera habitual: esta pregunta hacía referencia a otras drogas, sin contar el tabaco pero sí el alcohol. Se definió la variable en tres niveles: una sustancia más, dos sustancias más, tres sustancias más.
- Cantidad de dinero que gastaba semanal y mensualmente antes de iniciar el tratamiento: Variable numérica.
- Fecha de inicio del tratamiento actual: Variable numérica.
- Máximo periodo abstinentes en la actualidad o anteriormente: Variable numérica en meses, diferenciando si había sido en el momento actual o en épocas anteriores, y de ser en un anteriormente, se indicaba el tiempo que hacía de ese periodo de abstinencia.
- Craving en los últimos días: Evaluado en una escala visual del 0 al 10, significando el 0 “ningunas ganas de consumir” y el 10 “ganas irresistibles de consumir”.
- Deseo de parar el consumo en el momento presente: Evaluado en una escala visual del 0 al 10, significando el 0 “no deseo parar el consumo ahora” y el 10 “deseo muy fuerte de parar el consumo ahora”.
- Capacidad sentida para parar el consumo en el momento presente: Evaluado en una escala visual del 0 al 10, significando el 0 “nada de capacidad” y el 10 “toda la capacidad que necesito”.
- Satisfacción general con el estilo de vida presente: Operacionalizada en 5 respuestas: muy satisfecho, satisfecho, inseguro, insatisfecho y muy insatisfecho.
- Motivación hacia el cambio: Evaluada por el investigador a partir de la entrevista realizada previa al pase de cuestionarios y de la entrevista semiestructurada, y operacionalizada en cuatro niveles: precontemplativo, contemplativo, acción y mantenimiento.
- Apoyo familiar en el tratamiento: Variable dicotómica, sí o no.
- Alteración psicopatológica: Operacionalizada en 4 respuestas: alteraciones de ánimo y ansiedad, alteraciones de estado de ánimo, alteraciones de ansiedad y no alteraciones a este nivel.
- Tratamiento farmacológico actualmente: Variable dicotómica, sí o no.
- Tratamientos médicos o psicológicos anteriores por el consumo: Variable dicotómica, sí o no.

Se escogió como grupo control, un conjunto de sujetos que no presentaban ni abuso ni dependencia de cocaína. Se eligieron sujetos con una media de edad aproximada a la edad del grupo experimental.

Se evaluaban las mismas variables sociodemográficas indicadas para el grupo experimental, y además se incluyeron dos preguntas sobre el consumo de cocaína, alcohol y cannabis, su frecuencia y si consideraban tener abuso o dependencia de alguna de ellas.

Se incluyeron una serie de preguntas exclusivas sobre el consumo de cocaína, también incluidas en la entrevista que se realizaba al grupo experimental, que debían de cumplimentar sólo las personas que no abusando ni dependiendo de la sustancia, habían consumido o consumían de manera puntual, para de esta manera poder valorar realmente la situación de consumo, y en caso de detectar abuso o dependencia, no incluirla en el estudio.

Ninguna de las personas incluidas en el grupo control, refirieron consumir cocaína, ni siquiera de forma puntual. Sí refirieron consumir alcohol de forma puntual en diferentes casos.

4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y FIABILIDAD

Los instrumentos de medida empleados en la investigación evaluaron diversas variables relacionadas con la identidad, nivel de dependencia de la cocaína y estadio de cambio y el bienestar psicológico percibido por el propio paciente.

También se recogieron algunos datos sociodemográficos, de los cuales se han tenido en cuenta para los análisis la edad, el sexo, la historia de consumo y la actitud actual hacia el no consumo y su percepción de capacidad para ello.

A continuación pasamos a describir los instrumentos que se han utilizado durante el proceso de evaluación y el análisis de fiabilidad de cada uno de ellos. La fiabilidad de una prueba indica la consistencia de dicha prueba, dicho de otra manera, expresa la probabilidad que existe de que el instrumento de medida arroje los mismos resultados al repetir la medición. Para medir la fiabilidad, se escogió el *coeficiente alfa de Cronbach* por ser uno de los coeficientes de fiabilidad más utilizados habitualmente. Este coeficiente se basa en la consistencia interna de la escala, fundamentándose en la correlación media de los ítems considerados en la escala, y varía de 0 a 1.

Se calculó el coeficiente de fiabilidad de cada una de las dimensiones para comprobar la consistencia interna de cada uno de los factores de los cuestionarios, midiendo la saturación de los ítems integrantes de los diferentes factores.

También se comprobó, en cada uno de los ítems, si el coeficiente alfa de la escala aumentaba con la eliminación de algún ítem, analizando la correlación corregida ítem-total. En varios casos se ha observado un aumento del valor del alfa de Cronbach al eliminar uno de los ítems, lo que implica que era candidato a ser eliminado, al funcionar la escala de manera más fiable sin él. Esto tan solo ocurre en 5 factores de todos con los que se ha trabajado.

1. Entrevista semiestructurada (Anexo 3A)

Se realizaba una entrevista semiestructurada creada específicamente para la presente investigación. En ella se recoge el motivo de consulta del paciente, los datos sociodemográficos, la información clínica, la historia de consumo, y el grado de motivación hacia el presente tratamiento. Se realiza de forma individual.

2. Cuestionario de abuso de drogas (CAD-20). (De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez & Ayala, 2001). (Anexo 3B)

Cuestionario de 20 ítems con respuesta dicotómica de sí o no, que valora el grado de abuso de drogas al que ha llegado la persona, evaluando su consumo en los 12 meses anteriores a realizar la evaluación.

Las preguntas hacen referencia a la percepción de consecuencias por parte del sujeto y el nivel de involucración en el consumo.

Formado por 4 factores que indican la gravedad del consumo: leve, moderado, sustancial y severo, este cuestionario es capaz de detectar usuarios con dependencia baja y media a drogas ilícitas.

El cuestionario original de Abuso de Drogas (CAD) fue elaborado por Skinner en 1982. En la presente investigación se ha utilizado una adaptación a la población mejicana (De las Fuentes & cols. 2001).

Para determinar la fiabilidad interna del cuestionario se calculó el coeficiente α de Cronbach, llevando a cabo un análisis estadístico de cada uno de los ítems de la escala, calculando el índice de fiabilidad excluyendo cada vez un ítem. Su coeficiente α es de 0,717.

3. Cuestionario para la evaluación de los Estadios de Cambio (SOCRATES 7D-Cocaína) (Miller y cols. 1996) (Anexo 3C)

El Stages of change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES, Miller y Rollnick, 1991), es un instrumento experimental diseñado para evaluar la preparación para el cambio en sujetos con problemas de abuso o dependencia del alcohol u otras sustancias. El instrumento proporciona puntuaciones en cinco escalas derivadas racionalmente, que corresponden a los cinco estadios de cambio conceptualmente considerados por Prochaska y DiClemente en su modelo transteórico del cambio (1983).

Las cinco escalas o estadios de cambio evaluados son precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento.

La versión SOCRATES 7D-Cocaína, está centrada en exclusivo en el consumo de la cocaína, refiriéndose cada uno de los ítems a situaciones de consumo de esta sustancia y no de otras. Fue validada por Derogatis L.R. en 1993 (Sklar, S. y cols. 1997).

A continuación se muestran el nombre de las subescalas, el número de ítems que la forman y el valor del α de Cronbach.

- Precontemplación, formada por 8 ítems (1, 6,11,16,21,26,31,36), con un $\alpha=0,686$.
 - Contemplación, formada por 8 ítems (2,7,12,17,22,27,32,37), con un $\alpha=0,54$
 - Determinación, formada por 8 ítems (3,8,13,18,23,28,33,38), con un $\alpha=0,83$
 - Acción, formada por 8 ítems (4,9,14,19,24,29,34,39), con un $\alpha=0,74$
 - Mantenimiento, formada por 7 ítems (5,10,15,20,25,35,40), con un $\alpha=0,67$ (tras eliminar el ítem 30)
4. Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas (CACD). De León, Pérez , Oropeza y Ayala (2001) (Anexo 3D)

Cuestionario autoaplicado sobre el porcentaje de confianza (de 0 a 100 en intervalos de 20) que siente una persona para no consumir cocaína en una lista de 60 situaciones específicas que se dividen en 8 subescalas. Fue construido a partir del Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para Consumir Drogas (DTCQ) de Annis y Martin (1996) diseñado para evaluar autoeficacia (o confianza) en la propia capacidad de resistir al deseo de utilizar heroína en diferentes tipos de situaciones.

Cuatro de ellas se refieren a situaciones **personales o intrapersonales**, en las cuales el uso de la sustancia implica una respuesta a un evento que es principalmente de naturaleza psicológica o física. Estas cuatro subescalas son:

- Incomodidad física, formada por 10 ítems (3,13,23,33,43,53,9,20,39,50), con un $\alpha=0,89$.
- Emociones placenteras, formada por 5 ítems (1, 11,21,31,41), con un $\alpha=0,76$
- Prueba de control personal, formada por 5 ítems (2,12,22,32,42), con un $\alpha=0,82$.
- Necesidad y tentación de consumo, formada por 6 ítems (4,14,24,34,44,54), con un $\alpha=0,769$.
- Emociones displacenteras, formada por 10 ítems (5,15,25,35,45,55,10,29,40,51), con un $\alpha=0,89$.

Las tres subescalas restantes se refieren a situaciones que implican a otras personas, o a situaciones **interpersonales**, en las cuales está implicada una influencia significativa de parte de otro individuo o individuos; estas subescalas son:

- Conflicto con otros, formada por 6 ítems (7,17,19,27,30,37,47,49,52,56,57,58,59,60), con un $\alpha=0,90$.

- Presión social hacia el consumo, formada por 5 ítems (8,18,28,38,48), con un $\alpha=0,86$.
- Tiempo placentero con otros-celebraciones, formada por 5 ítems (6,16,26,36,46), con un $\alpha=0,84$.

Estas 8 subescalas, conforman los 3 factores generales del cuestionario:

- **Factor de situaciones positivas:** tiempo placentero con otros, emociones placenteras con un $\alpha=0,736$.
- **Factor de situaciones negativas:** emociones displacenteras, incomodidad física, conflicto con otros, con un $\alpha=0,609$.
- **Factor de situaciones de tentación:** necesidad y tentación de consumo, presión social, prueba de control personal, con un $\alpha=0,884$.

5. Cuestionario de exploración y compromiso de identidad (Anexo 3E)

Formado a su vez por tres escalas:

C.I.R. (Cuestionario de Identidad Relacional, Ruiz y Zacarés, 2000)

C.I.O. (Cuestionario de Identidad Ocupacional, Ruiz y Zacarés, 2000)

C. I. ID. (Cuestionario de Identidad Ideológica, Ruiz y Zacarés, 2000)

Las Escalas de Identidad relacional, Identidad ocupacional e Identidad ideológica evalúan los procesos de exploración y compromiso por separado y en los tres dominios mencionados, el relacional –relaciones con los mejores amigos- el escolar-académico –estudios actuales y futuros, o bien situación y proyección laboral- y el ideológico –creencias acerca de cuestiones filosóficas, ideológicas, políticas, etc. Estas escalas se elaboraron al efecto de una investigación previa (Zacarés, Iborra, Tomás y Serra, 2009), si bien todos los ítems que las forman se han tomado a partir de un instrumento previo, la “Groningen Identity Development Scale” (GIDS) diseñada por Bosma (1992) como combinación de entrevista y cuestionario. Las categorías de respuesta se han tomado directamente de la GIDS, así como el sistema de puntuación: "No" (0), "No lo sé" (0), "Casi nunca" (1), "A veces" (2) y "Mucho" (3).

Las escalas para el compromiso miden el grado en el cual los sujetos se sienten comprometidos en el ámbito de las relaciones personales, los estudios (o bien situación y proyección laboral) y la ideología personal, derivándose de ello una confianza en sí mismos, en el futuro, así como una

autoimagen positiva (p.ej. "A pesar de todas las dificultades, estoy dispuesto a mantener las relaciones con mis mejores amigos/as" -compromiso relacional; "Estoy seguro de mis actuales estudios son los mejores para mí"- compromiso ocupacional- "En este momento no entendería mi existencia sin la filosofía de vida que tengo."- compromiso ideológico).

Las escalas para la exploración miden hasta qué punto los jóvenes están activamente implicados en investigar y cuestionarse diversas alternativas en el área de las relaciones personales, en la de los estudios y ocupación futura y en la de las creencias personales (p.ej. "Hablo con otros sobre el tema de la amistad y las relaciones de pareja"-exploración relacional; "Hablo con otros sobre el tema de los estudios"-exploración ocupacional-, "Encuentro difícil plantearme cosas nuevas en mis creencias, actitudes y valores."-Exploración ideológica-).

La escala de compromiso ocupacional está formada por siete ítems ($\alpha=0,878$). La de compromiso relacional, la forman ocho ítems ($\alpha=0,87$) y la de compromiso ideológico está formada por ocho ítems ($\alpha=0,841$).

La escala de exploración ocupacional tiene siete ítems ($\alpha=0,758$) y la de exploración relacional está formada por siete ítems ($\alpha=0,65$ tras excluir el ítem 7) y la de exploración ideológica formada por cinco ítems ($\alpha=0,562$ eliminando el ítem 7).

Este cuestionario permite calcular el estatus de identidad de los sujetos para cada dominio de identidad, utilizando la media en cada variable como punto de corte. Se considera que mediante estas escalas se valoran tanto los procesos de exploración presente en el momento actual como de compromiso presente, pero sin hacer referencia o compararlos con los que se dieron en algún momento pasado. De esta forma obtendríamos cuatro estatus para los que asumiríamos con cierta cautela una equivalencia funcional con los originales:

1. Estatus de "Compromiso hacia el logro" (*Logro* en la terminología de Marcia).

Se encuadrarían aquí aquellos sujetos que puntuasen por encima de la media tanto de exploración como de compromiso. La idea de partida es la de que los adolescentes constantemente reconsideran sus compromisos y que a lo largo de la adolescencia también se incrementa la exploración de los mismos, pero esto no ocurre solo en la adolescencia,

también a lo largo de la adultez. Esta sería una clara diferencia con la visión tradicional del “logro”, en la cual las actividades exploratorias ya habrían cesado.

2. Estatus de “Compromiso hipotecado” (*Cerrazón*)

Encontraríamos en este estatus a aquellas personas que puntuasen por encima de la media en compromiso pero por debajo respecto a la de exploración. Desconocemos, sin embargo, si esa exploración se dio o no en un momento anterior.

3. Estatus de “Moratoria” (*Moratoria*)

Aquí se situarían aquellos que puntuasen por encima de la media en exploración pero por debajo respecto al de compromiso.

4. Estatus de “Difusión” (*Difusión*)

Se situarían aquí aquellos que puntuasen por debajo de la media tanto de exploración como de compromiso.

6. Cuestionario adaptado a partir de PIES (Markstrom, 1997; 2007) (Anexo 3F)

El cuestionario psicosocial de Fuerzas del ego está formado por 64 ítems creados para medir las ocho fuerzas del ego creadas por Erikson (1997). Cada subescala está formada por 8 ítems con los siguientes coeficientes de consistencia interna: esperanza ($\alpha=0,68$), voluntad ($\alpha=0,684$), propósito ($\alpha=0,712$), competencia ($\alpha=0,686$), fidelidad ($\alpha=0,635$), amor ($\alpha=0,53$ eliminando el ítem 7), cuidado ($\alpha=0,67$ eliminando el ítem 21) y sabiduría ($\alpha=0,692$).

Cada uno de los ítems son frases a las que los sujetos han de responder en una escala de cinco puntos en los que el 1 indica “no me describe bien” y el 5 indica “me describe muy bien”.

7. Escala de Bienestar Psicológico (EBR Ryff, Ryff, 1989) (Anexo 3G)

Como variable indicadora de funcionamiento psicológico positivo, este cuestionario está formado por un total de 43 ítems formulados algunos en “positivo” y otros en “negativo” sobre pensamientos y sentimientos con respuesta de 6 puntos que van desde la respuesta muy inadecuado para describirme, hasta muy adecuado para describirme.

Esta escala consta de los cinco factores siguientes:

1. Baja autoaceptación ($\alpha=0,908$)
 2. Dominio del ambiente ($\alpha=0,87$)
 3. Estancamiento en el crecimiento personal ($\alpha=0,719$)
 4. Relaciones positivas con otros ($\alpha=0,84$)
 5. Autonomía ($\alpha=0,627$)
8. Listado de conductas generativas (GBC, McAdams, 1997; adaptación de Amer y Zacarés, 1999) (Anexo 3H)

Cuestionario autoaplicado, con un total de 50 conductas o acciones concretas, clasificadas como generativas, que el sujeto ha de indicar si las ha realizado una, dos veces o ninguna en los dos últimos meses, por ejemplo: He enseñado una habilidad a alguien o He tomado alguna decisión que ha influido a muchas personas. Alfa igual a 0,887.

Permite ver, el nivel en que el individuo está implicado en este tipo de actividades, y por tanto, situado en este punto de desarrollo de la identidad.

A mayor puntuación, mayor es el número de actividades generativas que la persona realiza.

5. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DE DATOS

Todos los cálculos estadísticos fueron realizados empleando el paquete estadístico IBM SPSS STATISTICS 19 para Windows. Mediante este programa informático de gestión y análisis de datos se han efectuado los análisis que describimos a continuación

5.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En cuanto a la variable **Sexo**, hay un mayor porcentaje del total de la muestra analizada en el grupo experimental que está compuesto por hombres, dato que es afín con las investigaciones realizadas en el campo de las Toxicomanías, donde se observa un mayor porcentaje de prevalencia de consumidores de cocaína en población masculina; según el Informe anual Europeo de 2011 sobre el problema de las drogodependencias en Europa, la ratio de la prevalencia entre mujeres y hombres para el consumo de cocaína durante el último año oscilaba entre 1:1 y 1:13 para los adultos jóvenes en los diferentes países. Las medias ponderadas para la Unión Europea en su totalidad sugieren que, entre los consumidores de cocaína de 15 a 34 años de edad, la ratio entre hombres y mujeres era de casi 4 a 1 (3,8 hombres por cada mujer). En el informe de 2010, la proporción entre hombres y mujeres adultos jóvenes que declaran haber consumido cocaína durante el último año, era como mínimo 1:2.

Sin embargo, la proporción a nivel de sexo de personas que consumen, no se mantiene en cuanto a la demanda de tratamiento, siendo significativamente mayor en el caso de hombres respecto al número de mujeres que solicitan atención profesional (6 a 1 en la UCA en que se recogieron los datos y en el momento en que se realizó este estudio).

En el grupo de la UCA, hay un total de 68 hombres (87%) y 10 mujeres (13%). La población del grupo control presenta mayor equilibrio en esta variable; hay 38 hombres (40%) y 56 mujeres (60%).

		SEXO		Total
		Hombre	Mujer	
GRUPO	UCA	68	10	78
		87,1%	12,8%	100,0%
	Control	38	56	94
		40,4%	59,6%	100,0%
Total		106	66	172
		61,6%	38,3%	100,0%

Tabla 7 Distribución por sexo de la muestra

El valor de χ^2 da un valor $p= 0,000$, indicando que esta distribución por sexo y grupo no es debida al azar, es decir, los grupos no son homogéneos en esta variable. El grupo de consumidores presenta más hombres que mujeres, y el grupo de no consumidores presenta más mujeres que hombres, siendo esta distribución demasiado grande como para ser debida al azar. Ambos grupos son por lo tanto diferentes en función de la variable sexo. Algo que habremos de tener en cuenta en la interpretación de los análisis.

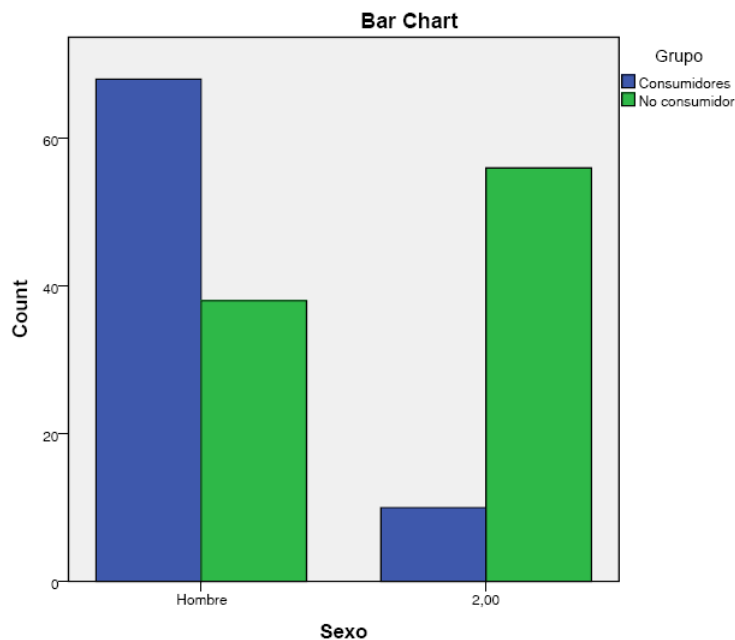


Gráfico 1 Distribución por sexo de la muestra

En la variable **Edad cronológica** de los pacientes, la muestra total se distribuye en un rango que oscila entre los 20 y los 57 años de edad, ($X=31,91$, $DT=7,07$), estando cerca del 50% de la muestra

situada en un rango de edad comprendido entre los 26 y 34 años de edad. Establecimos cuatro grupos, estando el 1 entre 20 y 25 años, el 2 entre 26 y 29 años, el 3 entre 30 y 34 años, y el cuarto entre 35 y 57 años.

		Grupos de Edad				Total
		20-25 años	26-29 años	30-34 años	35-57 años	
GRUPO	UCA	14	21	23	20	78
	% de GRUPO	17,9%	26,9%	29,4%	25,6%	100,0%
GRUPO	Control	13	25	35	21	94
	% de GRUPO	13,8%	26,6%	37,2%	22,3%	100,0%
Total		27	46	58	41	172
		15,7%	26,7%	33,7%	23,8%	100,0%

Tabla 8 Tabla de contingencia Grupo * grupos de edad

En este sentido, en función de la edad, los grupos se encuentran homogéneamente distribuidos; las diferencias teniendo en cuenta el valor de χ^2 (0,702) son debidas al azar.

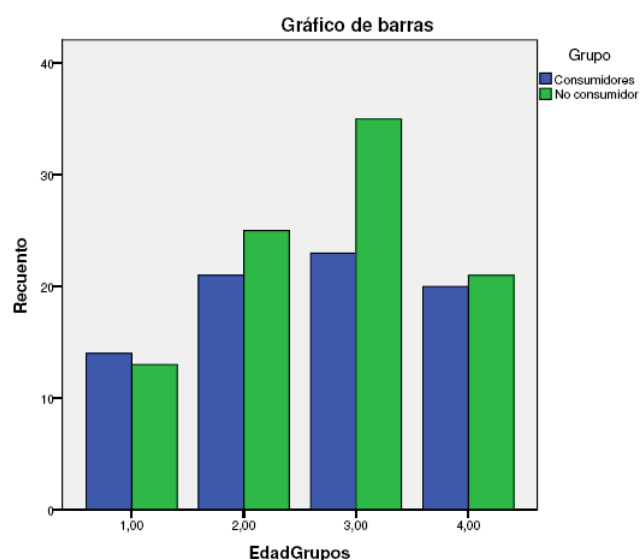


Gráfico 2: Distribución por grupos de edad de la muestra

En cuanto a la variable **Nivel de Estudios**, como se puede observar en la siguiente tabla, oscilan desde ausencia de estudios hasta estudios universitarios.

		Nivel de estudios				Total
		Sin estudios	Estudios básicos	Estudios medios	Estudios superiores	
GRUPO	UCA	4	43	22	9	78
	% de GRUPO	5,1%	55,1%	28,2%	11,6%	100,0%
GRUPO	Control	2	9	21	62	94
	% de GRUPO	2,1%	9,6%	22,3%	66,0%	100,0%
Total		6	52	43	71	172
		3,5%	30,2%	25,0%	41,3%	100,0%

Tabla 9 Tabla de contingencia grupo * N. estudios

Se aprecia una diferencia entre ambos grupos, en el sentido de que predominan los sujetos con estudios básicos (55%) en la UCA, mientras que en el grupo control, predominan los sujetos con estudios superiores (66%). Teniendo en cuenta el valor de χ^2 estas diferencias no son debidas al azar ($p=0,000$), sino que dependen del grupo de pertenencia.

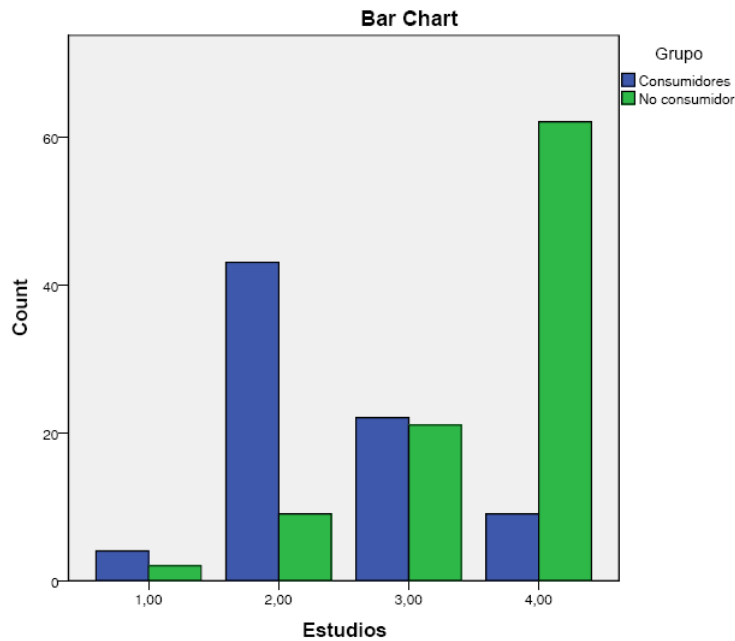


Gráfico 3 Distribución por Nivel de estudios de la muestra

Por lo que respecta a la **situación laboral**, encontramos los siguientes resultados

		Situación laboral				Total
		Activo	Sin trabajo cobrando desempleo	Sin trabajo sin cobrar	Otros	
GRUPO	UCA	33	24	19	2	78
	% de GRUPO	42,3%	30,8%	24,4%	2,5%	100,0%
	CONTROL	85	4	4	1	94
	% de GRUPO	90,4%	4,3%	4,3%	1,0%	100,0%
	TOTAL	118	28	23	3	172
	% de GRUPO	68,6%	16,3%	13,4%	1,7%	100,0%

Tabla 10 Tabla de contingencia Grupo * Situación laboral

Hay un mayor porcentaje significativo de sujetos en activo en el grupo control, en comparación con el grupo de pacientes de la UCA ($\chi^2=48,91$ con una $p=0,000$). En esta variable, por lo tanto, tampoco se encuentran equilibrados ambos grupos.

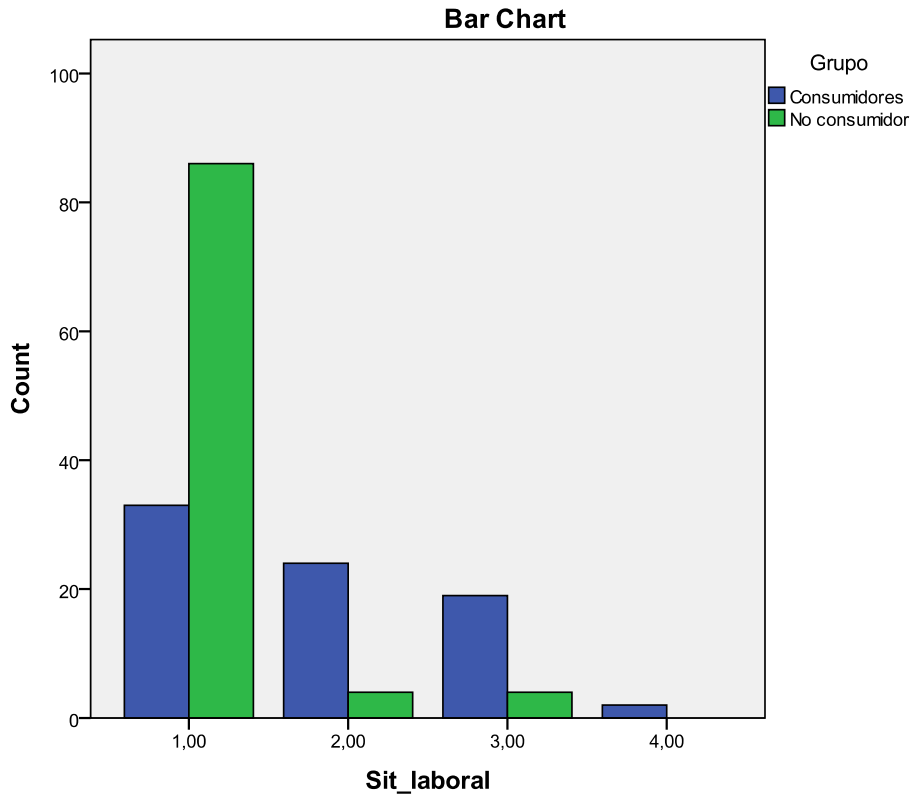


Gráfico 4 Distribución por situación laboral de la muestra

Una vez hemos comentado las variables descriptivas más relevantes del estudio, procedemos a continuación a presentar los principales resultados obtenidos atendiendo a las diferencias obtenidas atendiendo a las variables independientes grupo de origen (UCA-Control) y estadio de motivación por el cambio (Contemplación, Acción y Mantenimiento). Seguidamente se procederá a exponer los resultados de los análisis discriminantes teniendo en cuenta las dos variables independientes mencionadas.

5.3. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

Se han aplicado pruebas t de contraste de medias para evaluar las diferencias, en promedio, entre los participantes en el estudio, atendiendo al grupo del que procedían: pacientes procedentes de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) y participantes provenientes del grupo control (no consumidores) por un lado, y en función del Nivel de motivación hacia el cambio en el que sitúan los pacientes dependientes de cocaína (Precontemplación-Contemplación-Acción-Mantenimiento).

A continuación presentamos los resultados significativos provenientes de dichos grupos.

5.3.1. Diferencias en función del Grupo de pertenencia (UCA/Control)

		.Grupo UCA		Grupo Control		t	P
		□	S□	□	S□		
Factores de las escalas de Identidad	Compromiso Ideológico	1,82	0,79	2,41	0,44	-6,18	0,000
	Compromiso Ocupacional	1,80	0,86	2,41	0,70	-5,07	0,000
	Exploración Ocupacional	1,52	0,71	1,18	0,68	3,24	0,001
	Compromiso Relacional	1,76	0,90	2,30	0,48	-5,06	0,000
	Exploración Relacional	1,21	0,67	0,61	0,53	6,47	0,000
Factores de Bienestar Psicológico	Baja Autoaceptación	3,54	0,99	2,11	0,73	10,81	0,000
	Dominio del Ambiente	3,84	0,80	4,85	0,54	-9,86	0,000
	Relaciones positivas con los otros	4,4	0,92	5,12	0,63	-5,94	0,006
	Estancamiento	2,86	0,92	2,14	0,70	5,79	0,000
	Autonomía	4,32	0,79	4,60	0,64	-2,61	0,01
Factores de las Fuerzas del ego	Esperanza	3,38	0,67	3,83	0,53	-4,86	0,000
	Voluntad	3,46	0,84	4,02	0,44	-6,72	0,000
	Propósito	3,62	0,68	4,05	0,52	-4,70	0,000
	Competencia	3,84	0,63	4,13	0,46	-3,34	0,001
	Fidelidad	3,81	0,60	4,22	0,42	-5,26	0,000
	Amor	3,6	0,61	4,09	0,45	-5,99	0,000
	Cuidado	3,76	0,60	4,14	0,55	-4,25	0,000
	Sabiduría	3,12	0,58	3,98	0,55	-10,0	0,000
Conducta Generativa		21,96	12,24	26,04	12,59	12,59	0,03

Tabla 11 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las variables dependientes que reportaron diferencias estadísticamente significativas, en función de la variable Grupo

Respecto a las medidas relacionadas con la **Identidad**, las variables de exploración y compromiso en los ámbitos relacionales, ocupacionales e ideológicos, puede apreciarse la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en todas las variables tanto de exploración como de compromiso, a excepción de la variable exploración ideológica en la que no se han encontrado diferencias significativas. Los sujetos provenientes de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) han obtenido mayores puntuaciones en las variables de exploración mencionadas. Se podría plantear que estos sujetos presentan una mayor actividad exploratoria, de búsqueda activa, en estos dos ámbitos. Sin embargo, son los sujetos provenientes del grupo control los que obtienen mayores puntuaciones en la variable de compromiso en los tres factores; en el ideológico, estando más comprometidos con un sistema de creencias, valores, filosofía de vida, que los sujetos participantes en la UCA, ocupacional; estando más comprometidos con sus trabajos y carreras profesionales; y el relacional, estando más comprometidos con las personas que les rodean y tendiendo a relaciones más estables que los sujetos de la UCA, en los que el propio proceso de consumo podría avocar a relaciones más superficiales y cambiantes.

Si tenemos en cuenta las variables medidas por el cuestionario de **Bienestar psicológico**, se constata que los sujetos que proceden de la UCA se aceptan menos a sí mismos, se consideran menos autónomos y tienen una menor sensación de dominar el ambiente, presentan mayor sensación de estancamiento, interpretando como menos positivas las relaciones con los demás en comparación con los sujetos del grupo control. En general, por lo tanto, los sujetos de la UCA presentan peores niveles de bienestar psicológico.

En relación al cuestionario de las **Fuerzas del ego**, vinculado también con el nivel de madurez y bienestar de los sujetos en cuanto a que han obtenido las virtudes que emergen tras un apropiado afrontamiento de las diferentes crisis psicosociales propuestas por Erikson, se observa como los sujetos pertenecientes al grupo control obtienen mayores puntuaciones en todas las virtudes mencionadas por Erikson (esperanza, voluntad, propósito, compromiso, fidelidad, amor, cuidado y sabiduría), observándose mayor evolución por tanto en cuanto a la identidad en el caso de los sujetos controles.

Por último, en cuanto a las **Conductas generativas**, observamos que los sujetos del grupo control realizan mayor número de conductas generativas que los sujetos de la UCA, estando más activos en este sentido.

Debido a la diferencia observada en ambos grupos, UCA y control, en la distribución del sexo y del nivel de estudios, hemos procedido a controlar estas variables y recalculamos las diferencias observadas en el resto de variables para ver en cuáles son significativas.

		.Grupo UCA		Grupo Control		F	gl	P
		\bar{x}	S \bar{x}	\bar{x}	S \bar{x}			
Factores de las escalas de Identidad	Exploración Ocupacional	1,52	0,71	1,18	0,68	6,06	2	0,015
	Compromiso Relacional	1,76	0,90	2,30	0,48	12,22	2	0,001
	Exploración Relacional	1,21	0,67	0,61	0,53	19,52	2	0,000
	Compromiso Ideológico	1,82	0,79	2,41	0,44	15,44	2	0,000
Factores de Bienestar Psicológico	Baja Autoaceptación	3,54	0,99	2,11	0,73	34,84	2	0,000
	Dominio del Ambiente	3,84	0,80	4,85	0,54	37,41	2	0,000
	Estancamiento	2,86	0,92	2,14	0,70	5,03	2	0,026
	Relaciones Positivas con otros	4,40	0,92	2,14	0,70	12,83	2	0,000
Factores de las Fuerzas del ego								
	Esperanza	3,38	0,67	3,83	0,53	4,86	2	0,029
	Voluntad	3,46	0,64	4,02	0,44	14,64	2	0,000
	Propósito	3,62	0,68	4,05	0,52	4,19	2	0,042
	Fidelidad	3,81	0,60	4,22	4,22	8,93	2	0,03
	Amor	3,60	0,61	4,09	0,45	17,34	2	0,000
	Sabiduría	3,12	0,58	3,98	0,55	31,62	2	0,000

Tabla 12 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las variables dependientes que reportaron diferencias estadísticamente significativas, en función de la variable Grupo, eliminando el efecto de las variables Sexo y Nivel de estudios

Cuando eliminamos la influencia de las variables sexo y estudios, variables en las que como vimos anteriormente se diferenciaban el grupo UCA y control, observamos que las diferencias significativas entre ambos grupos son muy similares que cuando no lo eliminamos, pero desaparecen variables que en el caso de no tener en cuenta el sexo y el estudio, sí ofrecían diferencias significativas.

Dentro de la escala de identidad, observamos que no hay diferencia en la escala compromiso ocupacional, es decir, controlando el sexo y el nivel de estudios, ambos grupos presentan similar compromiso ocupacional.

En la escala de fuerzas del ego, deja de aparecer diferencias significativas en las variables de competencia y cuidado, que sí se observaban antes, lo mismo ocurre con la variable autonomía de la escala de Bienestar psicológico.

Y por último, deja de aparecer diferencias significativas entre ambos grupos en la conducta generativa.

5.3.2. Diferencias en función del Nivel de motivación hacia el cambio (Precontemplación-Contemplación-Acción-Mantenimiento)

En este apartado se realizaron una serie de Análisis de Varianza (ANOVAS) entresujetos teniendo en cuenta como variable independiente el nivel de motivación en el que se encontraban los pacientes de la UCA que participaron en la investigación. Las variables dependientes son las mismas que se emplearon en la anterior sección (medidas relativas a la Identidad, Bienestar Psicológico, Fuerzas del Ego), añadiendo las ocho variables medidas en el cuestionario de autoconfianza en el consumo de drogas (CACD) y datos relativos a los valores de tiempo de tratamiento, meses de abstinencia, deseo de consumo, capacidad percibida de detener el consumo, ganas de y satisfacción general percibida. Tras los análisis de varianza, caso de ser necesario, se realizaron pruebas de comparaciones múltiples a posteriori mediante el procedimiento de Bonferroni.

En la siguiente tabla se exponen los resultados estadísticamente significativos:

		Precontemplación N=5		Contemplación N=20		Acción N=33		Mantenimiento N=20		F	g l	p
		\bar{x}	S \bar{X}	\bar{x}	S \bar{X}	\bar{x}	S \bar{X}	\bar{x}	S \bar{X}			
Factores de Identidad	Compromiso ideológico	1,50	0,59	1,46	0,77	1,88	0,83	2,15	0,64	3,41	3	0,03
Factores de Bienestar Psicológico	Domino del Ambiente	4,60	0,42	3,55	0,76	3,68	0,81	4,21	0,66	4,86	3	0,004
Factores de Fuerzas del Ego	Esperanza	3,07	1	3,00	0,56	3,43	0,63	3,75	0,57	5,21	3	0,003
	Voluntad	3,45	0,83	3,09	0,45	3,43	0,65	3,88	0,50	6,16	3	0,001
	Competencia	3,37	0,72	3,62	0,47	3,91	0,70	4,08	0,53	3,03	3	0,034

	Fidelidad	4,00	0,64	3,51	0,48	3,85	0,61	4,00	0,61	2,68	3	0,053
Variables sociodemográficas en relación a la conducta Adictiva	Tiempo de tratamiento	7,20	9,83	4,05	5,11	3,18	3,96	11,40	8,05	8,70	3	0,000
	Meses de Abstinencia actualmente	0,60	1,34	0,35	1,13	2,21	1,96	8,95	5,69	28,35	3	0,000
	Capacidad de parar	6,80	2,58	6,55	2,45	7,87	1,78	8,80	1,00	5,24	3	0,02
	Desecode de parar	7	4,12	8,95	1,76	9,69	0,80	9,70	0,73	5,80	3	0,01
	Ganas de consumir	1,40	1,94	4,20	3,39	1,90	3,05	1,80	2,76	3,30	3	0,025
	Satisfacción	2,40	1,34	2,90	1,07	2,36	1,02	1,60	0,68	5,93	3	0,001
Factores de Autoconfianza en el no consumo de drogas	Emociones placenteras	94,4	10,43	73,40	17,27	80,42	19,72	87,4	10,64	3,42	3	0,021
	Tentación de consumo	58,66	28,82	48,50	84,27	62,33	18,36	66,16	22,01	3,40	3	0,02
	Emoción Displacertera	63,20	24,23	54,00	20,27	59,27	21,16	73,50	20,17	3,19	3	0,028
	Conflicto con otros	86,85	33,21	65,24	22,19	6,50	20,45	83,35	12,71	3,82	3	0,03
	Presión social de consumo	35,20	21,03	41,40	20,69	59,87	23,39	63,00	29,59	4,15	3	0,009
	Tiempo placentero con otros	58,40	37,90	49,53	15,64	63,51	24,03	73,20	21,64	3,75	3	0,014
	Situación Positiva	76,40	26,38	61,46	14,10	71,96	20,16	80,30	14,30	3,97	3	0,011

Situación	75,08	24,52	62,91	19,72	68,01	19,59	88,59	40,42	3,58	3	0,018
n											
Negativa											

Tabla 13 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las variables dependientes que reportaron diferencias estadísticamente significativas en función del Nivel de motivación de los sujetos, pertenecientes a la UCA

Respecto a las variables relacionadas con la **Identidad**, los valores F de los ANOVAS revelaron únicamente un efecto principal de la variable nivel de motivación en la dimensión de Compromiso ideológico ($F=3,14$; $p=0,03$). Las comparaciones a posteriori mostraron que los valores de compromiso ideológico son más elevados en el grupo que se encuentra en la fase motivacional de mantenimiento, en comparación con la fase de contemplación ($p=0,047$).

En la siguiente gráfica podemos observar de forma clara lo comentado más arriba.

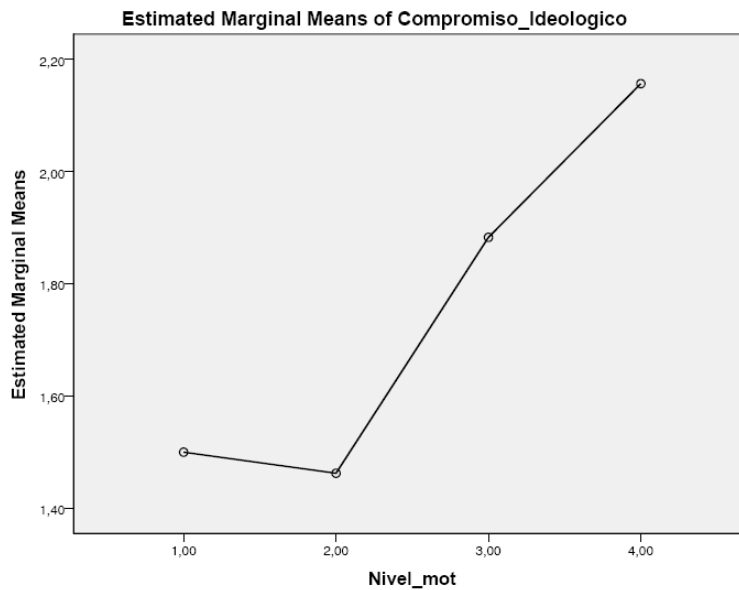


Gráfico 5 Distribución Nivel de motivación-Compromiso Ideológico

Respecto a las variables de **Bienestar psicológico**, aparecen tendencias a la significación en función de la variable nivel motivacional, en dos dimensiones únicamente, la dimensión de dominio del ambiente ($F=4,86$; $p=0,04$) y de relaciones positivas con otros ($F=2,66$; $p=0,54$). En ambos casos la evolución desde el nivel de precontemplación al de mantenimiento es en forma de U. Incluimos una de las gráficas como ejemplo del cambio en ambas variables.

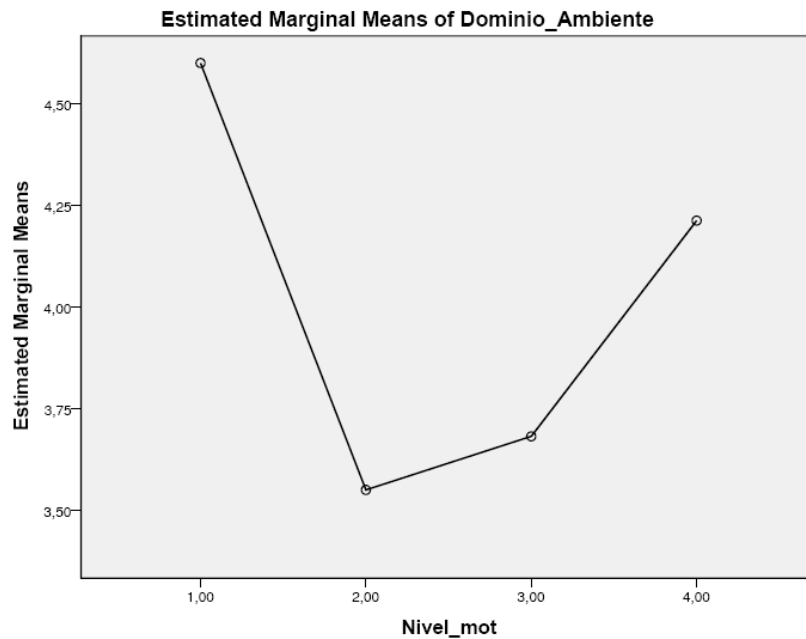


Gráfico 6 Distribución Nivel de motivación-Dominio del Ambiente

Según las comparaciones a posteriori, la sensación de dominio del ambiente es mayor en la fase de precontemplación y de mantenimiento respecto a la de contemplación ($p=0,038$ y $p=0,039$ respectivamente), no habiendo diferencias significativas entre las demás fases.

Teniendo en cuenta las variables que miden las **Fuerzas del ego**, los valores F de los ANOVAS muestran diferencias significativas teniendo en cuenta el nivel de motivación, en cuatro del total de sus dimensiones; las dimensiones de esperanza, voluntad, competencia y fidelidad. Respecto a las dimensiones de esperanza ($F=5,21$; $p=0,003$) y fidelidad ($F=2,68$; $p=0,053$) estos valores son mayores en el grupo de mantenimiento respecto del grupo de contemplación ($p=0,005$ y $p=0,061$ respectivamente). En la dimensión de competencia, aunque la variable presenta en general diferencias significativas ($F=3,03$; $p=0,034$), al examinar las comparaciones post hoc grupo por grupo, no aparecen diferencias estadísticamente significativas, si bien, al observar las medias de los grupos se puede apreciar una tendencia lineal ascendente, presentando el grupo de precontemplación menores puntuaciones, seguido del de contemplación, acción y por último el de mantenimiento, que presenta las mayores puntuaciones. Aunque esta tendencia es clara, no aparecen diferencias significativas entre ellos.

Y por lo que respecta a la voluntad ($F=6,16$; $p=0,001$) observamos que el grupo de mantenimiento presenta puntuaciones significativamente mayores que los grupos de contemplación ($p=0,000$) y acción ($p=0,046$).

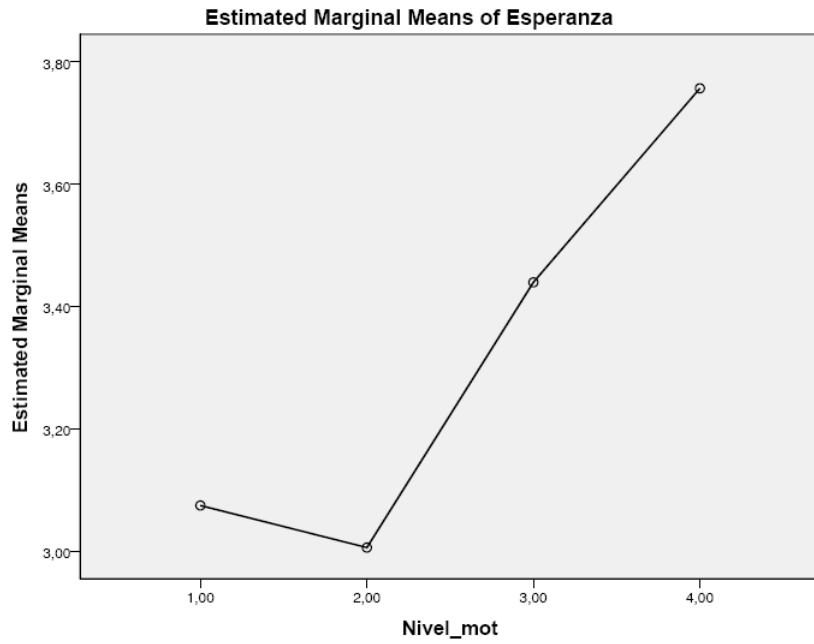


Gráfico 7 Distribución Nivel de motivación-Esperanza

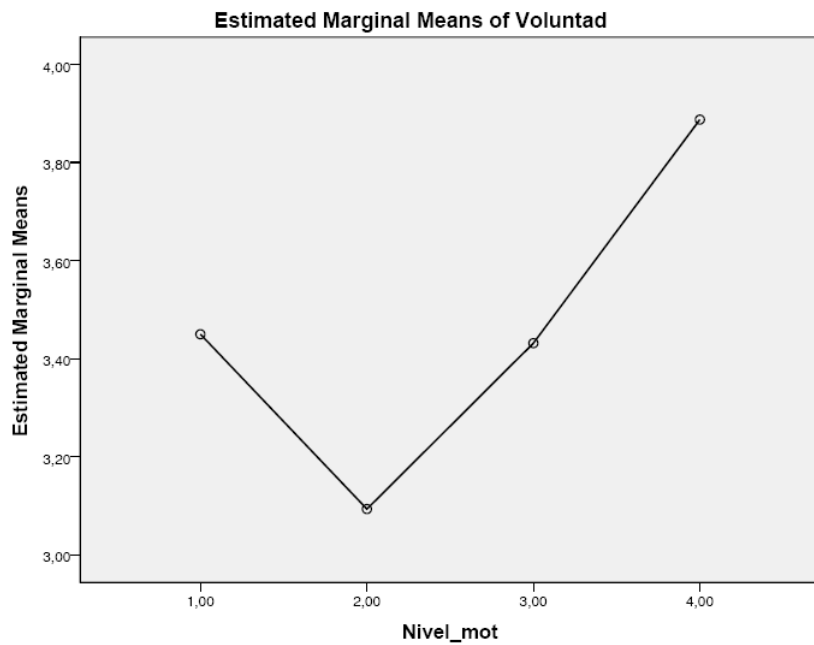


Gráfico 8 Distribución Nivel de motivación-Voluntad

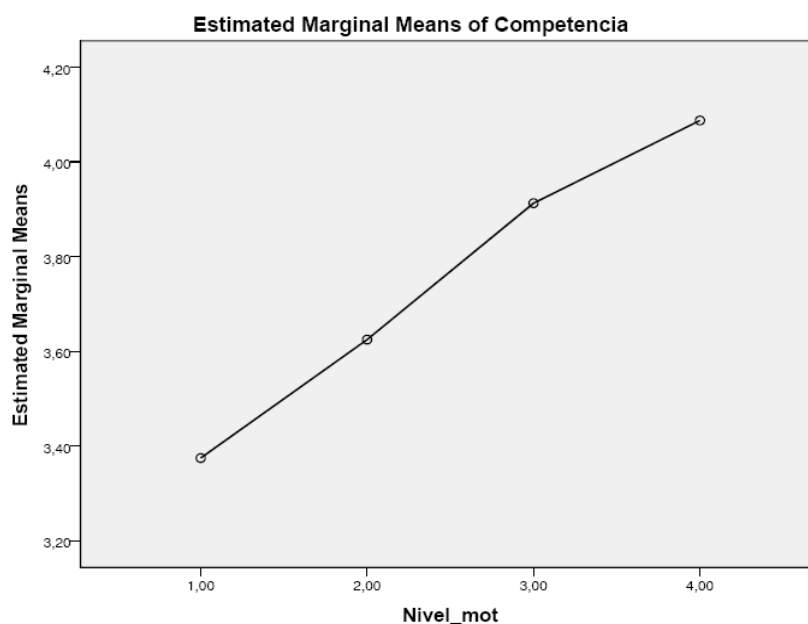


Gráfico 9 Distribución Nivel de motivación-Competencia

Si atendemos a las **Variables sociodemográficas** relacionadas con la conducta de adicción de los pacientes de la UCA, encontramos diferencias significativas en el tiempo de tratamiento ($F=8,70$, $p=0,000$), número de meses de abstinencia completados ($F=28,35$, $p=0,000$), deseo de parar el consumo ($F=5,80$, $p=0,001$) en la capacidad percibida para detener el consumo ($F=5,24$, $p=0,002$), ganas de consumir ($F=3,30$, $p=0,025$) y en el nivel de insatisfacción que se siente ($F=5,93$, $p=0,001$). Las comparaciones a posteriori muestran diferencia significativa en cuanto al tiempo de tratamiento, entre los pacientes que están en el estadio de mantenimiento comparado con el de contemplación ($p=0,001$) y acción ($P=0,000$). Por otro lado, se observa que los pacientes que se encuentran en la fase de mantenimiento llevan más meses de abstinencia en la actualidad, comparados con los pacientes del grupo de precontemplación ($p=0,000$), contemplación ($p=0,000$) y del grupo de acción ($p=0,000$), quienes no difieren significativamente entre sí. En cuanto al deseo de frenar el consumo, observamos diferencias significativas entre el grupo de acción y el de precontemplación ($0,002$) y el de mantenimiento y el de precontemplación ($0,003$). Igualmente, son los pacientes en la fase de mantenimiento los que perciben una mayor capacidad a la hora de detener el consumo comparados con los pacientes del grupo en la fase de contemplación ($p=0,002$), y en la dirección inversa, respecto a las ganas de consumir ($p=0,049$), siendo los pacientes contempladores los que presentan mayores ganas respecto a los que se sitúan en mantenimiento. En cuanto a la variable de insatisfacción, son los pacientes del grupo de

contemplación (0,000) y acción (0,046) los más insatisfechos, comparados con los pacientes del grupo mantenimiento.

Incluimos gráficas para poder observar con mayor claridad los resultados comentados anteriormente.

La gráfica de meses de abstinencia sigue misma estructura que la de capacidad, por lo que incluimos solo la primera.

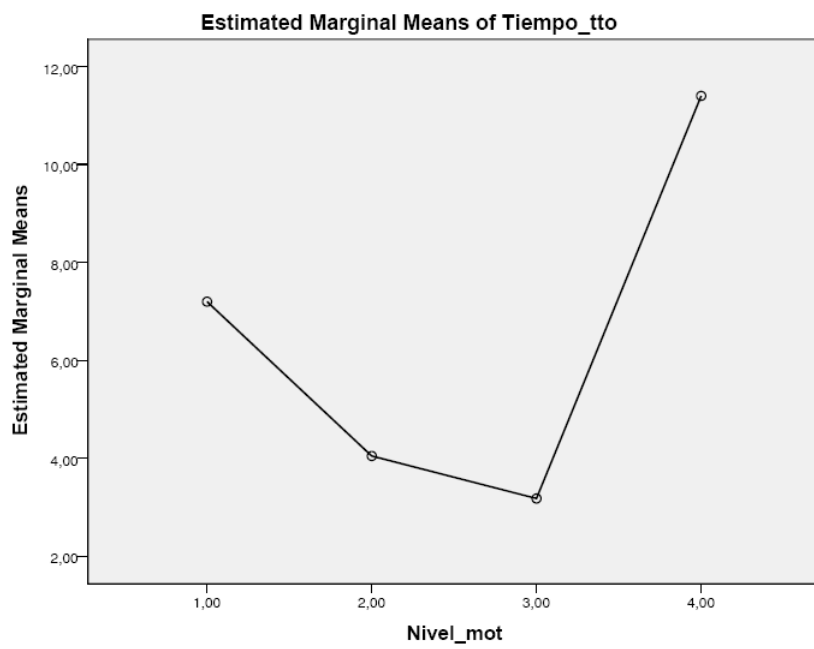


Gráfico 10 Distribución Nivel de motivación-Tiempo de Tratamiento

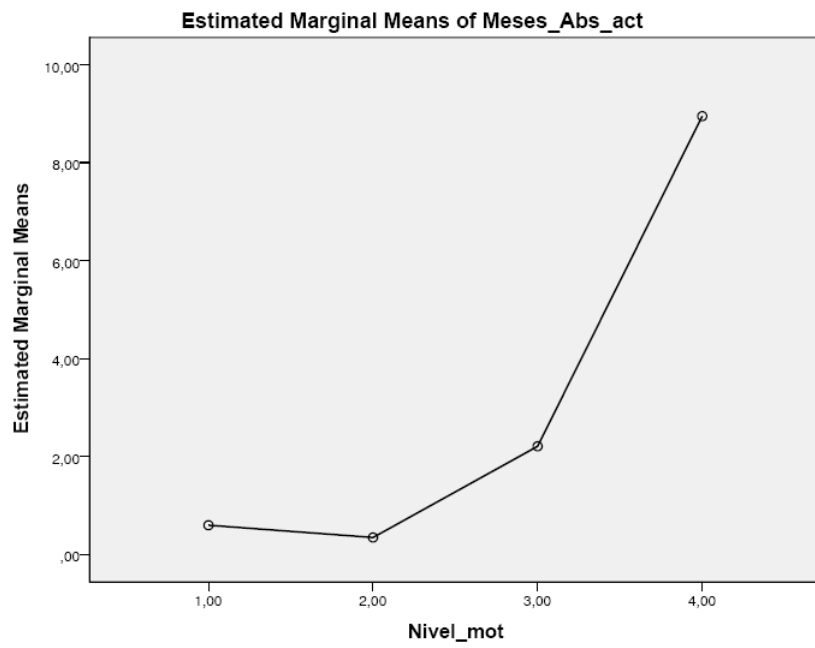


Gráfico 11 Distribución Nivel de motivación-Meses de Abstinencia actualmente

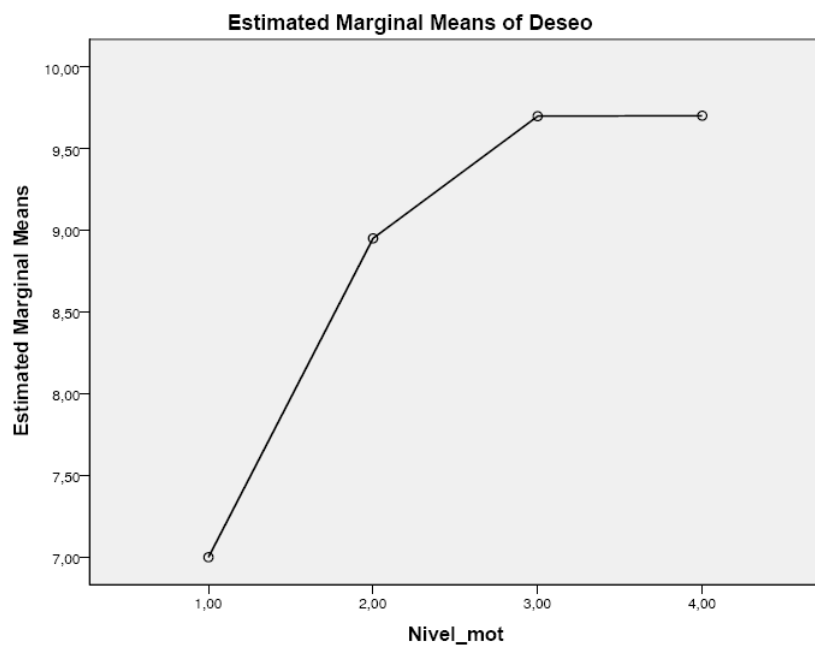


Gráfico 12 Distribución Nivel de motivación-Deseo de abandono

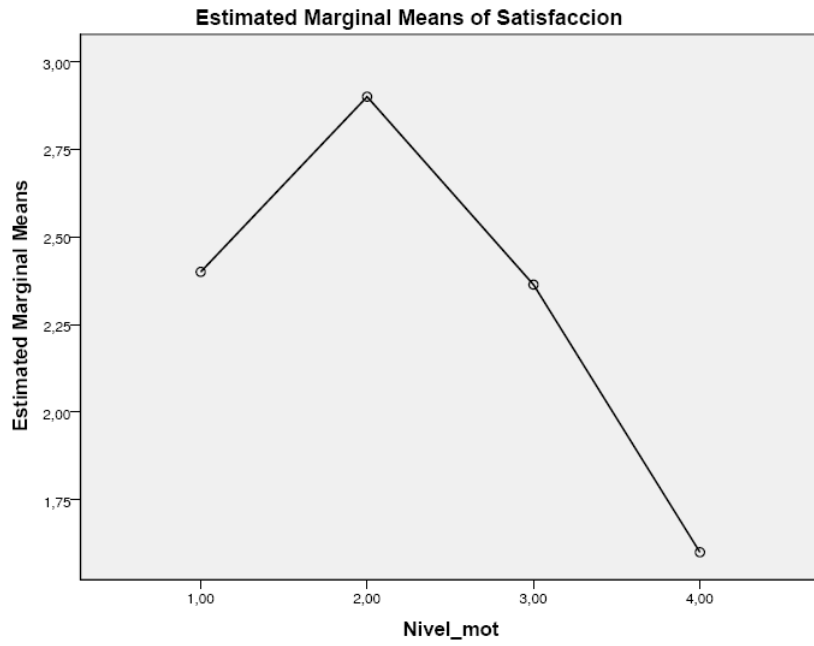


Gráfico 13 Distribución Nivel de motivación-Satisfacción

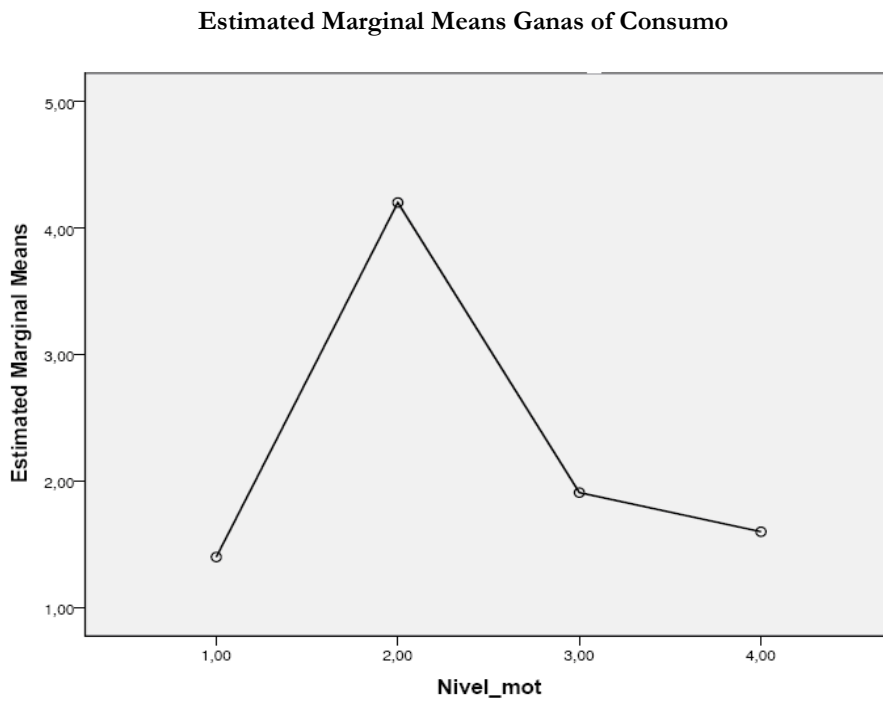


Gráfico 14 Distribución Nivel de motivación-Ganas de consumo

Por último, teniendo en cuenta las dimensiones medidas por el cuestionario de **Autoeficacia**, aparecen los siguientes resultados. En la relación a la Vivencia de emociones placenteras ($F=3,42$; $p=0,021$) los resultados revelan de manera significativa mayores puntuaciones en los pacientes en la fase de mantenimiento y la fase de precontemplación, comparados con los pacientes en la fase de contemplación ($p=0,085$ y $p=0,060$ respectivamente).

En la variable Tentación de consumo ($F=3,40$; $p=0,02$) las diferencias se encuentran entre los pacientes en la fase de Mantenimiento en comparación con los que se encuentran en la fase de contemplación ($p=0,016$). Esa diferencia a favor de los pacientes en la fase de Mantenimiento comparada con la de contemplación, la encontramos también en las variables emoción displacentera ($p=0,025$), conflicto con otros ($p=0,036$) y tiempo placentero con otros ($p=0,009$). En la variable presión social de consumo, aparece también esta diferencia ($p=0,045$) y una tendencia también entre los pacientes que están en la fase de acción, con mayores puntuaciones que los que se encuentran en la fase de contemplación ($p=0,063$).

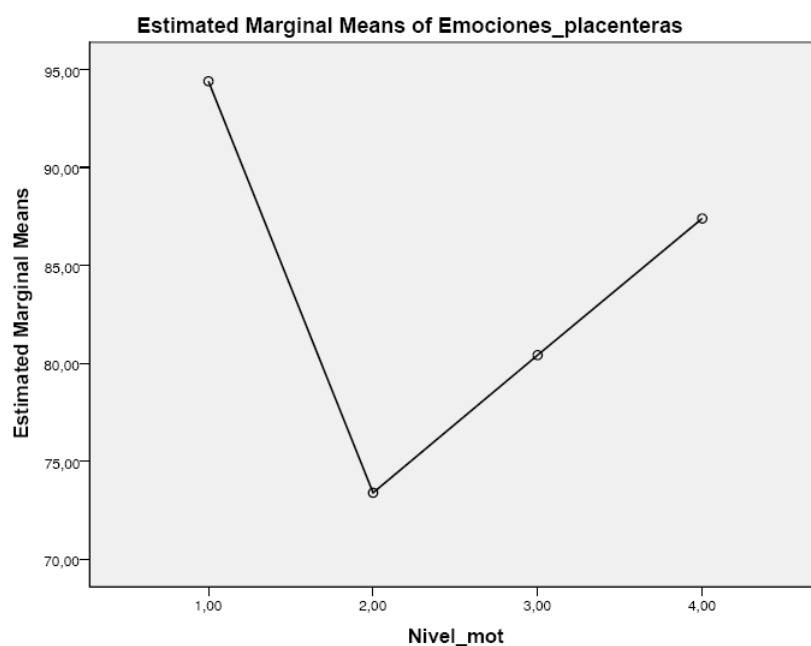


Gráfico 15 Distribución Nivel de motivación-Emociones Placenteras

La gráfica de siguiente, mantiene misma forma y tendencia que la de tiempo placentero con otros, por lo que se incluye la primera como ejemplo de ambas.

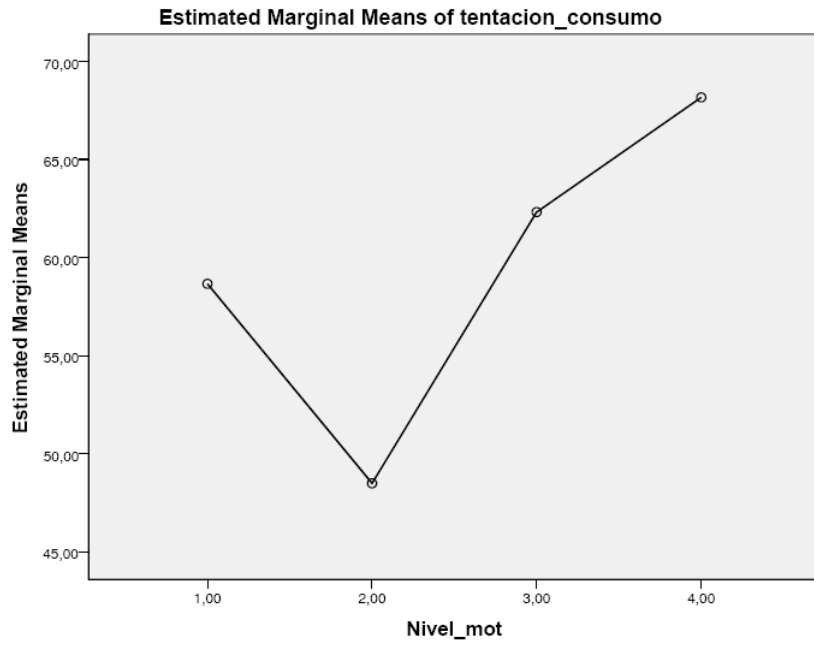


Gráfico 16 Distribución Nivel de motivación-Tentación de consumo

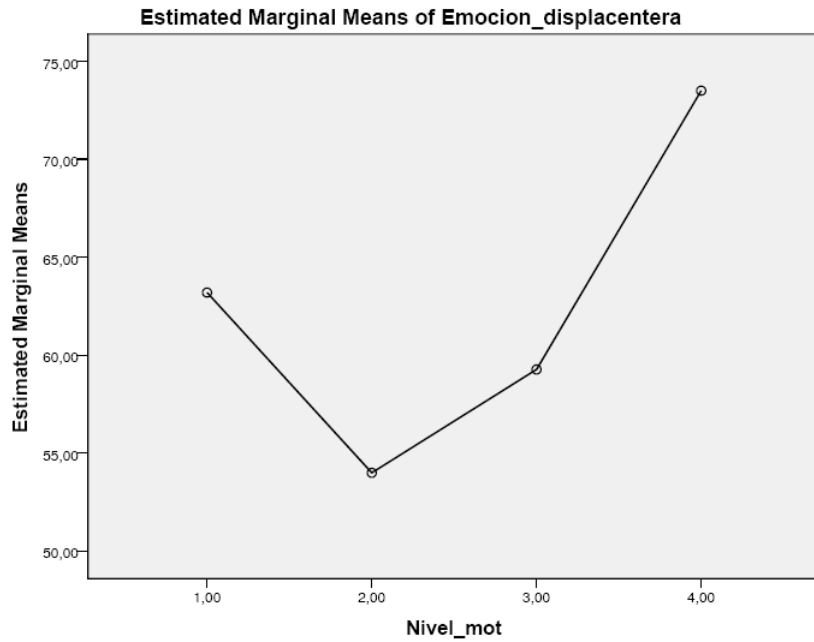


Gráfico 17 Distribución Nivel de motivación-Emoción displacentera

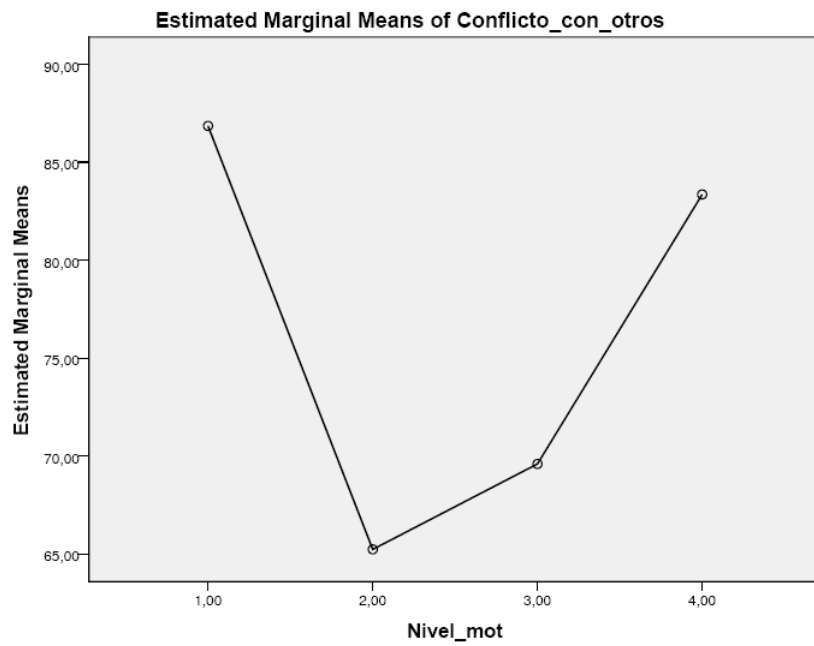


Gráfico 18 Distribución Nivel de motivación-Conflicto con otros

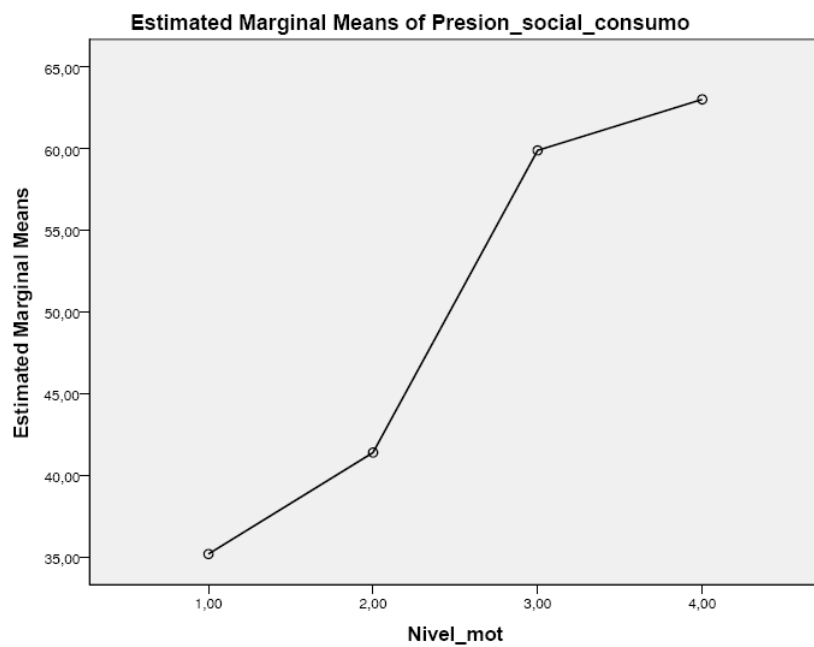


Gráfico 19 Distribución Nivel de motivación-Presión social hacia el consumo

Centrándonos en los factores de segundo orden de la variable Autoconfianza, se han obtenido diferencias significativas en situaciones positivas ($F=3,97$; $p= 0,011$) y en situaciones negativas ($F=3,58$; $p=0,018$), observándose puntuaciones mayores en ambos casos en los pacientes situados en mantenimiento respecto a los de contemplación ($p=0,013$ y $p=0,033$ respectivamente). En el factor de situaciones negativas también se observan diferencias entre las fases de mantenimiento y la de acción a favor del primero ($p=0,07$).

Por tanto, sí se observa de una forma clara, un aumento en la autoconfianza conforme los pacientes van avanzando en la rueda motivacional, tendiendo a una mayor confianza en ellos y en sus capacidades en la fase de mantenimiento que en las anteriores.

Presentamos igualmente los resultados de la dimensión de Situación de tentación, que aunque son marginalmente significativos, y por lo tanto no son tan claros como con las anteriores dimensiones mencionadas, siguen reforzando el patrón de menores puntuaciones obtenidas por el grupo de pacientes en la fase de contemplación, aunque en este caso, los resultados no sean tan claros.

Como resumen de este apartado, y tal y como se predijo en las hipótesis de forma general, los resultados muestran en general, mayores puntuaciones en la dirección indicativa de evolución positiva en el tratamiento, de los pacientes situados en la fase de mantenimiento comparados con el resto de fases, siendo significativas sobre todo al comparlas con las puntuaciones de los pacientes en la fase de contemplación en la que hay una gran ambivalencia hacia el cambio e inseguridad respecto a ser capaces de hacerlo, en las variables de compromiso ideológico, esperanza, fidelidad (tendencia a la significación), emociones placenteras (tendencia a la significación), tentación de consumo, emoción displacentera, conflicto con otros (tendencia a la significación), tiempo placentero con otros y el factor de situación positiva.

Se observan diferencias entre las fases de mantenimiento y la de acción a favor de la primera, en el factor de situaciones negativas.

Observamos misma tendencia, de puntuaciones mayores en mantenimiento respecto a la fase de contemplación fundamentalmente, en cuanto a las variables tiempo de tratamiento, meses de abstinencia, deseo de parar el consumo, capacidad para frenar el consumo y satisfacción en la actualidad. También hay diferencias importantes entre las fases de acción y mantenimiento, además de en las variables que se refieren a temporalidad, en la de satisfacción, observándose mayor satisfacción conforme mayor es el tiempo de abstinencia.

En los factores de voluntad y situaciones negativas, además de la diferencia entre las fases de contemplación y mantenimiento, también se observan diferencias tendentes a la significación entre las fases de acción y mantenimiento, siendo las puntuaciones mayores en la última fase.

En el factor presión social de consumo se observa diferencia con tendencia a la significación entre los mismos niveles que en el resto, pero también entre contemplación y acción y en dirección ascendente también.

Y por último, es el factor dominio del ambiente el que muestra más diferencias significativas entre casi todos los niveles de motivación, siendo las puntuaciones diferentes entre precontemplación y contemplación y entre precontemplación y acción en sentido inverso, es decir, mayor puntuación conforme el paciente está situado en menor estadio motivacional, y entre contemplación y mantenimiento en sentido positivo, siendo mayor la puntuación en el último estadio de motivación que en el de contemplación. Todas ellas son diferencias tendentes a la significación.

Los pacientes en la fase de mantenimiento difieren de los pacientes del grupo de acción únicamente en la variable presión social de consumo.

A nivel de competencia, se observa una tendencia lineal ascendente conforme se evoluciona por los diferentes estadios de cambio.

Indicar que en las hipótesis se predijeron un mayor número de variables con diferencias significativas entre los distintos niveles motivacionales que las obtenidas, fundamentalmente en las Fuerzas del ego, en las que pensábamos obtener diferencias significativas en todas ellas (habiéndose obtenido únicamente en esperanza, voluntad, competencia y fidelidad), en mantenimiento respecto al resto de fases, y de la misma manera en las variables de compromiso (habiéndose obtenido únicamente en compromiso ideológico).

En el apartado de discusión analizaremos las implicaciones teóricas de estos resultados.

5.4. DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTATUS DE IDENTIDAD

En esta sección nos disponemos a mostrar en primer lugar, los resultados relativos a cómo se distribuyen los sujetos en función de su estatus de identidad (difusión, cerrazón, moratoria y logro) y según su pertenencia al grupo de sujetos de la Unidad de Conductas Adictivas o al grupo control.

5.4.1. Distribución de los Estatus de Identidad atendiendo al dominio y en función del Grupo de pertenencia

En este caso vamos a comentar las diferencias encontradas entre los diferentes estatus de identidad, en relación a las variables dependientes utilizadas en los apartados previos.

Para obtener los cuatro niveles de la variable independiente Estatus de Identidad (ocupacional, relacional e ideológico según el dominio), se tuvieron en cuenta los valores obtenidos por los sujetos en las variables compromiso y exploración (pertenecientes a su vez a cada dominio). Teniendo en cuenta los valores medios de la muestra, se determinó que a los sujetos con puntuaciones por debajo de dicha medias, en ambas variables (exploración y compromiso) fueran identificados como pertenecientes al estatus de Difusión. Puntuaciones por encima de la media en la variable compromiso, pero por debajo de la media en la variable de exploración, se identificaron con un estatus de Cerrazón. Puntuaciones por encima de la media en exploración, pero por debajo de la media en compromiso, pertenecían a los sujetos en el estatus de Moratoria. Por último, aquellos que consiguieron puntuaciones por encima de la media en ambas variables, fueron

etiquetados con el estatus de Logro. De este modo se consiguió una variable independiente con cuatro niveles, en función del estatus de identidad de los participantes.

Dominio de Identidad Ocupacional.

Los primeros resultados muestran la distribución de los sujetos de la muestra en función del estatus de identidad ocupacional y el grupo de pertenencia. Da lugar a la siguiente tabla (2X4) a la que se aplicó el estadístico X^2 para determinar si la distribución era debida al azar o respondía a algún tipo de patrón subyacente.

Grupo * Estatus_Ocupacional_Total Crosstabulation						
Count		Estatus_Ocupacional_Total				Total
		1,00	2,00	3,00	4,00	
Grupo	Consumidores	13	17	29	19	78
	No consumidor	9	46	12	27	94
Total		22	63	41	46	172

Tabla 14 Estatus Ocupacional por Grupo

(1=Difusión, 2=Cerrazón, 3=Moratoria, 4=Logro)

Dicha distribución no es debida al azar, teniendo en cuenta el valor de X^2 ($X^2= 21,21$; $p=0,000$). Como podemos observar, la mayoría de los sujetos pertenecientes al grupo de Consumidores (UCA) se encuentran en un estatus de Moratoria (37,17%), estando su distribución por los demás estatus bastante equilibrada. La mayoría de los sujetos pertenecientes al grupo control, se encuentran en un estatus de Cerrazón (48,93%), seguido del estatus de Logro (28,72%); la distribución en este grupo no se encuentra tan equilibrada como en el grupo de la UCA, focalizándose pues en estos dos estatus. Por ello, en los estatus de Moratoria (grupo UCA), Cerrazón y Logro (grupo control), es en los que aparecen mayores diferencias entre los dos grupos; lo podemos ver en el siguiente gráfico.

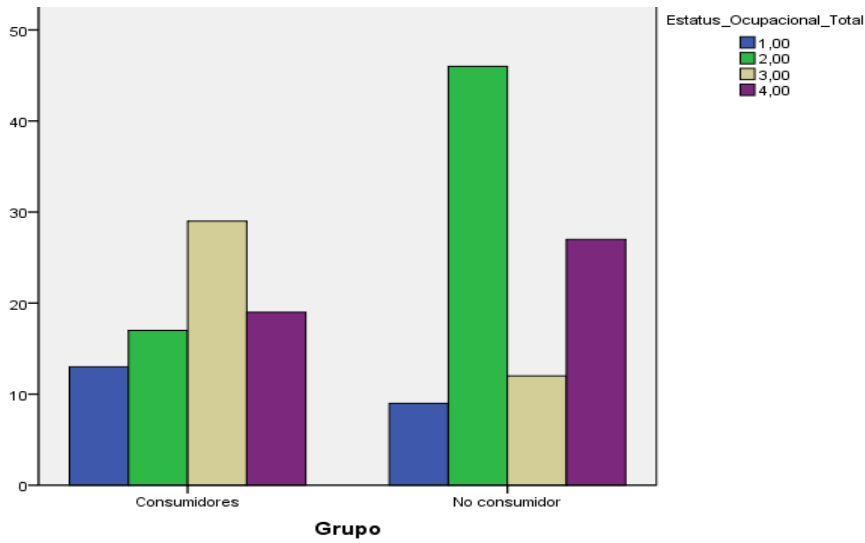


Gráfico 20 Estatus Ocupacional por Grupo

Para determinar cuáles son las principales diferencias entre los estatus, se llevó a cabo un análisis de covarianza (controlando las variables de sexo y nivel de estudios) obteniéndose los siguientes resultados.

		Difusión		Cerrazón		Moratoria		Logro		F	gl	p
		N=22		N=63		N=41		N=46				
		\bar{X}	$S\bar{X}$	$\bar{X}\square$	$S\bar{X}\square$	$\bar{X}\square$	$S\bar{X}\square$	$\bar{X}\square$	$S\bar{X}\square$			
Bienestar Psicológico	Baja Autoaceptación	2,76	0,17	2,35	0,10	3,24	0,13	2,89	0,12	9,2	3	0,000
	Dominio del Ambiente	4,17	0,13	4,70	0,07	3,85	0,10	4,57	0,09	14,9	3	0,000
	Relación Positiva con otros	4,68	0,16	4,99	0,09	4,33	0,12	4,99	0,11	6,1	3	0,001
Fuerzas del Ego	Esperanza	3,51	0,12	3,84	0,07	3,34	0,09	3,66	0,08	5,20	3	0,002
	Voluntad	3,66	0,11	4,02	0,06	3,47	0,08	3,73	0,07	8,13	3	0,000
	Propósito	3,75	0,12	4,10	0,07	3,56	0,09	3,84	0,08	6,58	3	0,000
	Competencia	3,87	0,11	4,17	0,06	3,82	0,08	3,98	0,07	3,54	3	0,016
	Fidelidad	4,02	0,10	4,22	0,06	3,85	0,08	3,96	0,07	4,48	3	0,005
	Amor	3,99	0,11	4,06	0,07	3,55	0,08	3,82	0,08	7,23	3	0,000
Sabiduría	3,61	0,11	3,76	0,07	3,33	0,09	3,58	0,08	4,17	3	0,007	

Tabla 15 Covarianza Estatus Ocupacional total

En relación al factor **Bienestar psicológico**, observamos puntuaciones mayores en Cerrazón respecto a Moratoria y Difusión en dominio del ambiente ($p=0,000$ en el primer caso, y $p=0,006$ en el segundo); lo mismo ocurre en la variable relación positiva con otros, en la que, además de

obtener puntuaciones significativamente mayores en Logro, también se obtienen en Cerrazón, ambas respecto a Moratoria ($p=0,001$ en el primer caso, y $p=0,001$ en el segundo; y a la inversa, mayores puntuaciones en Moratoria respecto a Cerrazón en la variable baja aceptación ($p=0,000$).

En relación a las variables medidas por el cuestionario de **Fuerzas del ego**, observamos que han aparecido diferencias significativas entre los estatus en todos los factores, con la excepción del factor cuidado. En la mayoría de los factores, esperanza ($p=0,001$), propósito ($p=0,000$), competencia ($p=0,019$), fidelidad ($p=0,006$) y sabiduría ($p=0,000$), las comparaciones a posteriori (Bonferroni) señalan que las diferencias se encuentran entre el estatus de Cerrazón y el de Moratoria, a favor del primero. En este sentido se puede afirmar que los sujetos que se encuentran en el estatus de Cerrazón, presentan puntuaciones significativamente más altas que los de Moratoria en la mayoría de los factores empleados en el cuestionario de Fuerzas del ego.

La gráfica de la variable propósito es un ejemplo del típico patrón que encontramos a la hora de comparar los estatus en estas variables:

Proposito

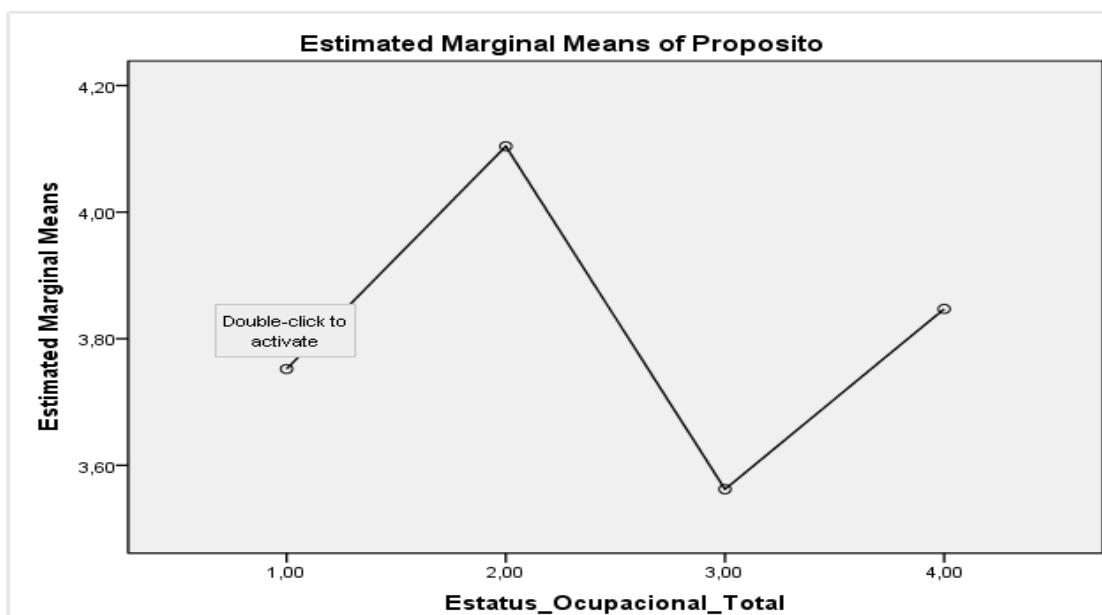


Gráfico 21 Estatus Ocupacional total-Propósito

Dos excepciones a este patrón mayoritario lo encontramos en las variables voluntad y amor. En relación a la primera, el estatus de Cerrazón es el que presenta mayores puntuaciones estadísticamente significativas, comparado con los otros tres estatus, Difusión ($p=0,047$), Moratoria

($p=0,000$) e incluso Logro ($p=0,026$). El patrón es el mismo que el comentado anteriormente, sólo que las diferencias no se producen sólo entre Cerrazón y Moratoria, incluyendo a los otros estatus.

Voluntad

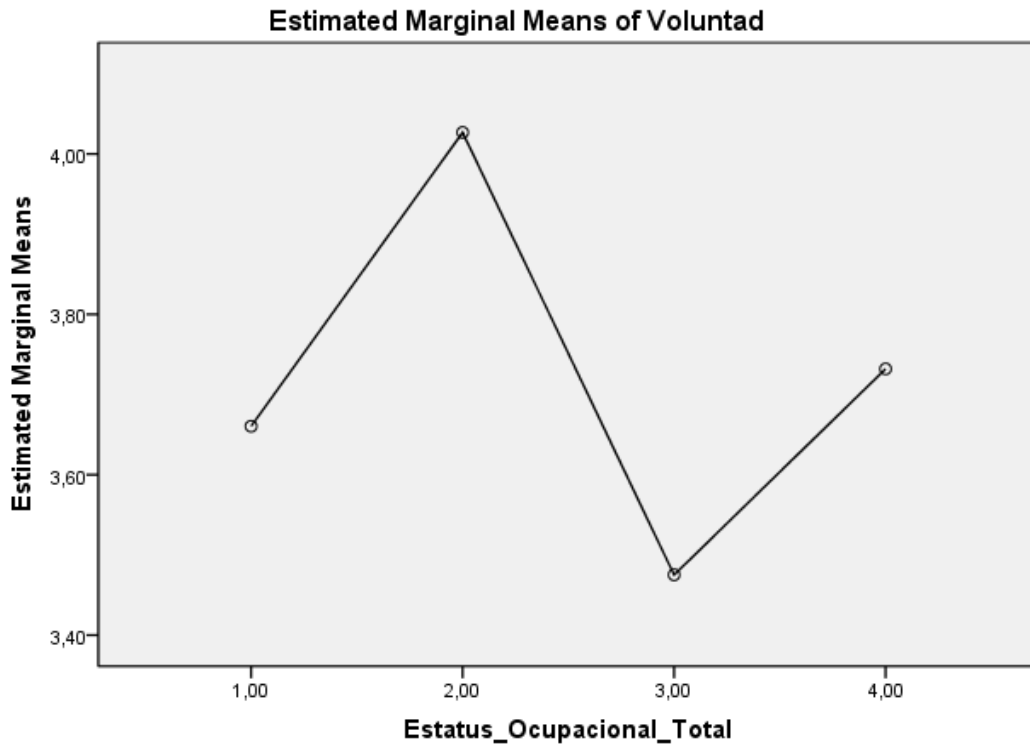


Gráfico 22 Estatus Ocupacional total-Voluntad

En relación al factor de amor, las diferencias se producen entre los estatus de Difusión ($p=0,013$) y Cerrazón ($p=0,000$), comparados con el de Moratoria (que presenta menores puntuaciones).

En conclusión, respecto al dominio de la Identidad Ocupacional, en las Fuerzas del ego, los sujetos que se encuentran en el estatus de Cerrazón generalmente presentan puntuaciones más altas, de manera estadísticamente significativa, al compararlos sobre todo con el estatus de Moratoria, una tendencia que también observamos en el dominio Bienestar Psicológico con excepción de la variable baja autoaceptación en la que aparece una tendencia inversa y justamente en Cerrazón es en el estatus que menor puntuación obtienen os sujetos, respecto a Moratoria.

Dominio de Identidad Ideológica

Los resultados muestran la distribución de los sujetos de la muestra en función del estatus de identidad ideológica y el grupo de pertenencia. El estadístico X^2 asciende a 25,30, con un valor de $p=0,000$, lo que implica que la distribución no está distribuida de manera homogénea, sino que se ve afectada por la interacción entre las dos variables: grupo de pertenencia y estatus. En este sentido se observa una configuración diferente en la frecuencia de los estatus, en función del grupo de pertenencia de los sujetos.

Grupo * Estatus_Ideologico_Total Crosstabulation

Count		Estatus_Ideologico_Total				Total
		1,00	2,00	3,00	4,00	
Grupo	Consumidores	22	17	29	10	78
	No consumidor	13	37	13	31	94
Total		35	54	42	41	172

Tabla 16 Estatus Ideológico por Grupo

(1=Difusión, 2=Cerrazón, 3=Moratoria, 4=Logro)

En el grupo de consumidores, el 65% de los sujetos se agrupan principalmente en los estatus de Moratoria (37,17%) y Difusión (28,2%). Mientras que en el grupo control o de no consumidores, el 72% de los sujetos se agrupan, con mayor claridad aún en los estatus de Cerrazón (39,36%) y Logro (32,9%).

El siguiente gráfico representa dicha distribución con bastante claridad:

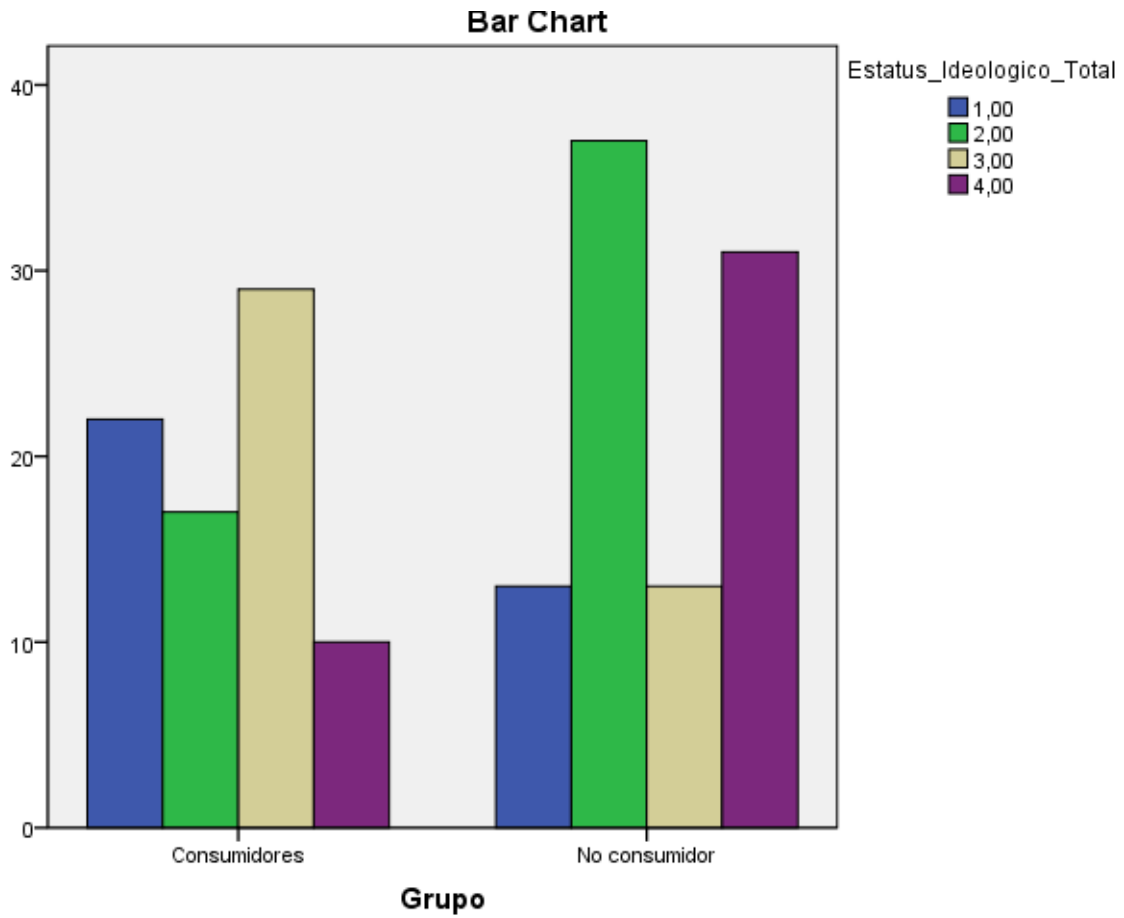


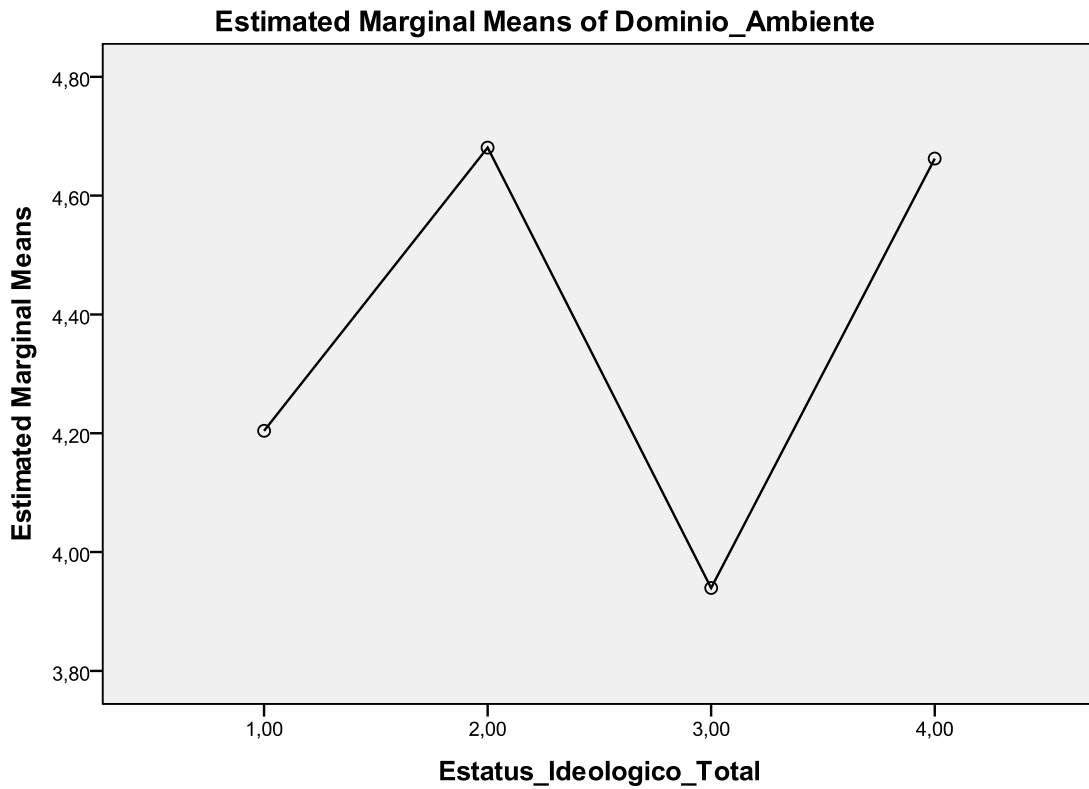
Gráfico 23 Estatus Ideológico por Grupo

Para determinar cuáles son las principales diferencias entre los estatus, se llevó a cabo un análisis de covarianza (controlando las variables de sexo, convivencia, situación laboral y nivel de estudios) obteniéndose los siguientes resultados:

		Difusión		Cerrazón		Moratoria		Logro		F	gl	p
		N=35		N=54		N=42		N=41				
		\bar{x}	$S\bar{x}$	\bar{x}	$S\bar{x}$	\bar{x}	$S\bar{x}$	\bar{x}	$S\bar{x}$			
Bienestar Psicológico	Baja Autoaceptación	2,84	0,13	2,29	0,10	3,35	0,12	2,71	0,12	12,57	3	0,000
	Dominio del Ambiente	4,20	0,10	4,68	0,08	3,94	0,09	4,66	0,09	13,14	3	0,000
	Relación Positiva con otros	4,71	0,12	4,99	0,10	4,37	0,12	5,03	0,12	6,06	3	0,001
	Autonomía	4,59	0,11	4,69	0,09	4,02	0,11	4,56	0,10	7,38	3	0,000
Fuerzas del Ego	Esperanza	3,44	0,09	3,93	0,07	3,31	0,09	3,72	0,08	10,28	3	0,000
	Voluntad	3,61	0,08	4,07	0,07	3,41	0,08	3,86	0,08	12,95	3	0,000
	Propósito	3,76	0,09	4,13	0,07	3,58	0,09	3,86	0,08	7,01	3	0,000
	Competencia	3,86	0,08	4,24	0,07	3,82	0,08	3,97	0,08	5,93	3	0,001
	Fidelidad	4,03	0,08	4,29	0,06	3,75	0,07	3,99	0,07	8,85	3	0,000
	Amor	3,79	0,09	4,07	0,07	3,65	0,08	3,86	0,08	4,27	3	0,006
	Sabiduría	3,53	0,09	3,80	0,07	3,32	0,08	3,64	0,08	5,66	3	0,001
Conducta Generativa		20,25	2,02	28,01	1,64	21,23	1,92	25,43	1,88	3,74	3	0,020

Tabla 17 Covarianza Estatus Ideológico total

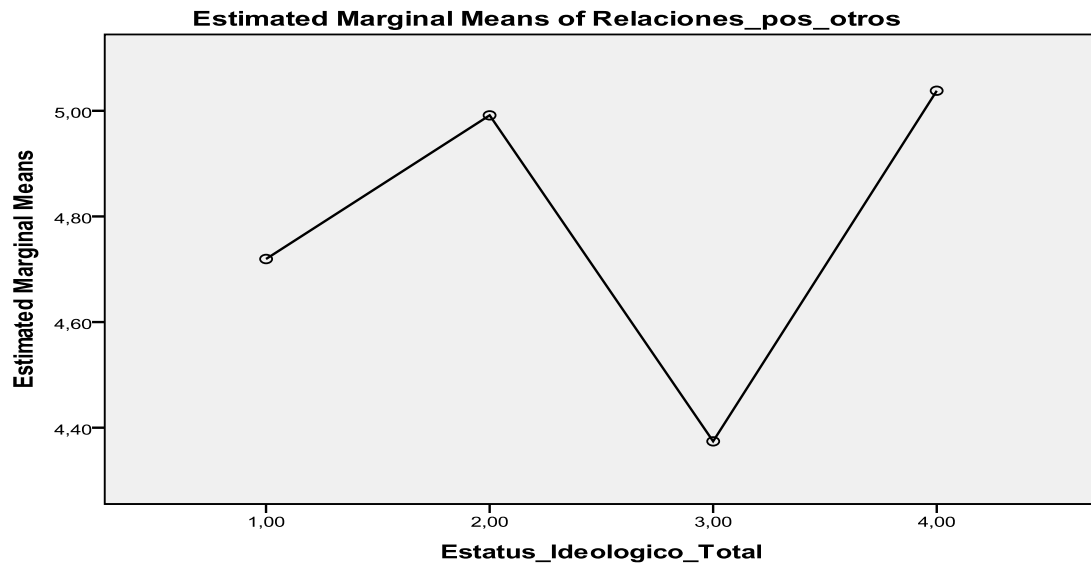
Respecto a los factores pertenecientes a la escala de **Bienestar psicológico**, en el factor dominio del ambiente, el estatus de Cerrazón presenta mayores diferencias que Moratoria ($p=0,000$) y Difusión ($p=0,003$) y el de Logro mayores diferencias que el de Moratoria ($p=0,000$).



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = 1,3837, Convivencia = 1,7093, Sit_laboral = 1,4593, Estudios = 3,0407

Gráfico 24 Estatus Ideológico total–Dominio del Ambiente

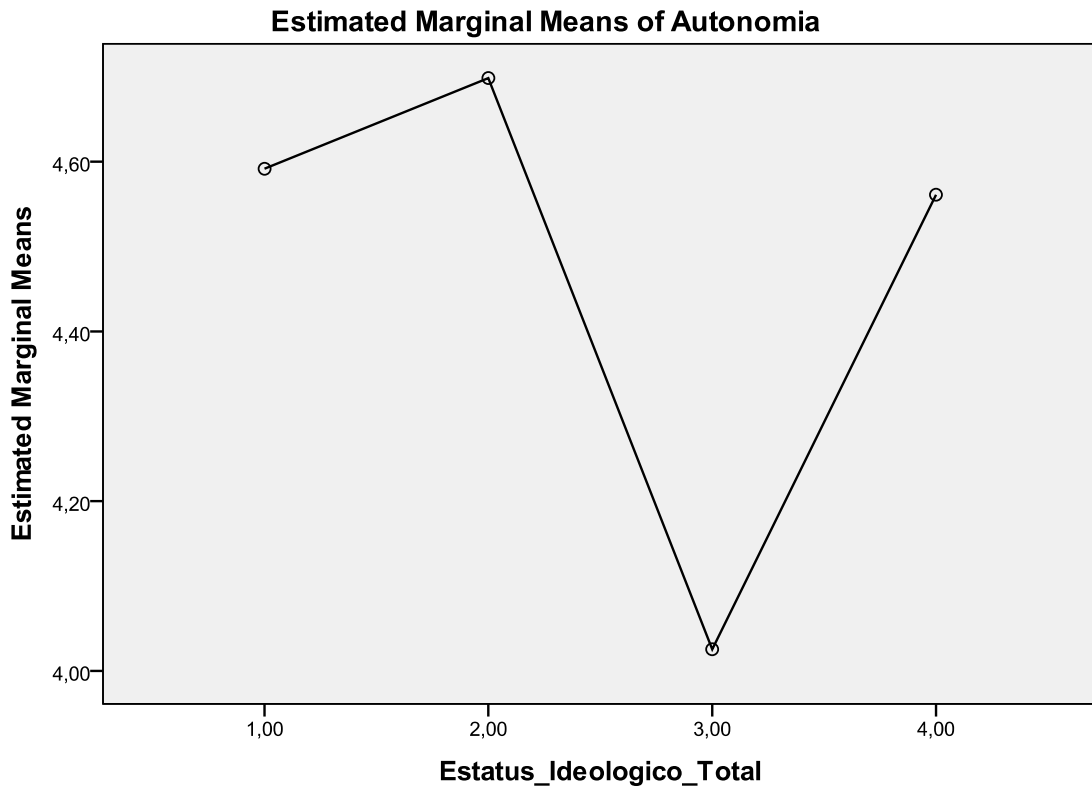
En el factor relaciones positivas con los otros, los estatus de Cerrazón ($p=0,002$) y Logro ($p=0,001$) presentan mayores puntuaciones que el de Moratoria.



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = 1,3837, Convivencia = 1,7093, Sit_laboral = 1,4593, Estudios = 3,0407

Gráfico 25 Estatus Ideológico total–Relación positiva con otros

En el factor de autonomía, como novedad, el estatus de Difusión se alinea con los de Cerrazón y Logro, que generalmente presentan mayores puntuaciones. De esta manera Difusión ($p=0,003$), Cerrazón ($p=0,000$) y Logro ($p=0,006$) presentan mayores puntuaciones que Moratoria.



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = 1,3837, Convivencia = 1,7093, Sit_laboral = 1,4593, Estudios = 3,0407

Gráfico 26 Estatus Ideológico total–Autonomía

La mayor diferencia la encontramos en el factor baja autoaceptación, donde el estatus de Difusión presenta mayores diferencias respecto a Cerrazón ($p=0,012$), y Moratoria. es quien presenta mayores puntuaciones que el resto de los estatus: Difusión ($p=0,032$), Cerrazón ($p=0,000$) y Logro ($p=0,003$).

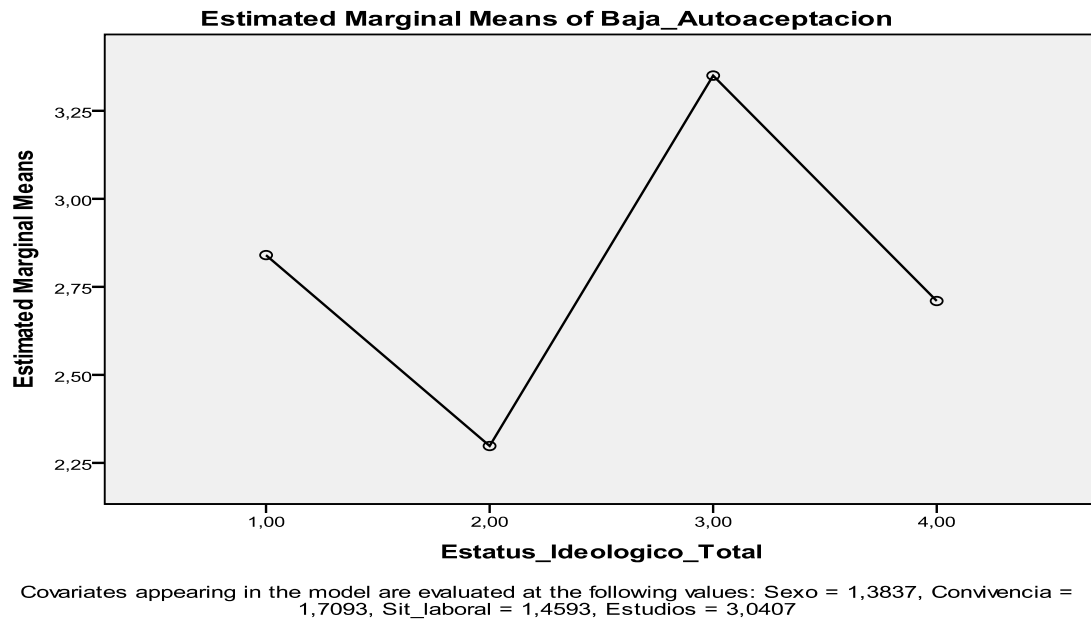
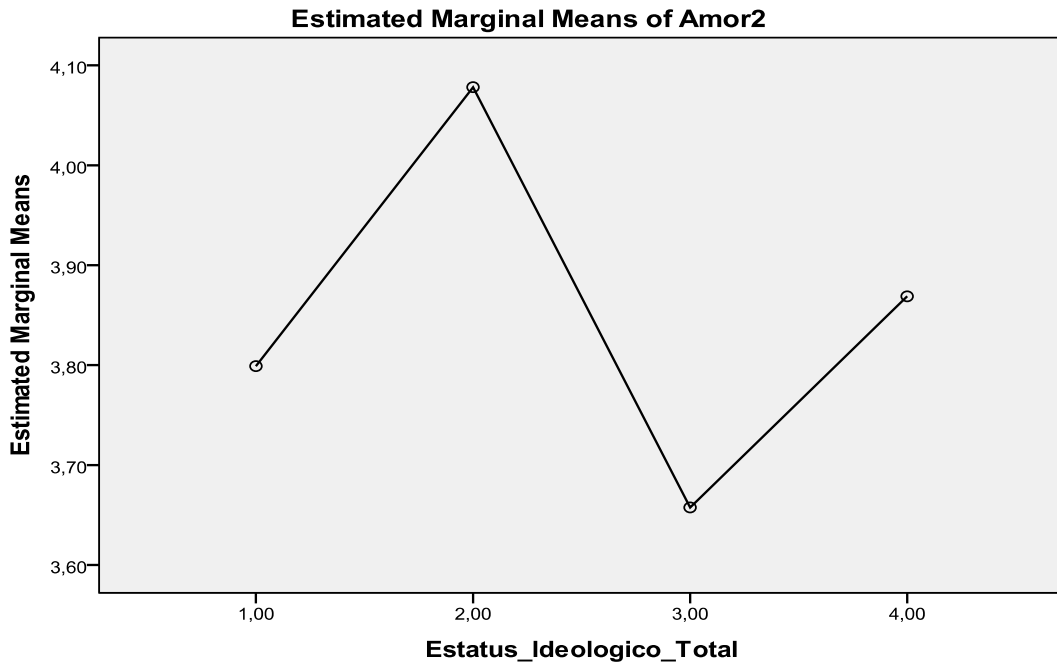


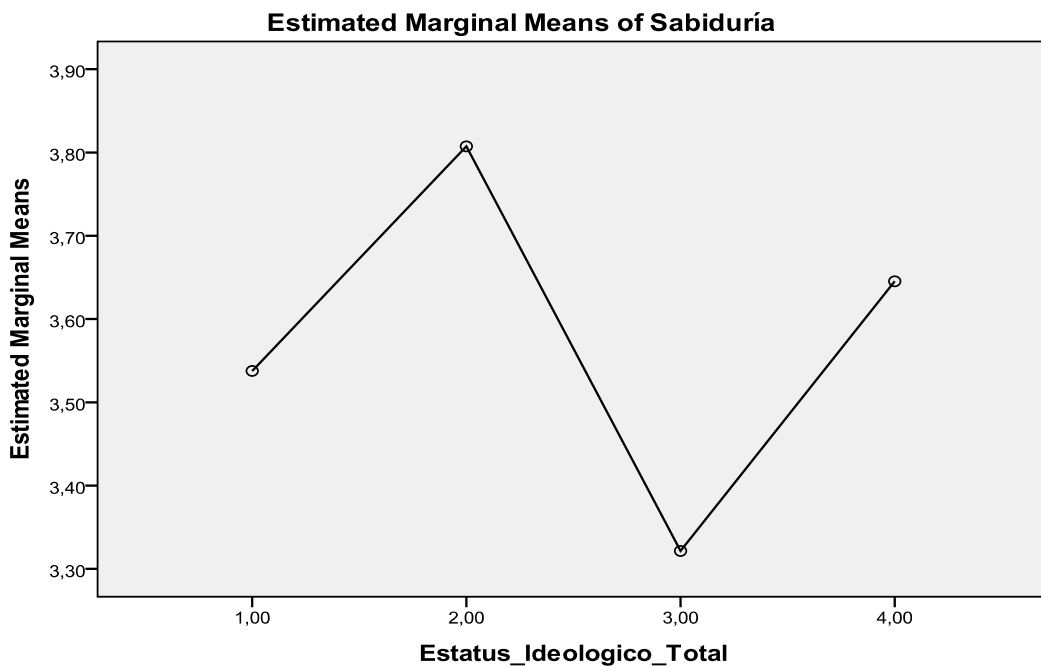
Gráfico 27 Estatus Ideológico total–Autoacepción

Al igual que vimos en el dominio de la Identidad Ocupacional, en relación a las variables medidas por el cuestionario de **Fuerzas del ego**, observamos que han aparecido diferencias significativas entre los estatus en todos los factores, con la excepción del factor cuidado en el que no observamos diferencias significativas en este dominio. En la mayoría de los factores, esperanza ($p=0,000$), propósito ($p=0,000$), competencia ($p=0,001$), fidelidad ($p=0,000$), amor ($p=0,004$) y sabiduría ($p=0,001$), las comparaciones a posteriori (Bonferroni) señalan que las diferencias se encuentran sobre todo entre el estatus de Cerrazón y el de Moratoria, a favor del primero.



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = 1,3837, Convivencia = 1,7093, Sit_laboral = 1,4593, Estudios = 3,0407

Gráfico 28 Estatus Ideológico total–Amor



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = 1,3837, Convivencia = 1,7093, Sit_laboral = 1,4593, Estudios = 3,0407

Gráfico 29 Estatus Ideológico total–Sabiduría

En los factores propósito y competencia, el estatus de Cerrazón presenta mayores diferencias no sólo con el estatus de Moratoria ($p=0,000$), sino también con el de Difusión ($p=0,021$).

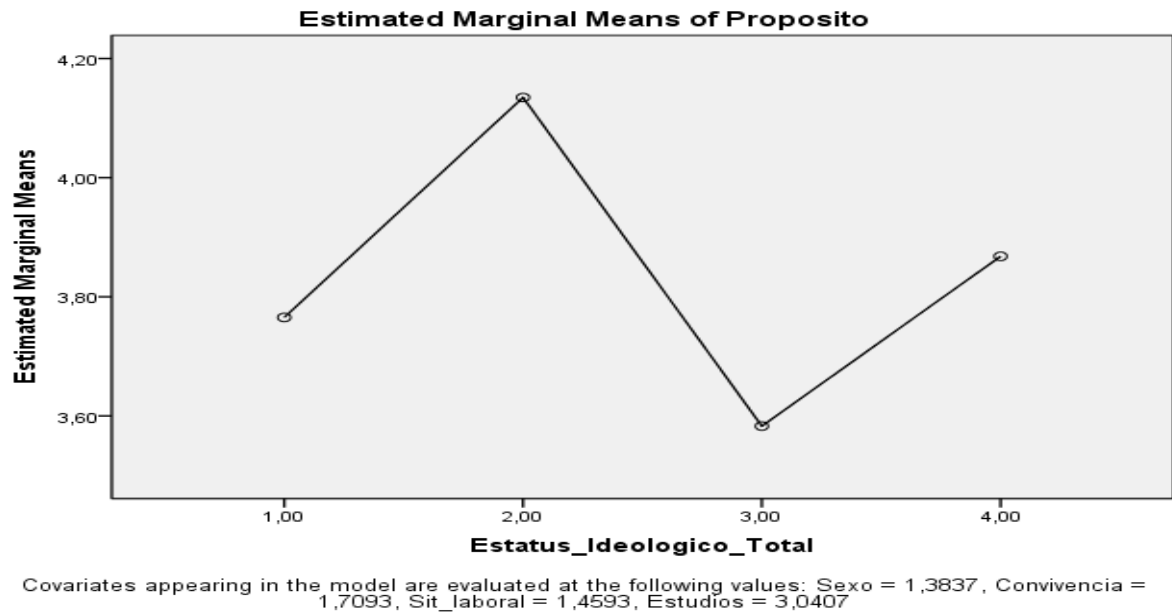


Gráfico 30 Estatus Ideológico total–Propósito

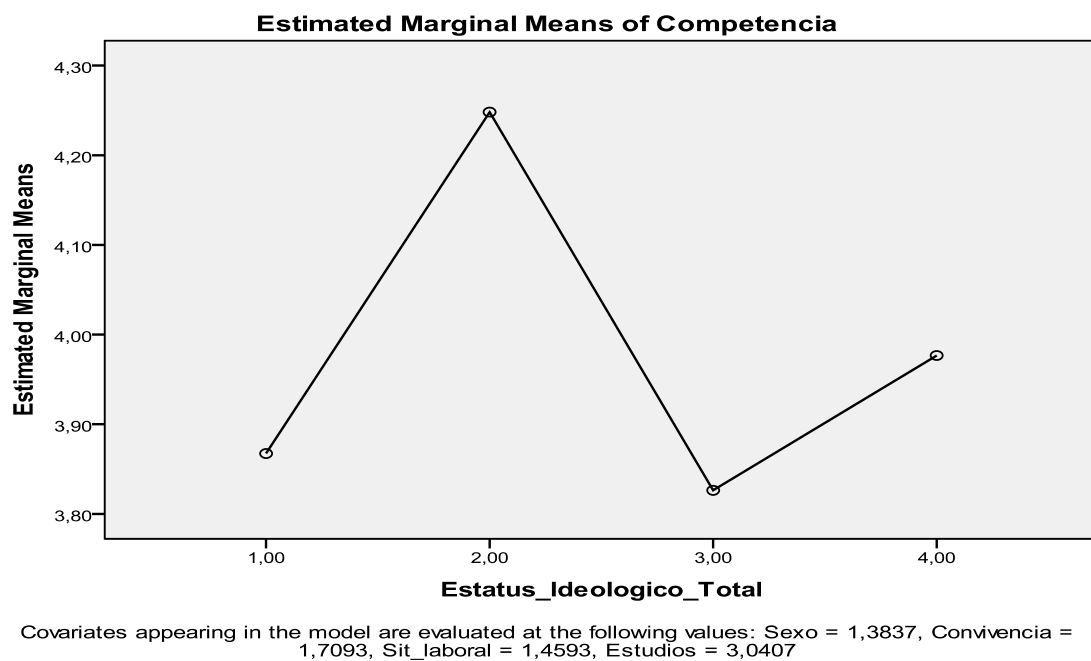
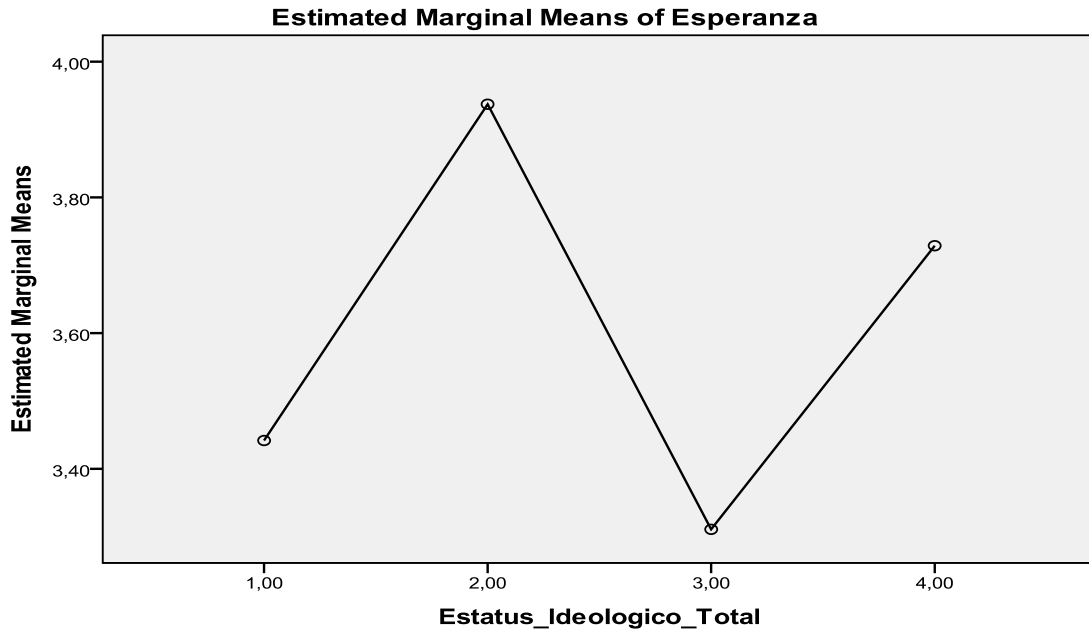


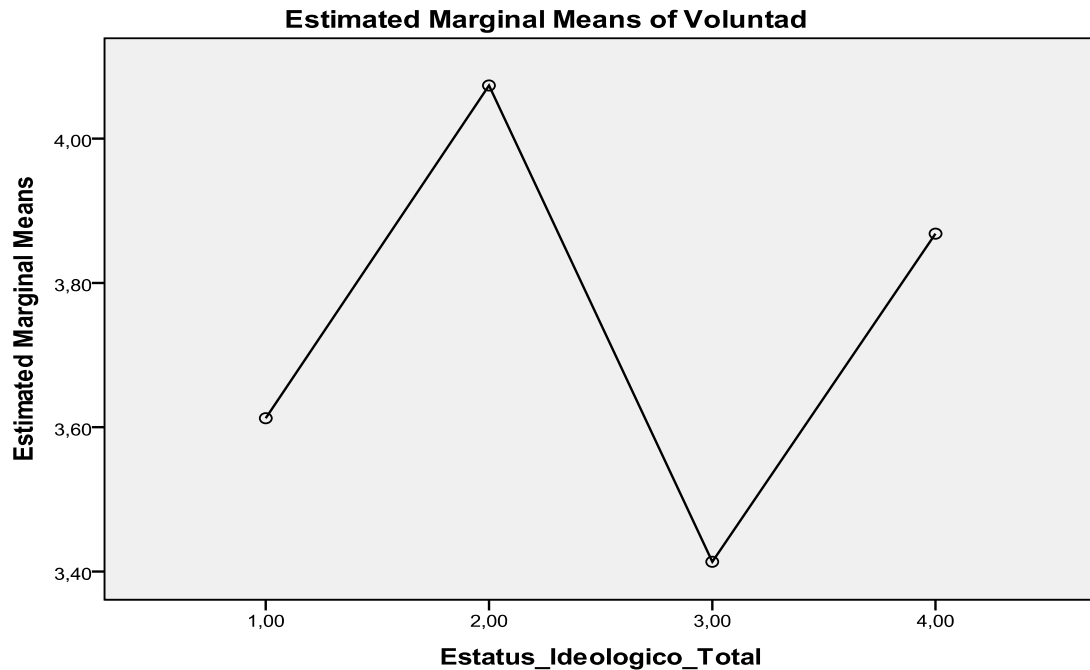
Gráfico 31 Estatus Ideológico total–Competencia

En los factores de esperanza y voluntad, a las mayores diferencias de Cerrazón sobre Moratoria ($p=0,000$) y Difusión ($p=0,001$ y $p=0,000$ respectivamente), se añaden las diferencias entre el estatus de Logro y Moratoria ($p=0,008$ y $p=0,001$ respectivamente).



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = 1,3837, Convivencia = 1,7093, Sit_laboral = 1,4593, Estudios = 3,0407

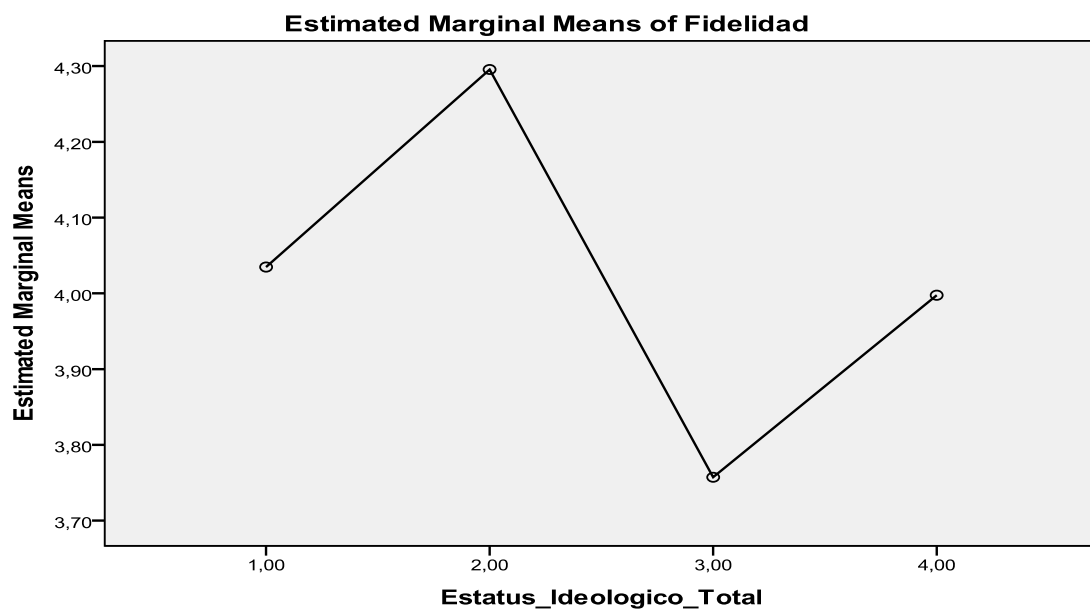
Gráfico 32 : Estatus Ideológico total–Esperanza



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = 1,3837, Convivencia = 1,7093, Sit_laboral = 1,4593, Estudios = 3,0407

Gráfico 33 Estatus Ideológico total–Voluntad

Por último, respecto el factor de fidelidad, las diferencias las encontramos a favor de Cerrazón en comparación una vez más de Moratoria ($p=0,000$) y como novedad, Logro ($p=0,021$).



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = 1,3837, Convivencia = 1,7093, Sit_laboral = 1,4593, Estudios = 3,0407

Gráfico 34 Estatus Ideológico total–Fidelidad

Por último en el factor de **Conducta generativa**, el estatus de Cerrazón presenta diferencias sólo con el estatus de Difusión ($p=0,020$).

Como resumen, se puede afirmar que los sujetos que se encuentran en el estatus de Cerrazón, presentan generalmente puntuaciones significativamente más altas que los de Moratoria en la mayoría de los factores empleados en el cuestionario de Fuerzas del Ego, incluyendo también mayores puntuaciones que Difusión (en cuatro factores) e incluso que Logro (en el factor de fidelidad). El estatus de Logro presenta mayores puntuaciones con Moratoria sólo en dos factores (esperanza y voluntad).

En la mayoría de variables del factor de Bienestar psicológico, observamos la misma tendencia de mayores puntuaciones en cerrazón respecto moratoria (dominio del ambiente y relaciones positivas con los demás).

Dominio de Identidad Relacional

Los resultados muestran la distribución de los sujetos de la muestra en función del estatus de identidad relacional y el grupo de pertenencia. El estadístico X^2 asciende a 37,95, con un valor de $p=0,000$, implicando una vez más, que la distribución no está distribuida de manera homogénea, sino que se ve afectada por la interacción entre las dos variables: grupo de pertenencia y estatus. En este sentido se observa una diferente configuración en la frecuencia de los estatus, en función del grupo de pertenencia de los sujetos.

Grupo * Estatus_Relacional_Total Crosstabulation

Count		Estatus_Relacional_Total				Total
		1,00	2,00	3,00	4,00	
Grupo	Consumidores	12	13	29	24	78
	No consumidor	16	53	7	18	94
Total		28	66	36	42	172

Tabla 18 Estatus Relacional por Grupo

(1=Difusión, 2=Cerrazón, 3=Moratoria, 4=Logro)

En este dominio relacional, el 67,93% de los sujetos pertenecientes al grupo de consumidores se agrupan en torno a los estatus de Moratoria (37,175%) y Logro (30,76%). Por el contrario el 56%

de los sujetos de la muestra control, pertenece al estatus de Cerrazón. El siguiente gráfico muestra estos resultados:

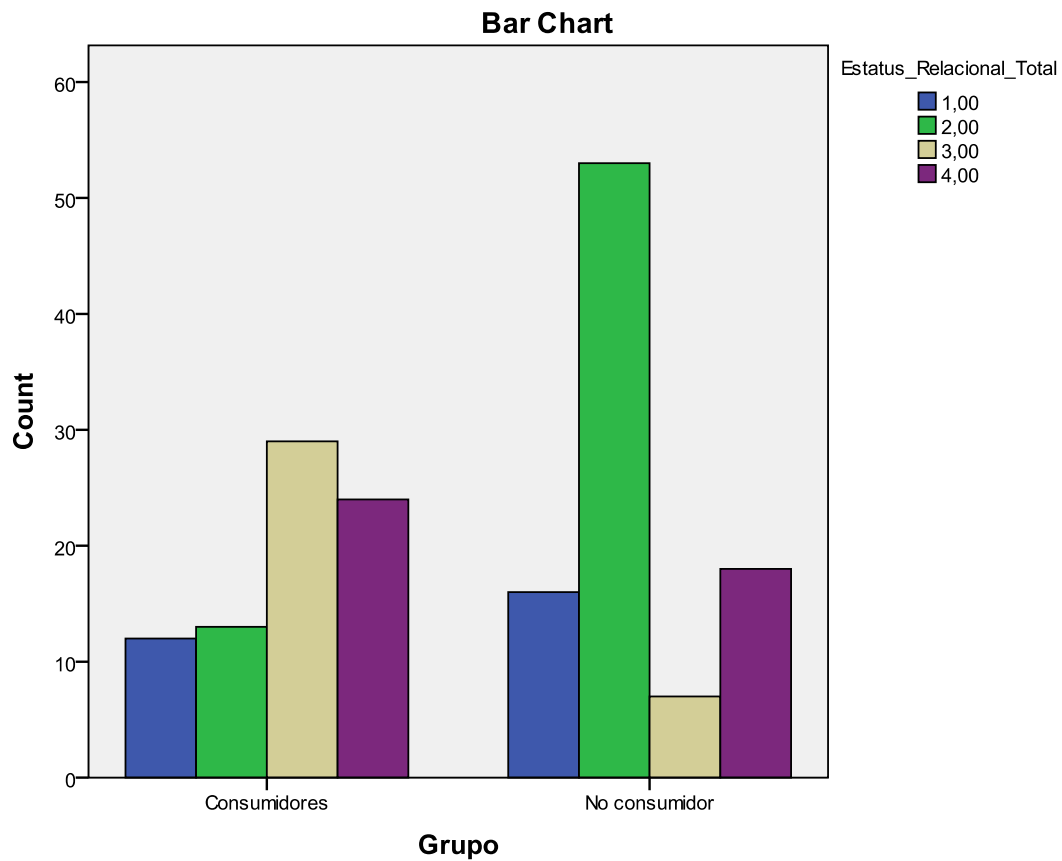


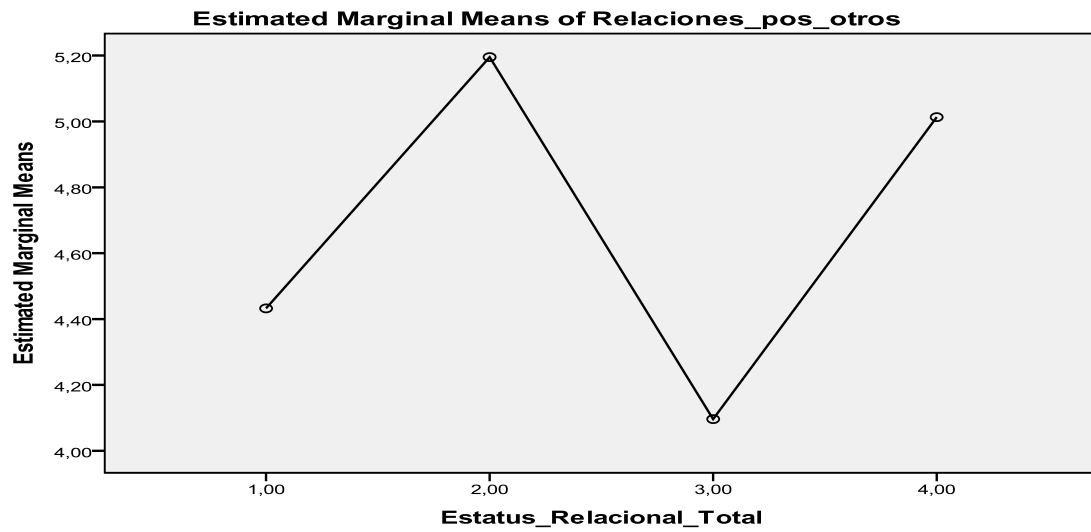
Gráfico 35 Estatus Relacional por Grupo

Para determinar cuáles son las principales diferencias entre los estatus, se llevó a cabo un análisis de covarianza (controlando las variables de sexo, convivencia, situación laboral y nivel de estudios) obteniéndose los siguientes resultados.

		Difusión		Cerrazón		Moratoria		Logro		F	gl	p
		N=28		N=66		N=36		N=41				
		\bar{X}	SX	\bar{X}	SX	\bar{X}	SX	\bar{X}	SX			
Bienestar Psicológico	Baja Autoaceptación	2,80	0,15	2,37	0,10	3,26	0,14	2,91	0,12	8,26	3	0,000
	Dominio del Ambiente	4,13	0,12	4,66	0,08	4,10	0,11	4,40	0,09	6,87	3	0,000
	Relación Positiva con otros	4,43	0,12	5,19	0,08	4,09	0,11	5,01	0,10	21,89	3	0,000
	Autonomía	4,45	0,13	4,67	0,09	4,13	0,12	4,48	0,11	3,75	3	0,012
	Estancamiento	2,64	0,14	2,17	0,09	2,91	0,13	2,42	0,11	6,69	3	0,000
Fuerzas del Ego	Esperanza	3,44	0,09	3,93	0,07	3,31	0,09	3,72	0,08	10,28	3	0,000
	Voluntad	3,61	0,08	4,07	0,07	3,41	0,08	3,86	0,08	12,95	3	0,000
	Propósito	3,76	0,09	4,13	0,07	3,58	0,09	3,86	0,08	7,01	3	0,000
	Fidelidad	3,86	0,08	4,24	0,07	3,82	0,08	3,97	0,08	5,93	3	0,001
	Amor	4,03	0,08	4,29	0,06	3,75	0,07	3,99	0,07	8,85	3	0,000
	Cuidado	3,79	0,09	4,07	0,07	3,65	0,08	3,86	0,08	4,27	3	0,006
	Sabiduría	3,53	0,09	3,80	0,07	3,32	0,08	3,64	0,08	5,66	3	0,001

Tabla 19 Covarianza Estatus Relacional total

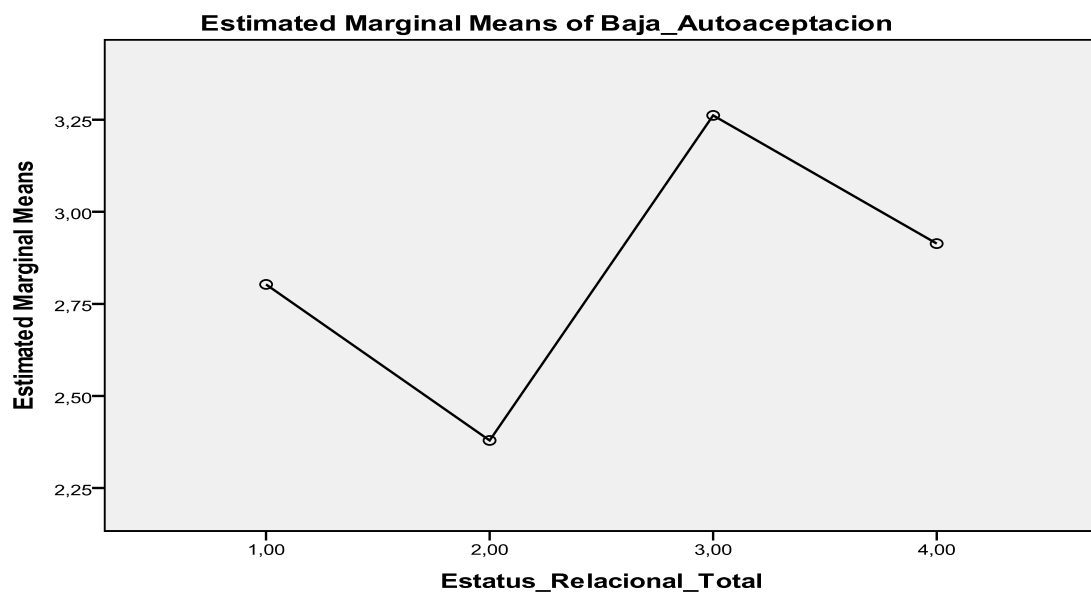
En relación al cuestionario de **Bienestar psicológico** aparece la tendencia en la que Cerrazón presenta mayores puntuaciones que Moratoria en los factores de dominio del ambiente ($p=0,001$), relaciones positivas con otros ($p=0,000$) y autonomía ($p=0,001$). Igualmente presenta mayores puntuaciones que Difusión en dominio del ambiente ($p=0,002$) y relaciones positivas con otros ($p=0,000$). En estos factores, Cerrazón no presenta mayores puntuaciones que el estatus de Logro. El estatus de Logro, sólo presenta mayores puntuaciones que Moratoria en relaciones positivas con otros ($p=0,000$).



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = 1,3837, Convivencia = 1,7093, Sit_laboral = 1,4593, Estudios = 3,0407

Gráfico 36 Estatus Relacional total–Relaciones positivas con otros

Un patrón inverso lo encontramos en los factores de baja autoaceptación y estancamiento. En el primero, el estatus de Moratoria presenta mayores puntuaciones que el de Cerrazón ($p=0,000$) e interesantemente, al igual que el estatus de Logro ($p=0,010$).



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Sexo = 1,3837, Convivencia = 1,7093, Sit_laboral = 1,4593, Estudios = 3,0407

Gráfico 37 Estatus Relacional total–Autoaceptación

Respecto el factor estancamiento, el estatus de Moratoria presenta mayores puntuaciones que Cerrazón ($p=0,000$) y Logro ($p=0,036$). En este factor el estatus de Difusión también presenta mayores puntuaciones que el estatus de Cerrazón ($p=0,05$).

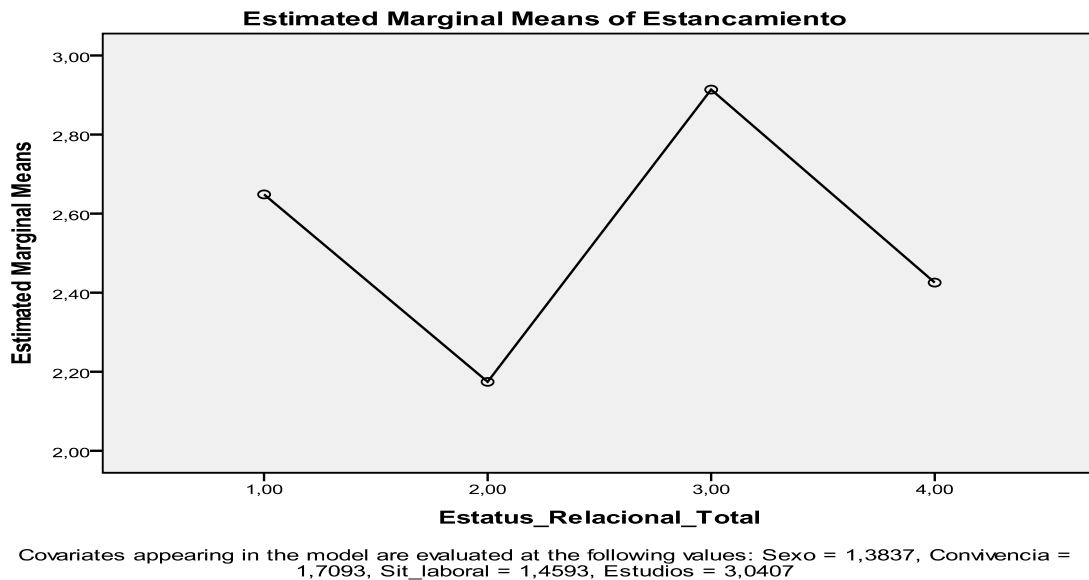


Gráfico 38 Estatus Relacional total–Estancamiento

Al igual que vimos en el dominio de la Identidad Ocupacional e Ideológica, en relación a las variables medidas por el cuestionario de **Fuerzas del ego**, observamos que han aparecido diferencias significativas entre los estatus en todos los factores, con la excepción del factor competencia. Las comparaciones a posteriori (Bonferroni) señalan que en general y como se vio en los anteriores dominios Ocupacional e Ideológico, el estatus de Cerrazón es el que obtiene mayores puntuaciones, comparado principalmente con el estatus de Moratoria, en los factores esperanza ($p=0,001$), voluntad ($p=0,000$), propósito ($p=0,010$), fidelidad ($p=0,002$), amor ($p=0,000$) y sabiduría ($p=0,000$). Igualmente obtiene mayores puntuaciones comparado con el estatus de Difusión en los factores esperanza ($p=0,016$), voluntad ($p=0,007$), propósito ($p=0,007$), fidelidad ($p=0,009$), amor ($p=0,026$) y cuidado ($p=0,034$). El estatus de Cerrazón obtiene mayores puntuaciones que el estatus de Logro sólo en los factores de voluntad ($p=0,023$), amor ($p=0,001$) y sabiduría ($p=0,009$).

Como ejemplo de los patrones mencionados previamente, mostramos los gráficos del factor esperanza (en el que el estatus de Cerrazón destaca sobre Difusión y Moratoria) y el de voluntad (donde el estatus de Cerrazón destaca sobre todos los demás estatus).

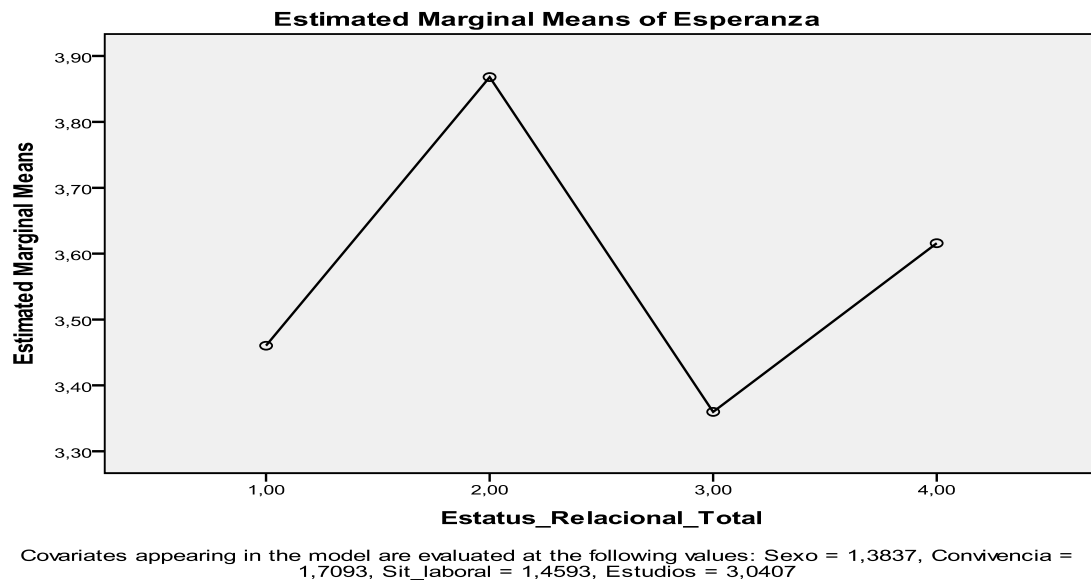


Gráfico 39 Estatus Relacional total–Esperanza

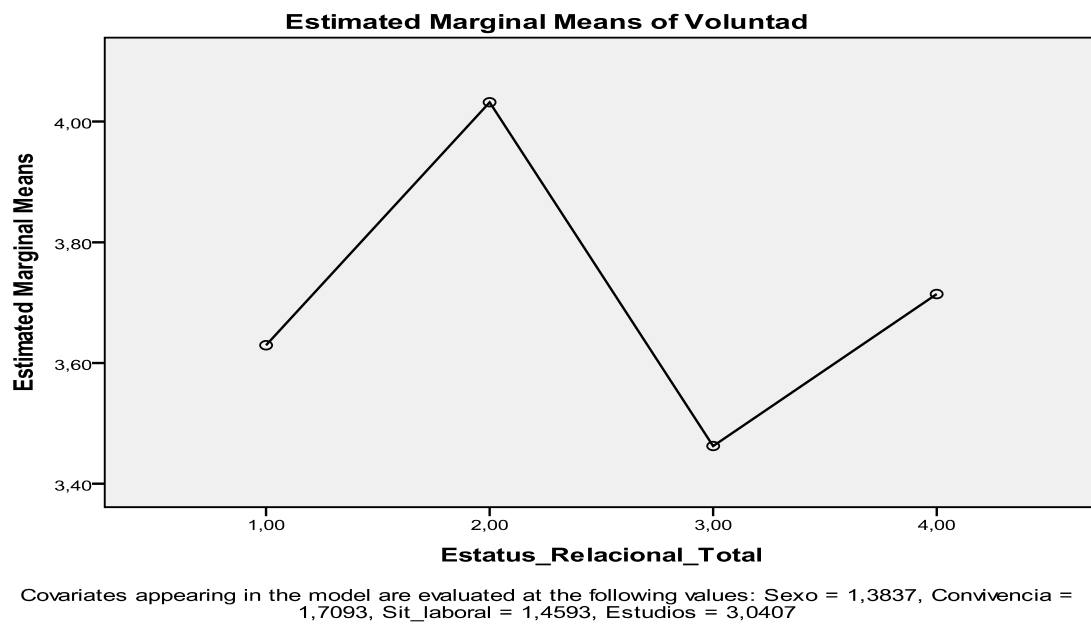


Gráfico 40: Estatus Relacional total–Voluntad

Una configuración diferente la encontramos en el factor de cuidado, donde Cerrazón, como ya vimos, sólo presenta mayores puntuaciones que Difusión:

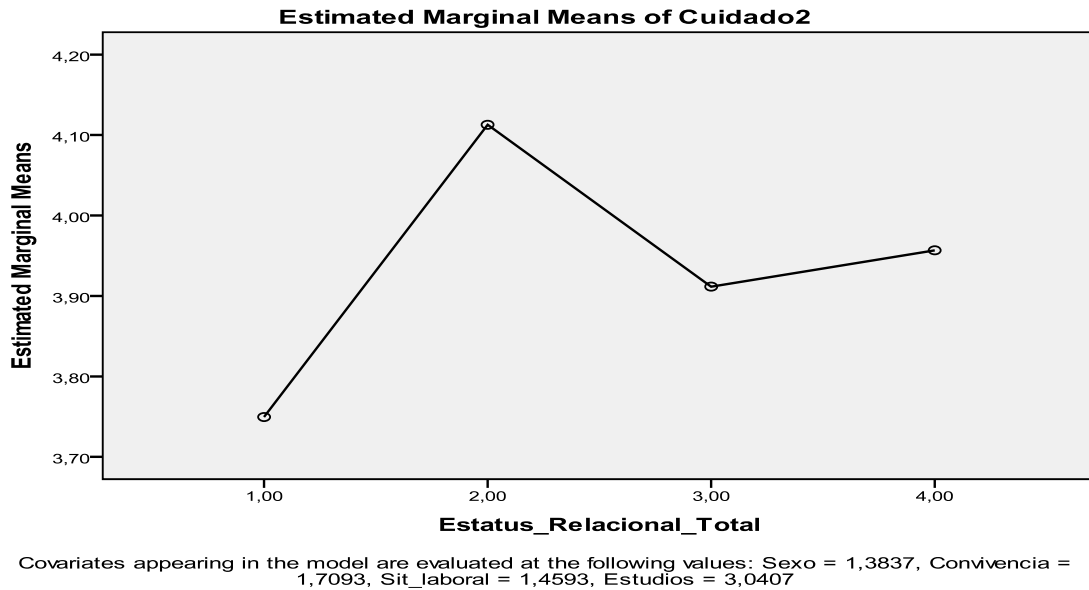


Gráfico 41: Estatus Relacional total–Cuidado

Como resumen, observamos una tendencia muy similar a la vista en los estatus Ocupacional e Ideológico, siendo en su mayoría las puntuaciones en Cerrazón significativamente mayores que en el resto de dominios, pero, en este estatus aparecen los dominios de Moratoria, Difusión y Logro también con mayores puntuaciones en un número importante de variables, sobre todo Moratoria que aparece como más alta en dos variables (baja autoaceptación y estancamiento).

5.5. DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTADOS DE IDENTIDAD ATENDIENDO AL DOMINIO Y EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE MOTIVACIÓN HACIA EL CAMBIO

Por último lugar, respecto a este apartado centrado en el análisis de los estatus de identidad, vamos a analizar hasta qué punto resulta significativa la relación entre los cuatro estatus de identidad (Difusión, Cerrazón, Moratoria y Logro) con tres niveles de motivación o fases en el proceso de deshabitación, según el modelo de Prochaska y DiClemente (Contemplación, Acción y Mantenimiento).

A partir de dicha combinación obtenemos tres tablas (3X4) a la que se aplicó el estadístico X^2 para determinar si la distribución era debida al azar o respondía a la relación significativa entre los niveles de ambas variables. Tres fueron las tablas analizadas, teniendo en cuenta los tres dominios de Identidad estudiados: Ocupacional, Ideológico y Relacional.

Los resultados muestran como sólo es significativa la relación establecida en el dominio Ocupacional entre los estatus de identidad y el nivel de motivación. El estadístico X^2 asciende a 13,83, con un valor de $p=0,032$, implicando pues que la distribución no está distribuida de manera homogénea, sino que se ve afectada por la interacción entre las dos variables mencionadas. En este sentido se observa una diferente configuración en la frecuencia de los estatus, en función del grupo de pertenencia de los sujetos.

Crosstab

			Estatus_Ocupacional_Total				Total
			1,00	2,00	3,00	4,00	
Nivel_Mot3	2,00	Count	4	3	8	5	20
		% within Nivel_Mot3	20,0%	15,0%	40,0%	25,0%	100,0%
		% of Total	5,5%	4,1%	11,0%	6,8%	27,4%
	3,00	Count	2	9	18	4	33
		% within Nivel_Mot3	6,1%	27,3%	54,5%	12,1%	100,0%
		% of Total	2,7%	12,3%	24,7%	5,5%	45,2%
	4,00	Count	4	4	3	9	20
		% within Nivel_Mot3	20,0%	20,0%	15,0%	45,0%	100,0%
		% of Total	5,5%	5,5%	4,1%	12,3%	27,4%
Total		Count	10	16	29	18	73
		% within Nivel_Mot3	13,7%	21,9%	39,7%	24,7%	100,0%
		% of Total	13,7%	21,9%	39,7%	24,7%	100,0%

Tabla 20 Estatus Ocupacional- Nivel de motivación al cambio

(1=Difusión, 2=Cerrazón, 3=Moratoria, 4=Logro; 2=Contemplación, 3=Acció, 4=Mantenimiento)

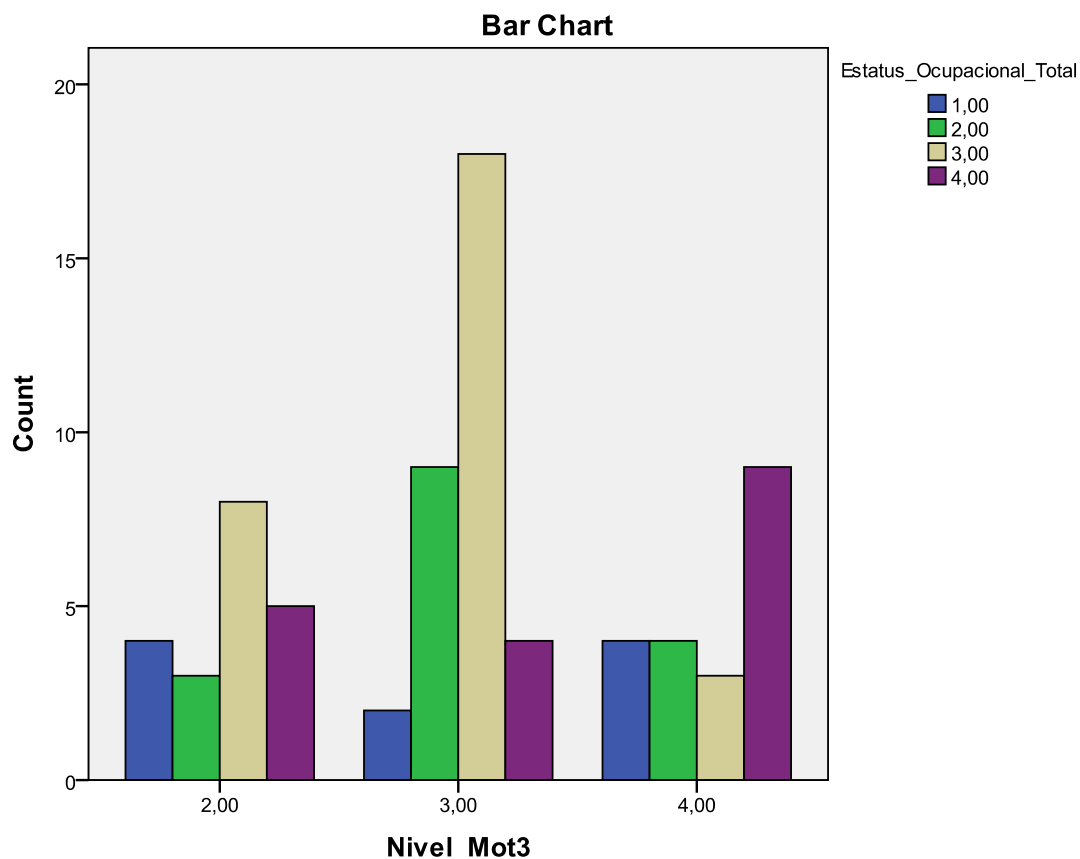


Gráfico 42 Estatus Ocupacional-Nivel de motivación al cambio

Como se observa en la tabla y en el gráfico, a medida que los sujetos entran en el nivel de motivación de contemplación tienen una distribución más homogénea, en la que destaca levemente el estatus de Moratoria. En el siguiente nivel de motivación, Acción, el estatus de Moratoria es claramente el más frecuente entre los sujetos de la unidad de conductas adictivas. Por último, en el último nivel de motivación, el de Mantenimiento, prevalece el estatus de Logro, todo ello en relación al dominio de identidad ocupacional.

Reiteramos que no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas en los dominios de Identidad Relacional e Identidad Ideológica. Si bien, como se aprecia en el siguiente gráfico, en el ámbito relacional existe una tendencia similar, a que haya más personas en el estatus de logro, a medida que se avanza en el nivel motivacional, aunque repetimos que los valores no son significativos ($X^2=9,77$, $p=0,13$):

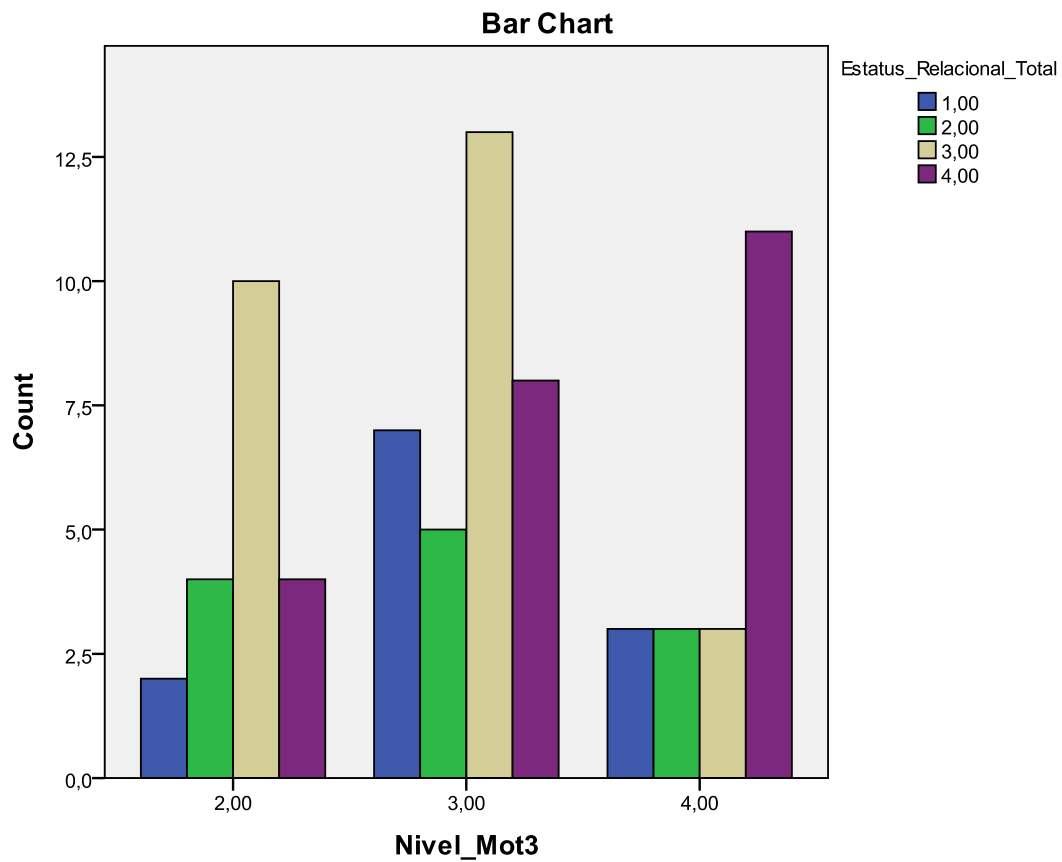


Gráfico 43 Estatus Relacional-Estadios de cambio

A nivel descriptivo, en el ámbito Ideológico, esta tendencia no se mantiene, dado que en el tercer nivel de motivación, los sujetos siguen distribuyéndose en los estatus de Moratoria, apareciendo más ahora en Cerrazón (y no en Logro, como en los anteriores dominios). No obstante, la distribución es más homogénea, evidencia de la falta de significatividad estadística obtenida ($X^2 = 96,72$, $p = 0,34$):

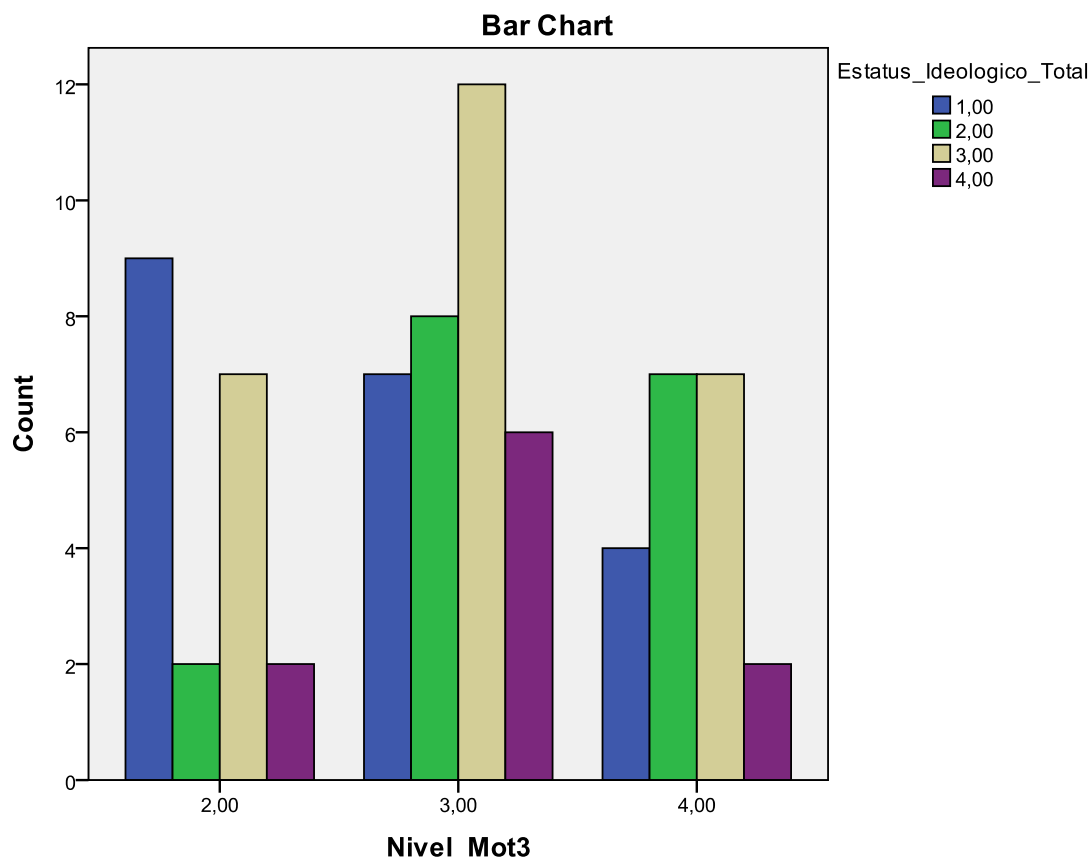


Gráfico 44 Estatus Ideológico-Estadios de cambio

Por tanto, y como resumen general, sí podemos decir que se observa cierta tendencia hacia la evolución por los estatus, desde la Moratoria hacia el logro, en los dominios Ocupacional y Relacional (tendencia la significación en este último).

5.6. ANALISIS DISCRIMINANTE

Con el propósito de comprobar la potencia discriminadora de las variables que se están manejando en esta investigación, se presentan los resultados del análisis discriminante. Esta técnica analítica pone en relación una variable independiente cualitativa o nominal con un conjunto de variables dependientes expresadas en una escala de intervalo, aunque quepa utilizar otro tipo de unidades de medida como variables dicotómicas (Tabachnik y Fidell, 1989). El análisis discriminante se puede utilizar para dos propósitos básicos: informar sobre las diferencias más importantes entre los grupos empleados en una prueba de contraste de medias (propósito descriptivo) y/o identificar el grupo de pertenencia de un sujeto sobre la base de un conjunto de medidas (propósito

clasificatorio). Aunque ambos propósitos están interrelacionados, aquí el análisis discriminante se emplea con el fin de determinar la eficacia discriminatoria de las variables que estamos manejando en nuestra investigación, lo que nos dará información acerca de su pertinencia y grado de significatividad teórica.

5.6.1. Análisis discriminante para el Grupo de pertenencia (UCA/Control)

De la variable independiente que se está manejando, grupo de pertenencia de los sujetos, se extraen dos grupos posibles, pacientes de la UCA y sujetos del grupo control. Las variables dependientes son las variables que hemos estado empleando en las pruebas de contrastes de medias, en concreto las compartidas por ambos grupos: variables sociodemográficas, fuerzas del ego, variables de exploración y compromiso relacionadas con la identidad en los dominios relacional, ocupacional e ideológico y bienestar psicológico.

Para llevar a cabo el análisis discriminante, se sigue el criterio de selección de variables paso a paso (stepwise) que selecciona en cada paso aquella variable para la que el valor del estadístico Lambda de Wilks es mínimo. Dicho estadístico, mide las desviaciones dentro de cada grupo de la variable independiente, respecto las desviaciones totales. Si su valor es pequeño implica que la variabilidad será debida a las diferencias entre grupos, lo que significa que el conjunto de variables seleccionadas discriminará los grupos. Si su valor es próximo a 1, por el contrario, el conjunto de variables independientes no será adecuado para construir las funciones discriminantes (Tabachnik y Fidell, 1989). A continuación se presentan los resultados del análisis discriminante. En la tabla 21 se aprecia que las variables baja autoaceptación, estudios, dominio del ambiente, competencia, exploración relacional, exploración ideológica y sexo son las que resultan significativas, presentando un Lambda de Wilks suficientemente pequeño como para ser incluidas en la función discriminante.

Paso		Tolerancia	F para salir	Lambda de Wilks
1	Baja autoaceptación	1,000	116,980	
2	Baja autoaceptación	0,942	52,909	0,674
	Estudios	0,942	26,121	0,592
3	Baja autoaceptación	0,677	11,714	0,509
	Estudios	0,940	25,558	0,548
	Dominioambiente	0,713	13,246	0,513
4	Baja autoaceptación	0,558	20,329	0,500
	Estudios	0,938	25,136	0,513
	Dominioambiente	0,679	17,723	0,493
	Competencia	0,641	11,149	0,476
5	Baja autoaceptación	0,486	9,206	0,451
	Estudios	0,930	26,580	0,496
	Dominio del ambiente	0,671	19,393	0,478
	Competencia	0,635	8,745	0,450
	Explrelacional	0,864	7,032	0,446
6	Baja autoaceptación	0,468	12,247	0,436
	Estudios	0,922	21,427	0,458
	Dominio del ambiente	0,671	17,679	0,449
	Competencia	0,632	7,081	0,423
	Explrelacional	0,731	12,919	0,438
	Explideológica	0,715	8,928	0,428
7	Baja autoaceptación	0,461	9,686	0,417
	Estudios	0,916	18,649	0,439
	Dominio del ambiente	0,661	14,394	0,429
	Competencia	0,624	5,452	0,407
	Explrelacional	0,731	12,055	0,423
	Explideológica	0,710	9,708	0,417
	Sexo	0,913	4,822	0,406

Tabla 21 Resultados del análisis discriminante de las variables en el análisis

En cada paso se introduce la variable que minimiza el Lambda de Wilks global.

Posteriormente, calculamos la correlación canónica.

Esta correlación es una medida relacionada con la Lambda de Wilks que permite evaluar la información que aporta la función discriminante. Nos proporciona una medida del grado de importancia de la función discriminante empleada. Si el valor obtenido es próximo a 1 la función discriminará mejor los grupos. Como puede apreciarse en la tabla 22, la correlación canónica es bastante elevada, lo que apoya la idea de que las variables mencionadas, discriminan bien a los dos grupos (Tabachnik y Fidell, 1989).

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
Tipo de grupo	1,537	100	100	0,778

Tabla 22 Correlación canónica asociada a la función discriminante de la variable tipo de Grupo

Para proporcionar una medida del grado de eficacia discriminadora de las variables se analiza el porcentaje de casos agrupados correctamente. Para ello se cruzan las pertenencias reales a los grupos, en filas, con las asignaciones a partir de la probabilidad de pertenencia, en columnas. Los porcentajes son por filas y reflejan las proporciones de clasificación en cada caso.

Resultados de la clasificación(a)

GRUPO		Grupo de pertenencia pronosticado		Total
		UCA	Control	
Recuento	UCA	69	9	78
	Control	9	85	94
%	UCA	88,5	11,5	100,0
	Control	9,6	90,4	100,0

Tabla 23 Sujetos clasificados correctamente en función de la variable Grupo de pertenencia

a Clasificados correctamente el 89,5% de los casos agrupados originales.

La tabla 23 muestra que se han clasificado correctamente al 89,5% de los casos empleados en el análisis. Se puede considerar el porcentaje de casos correctamente clasificados como un índice de la efectividad de la función discriminante.

Como primera conclusión de este análisis discriminante, y teniendo en cuenta los datos de las siguientes tablas, las variables que discriminan mejor la pertenencia de los sujetos al grupo de pacientes de la UCA o al grupo control, son las variables de competencia, baja autoaceptación y exploración relacional estando más relacionadas con los sujetos de la UCA, y las variables de sexo (femenino), nivel de estudios (mayor nivel educativo), dominio del ambiente y exploración ideológica, estando más relacionadas con el grupo control. Las cinco variables discriminarían correctamente al 89,5% de los sujetos de la muestra, mostrando por lo tanto, un muy buen nivel discriminador.

	Función
	1
Sexo	0,227
Estudios	0,429
Competencia	-0,292
Baja autoaceptación	-0,447
Dominio del ambiente	0,449
Exploración ideológica	0,360
Exploración relacional	-0,393

Tabla 24 Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Function
Grupo	1
Consumidores	-1,353
No consumidor	1,123

Unstandardized canonical discriminant

functions evaluated at group means

Tabla 25: Coeficientes canónicos de las funciones discriminantes

5.6.2. Análisis discriminante en función del Nivel de motivación al cambio

A continuación se presentan los resultados de otro Análisis Discriminante, esta vez con el propósito de discriminar los grupos en función del nivel de motivación de los pacientes de la UCA, o lo que es lo mismo, de la fase en la que se encuentran. En este sentido discriminaríamos la pertenencia a cuatro grupos posibles: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

Volvemos a emplear el criterio de selección por pasos (stepwise) y en este caso son sólo tres las variables que discriminan entre los tres grupos: en el primer paso se incluye la variable meses de abstinencia en la actualidad, en el segundo paso la variable deseo de parar el consumo (ambas pertenecientes a la entrevista semiestructurada) y en el tercer y último paso la variable dominio del ambiente (perteneciente al cuestionario de bienestar psicológico).

Paso		Tolerancia	F para salir	Lambda de Wilks
1	Meses abst	1,000	28,357	
2	Meses abst	1,000	26,871	0,809
	Deseo	1,000	5,093	0,465
3	Meses abst	0,990	26,185	0,671
	Deseo	0,992	5,270	0,391
	Dominio del ambiente	0,982	4,784	0,385

Tabla 26 Resultados del análisis discriminante de las variables en el análisis

En este caso aparecen tres funciones discriminatorias, con sus correspondientes valores de correlación canónica, que siguen presentando valores importantes:

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	1,342(a)	80,4	80,4	0,757
2	,318(a)	19,1	99,4	0,491
3	,010(a)	0,6	100,0	0,099

Tabla 27 Correlación canónica asociada a la función discriminante de la variable Nivel de motivación al cambio

a Se han empleado las 3 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

Aunque las tres funciones discriminan entre los tres grupos, la primera discrimina más, teniendo en cuenta su mayor porcentaje de varianza explicada.

Para sintetizar los resultados, la siguiente tabla refleja los sujetos clasificados correctamente empleando como variables discriminadoras los meses de abstinencia, el deseo de abandonar el consumo y la sensación de dominio del ambiente.

Resultados de la clasificación(a)

Motivación al cambio		Grupo de pertenencia pronosticado				Total
		Precontemplador	Contemplador	Acción	Mantenimiento	
Recuento	Precontemplador	2	0	3	0	5
	Contemplador	2	10	8	0	20
	Acción	2	6	23	2	33
	Mantenimiento	0	1	4	15	20
%	Precontemplador	40,0	0,0	60,0	0	100,0
	Contemplador	10,0	50,0	40,0	0,0	100,0
	Acción	6,1	18,2	69,7	6,1	100,0
	Mantenimiento	0	5,0	20,0	75,0	100,0

Tabla 28 Sujetos clasificados correctamente en función de la variable Nivel de motivación hacia el cambio

a Clasificados correctamente el 64,1% de los casos agrupados originales

Podemos apreciar pues que las variables meses de abstinencia, deseo de parar el consumo y dominio del ambiente, discriminan correctamente al 64,1% de los pacientes de la UCA.

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function		
	1	2	3
Dominio_Ambiente	,343	-,634	,706
Meses_Abs_act	,958	,021	-,303
Deseo	,144	,831	,545

Tabla 29 Coeficientes canónicos de las funciones discriminantes

Teniendo en cuenta los centroides de los grupos en relación a cada una de las funciones, y los coeficientes de las variables respecto la función, vemos como la primera función discrimina sobre

todo al grupo de mantenimiento respecto los otros tres, fundamentalmente mediante la variable meses de abstinencia, pero también dominio del ambiente, en los que presentarían valores más altos, sobre todo comparados con los que están en el grupo de contemplación.

La segunda función discrimina entre los grupos de precontemplación y el de acción, mediante variables dominio del ambiente (con saturación negativa) y el deseo. El centroide del grupo de precontemplación en negativo (-1,98) indica que este grupo presenta una percepción de alto dominio del ambiente y no de deseo. El grupo 3 de acción, con su centroide de 0,336 estaría definido en este grupo con una percepción de bajo dominio del ambiente y alto nivel de deseo. El grupo 2 de contemplación está definido por la primera función, que con su centroide negativo de (-1,06) indican baja puntuación con la variable meses de abstinencia, bajo dominio del ambiente y deseo.

La tercera función apenas influye en comparación con las otras dos respecto la discriminación total, por lo que nos centramos fundamentalmente en las anteriormente ya comentadas.

Motivación cambio	Función		
	1	2	3
Precontemplador	-0,701	-1,986	-0,104
Contemplador	-1,064	0,011	-0,137
Acción	-0,378	0,336	-0,091
Mantenimiento	1,864	-0,068	-0,038

Tabla 30 Funciones en los centroides de los grupos

5.6.3. Análisis discriminante en función del Nivel de motivación al cambio controlando el tiempo de abstinencia

A continuación se presentan los resultados de otro Análisis Discriminante, esta vez con el propósito de discriminar los grupos en función del nivel de motivación de los pacientes de la UCA, es decir, de la fase en la que se encuentran, pero controlando el tiempo que llevan abstinentes. En este sentido discriminaríamos la pertenencia a cuatro grupos posibles: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento.

Volvemos a emplear el criterio de selección por pasos (stepwise). En el primer paso se incluye la variable voluntad perteneciente a las Fuerzas del ego, en el segundo y tercer paso las variables deseo

de parar el consumo y satisfacción respectivamente, ambas, pertenecientes a la entrevista semiestructurada.

Paso		Tolerancia	F para salir	Lambda de Wilks
1	Voluntad	1,000	6,167	
2	Voluntad	0,979	5,625	0,809
	Deseo	0,979	5,273	0,800
3	Voluntad	0,973	3,881	0,658
	Deseo	0,979	5,145	0,688
	Satisfacción	0,994	3,867	0,657

Tabla 31 Resultados del análisis discriminante de las variables en el análisis

En este caso aparecen tres funciones discriminatorias, con sus correspondientes valores de correlación canónica, que siguen presentando valores importantes:

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	0,477(a)	70,9	70,9	0,568
2	0,196(a)	29,1	100,0	0,405
3	0,000(a)	0,000	100,0	0,099

Tabla 32 Correlación canónica asociada a la función discriminante de la variable Nivel de motivación al cambio

a Se han empleado las 3 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis

Aunque las tres funciones discriminan entre los tres grupos, la primera discrimina más, teniendo en cuenta su mayor porcentaje de varianza explicada.

Para sintetizar los resultados, la siguiente tabla refleja los sujetos clasificados correctamente empleando como variables discriminadoras la voluntad, el deseo y la satisfacción.

Resultados de la clasificación(a)

Motivación al cambio		Grupo de pertenencia pronosticado				Total
		Precontemplador	Contemplador	Acción	Mantenimiento	
Recuento	Precontemplador	2	0	3	0	5
	Contemplador	2	12	4	2	20
	Acción	2	12	8	11	33
	Mantenimiento	2	0	3	14	20
%	Precontemplador	40,0	0,0	60,0	0	100,0
	Contemplador	10,0	60,0	20,0	10,0	100,0
	Acción	6,1	34,4	24,2	33,3	100,0
	Mantenimiento	15	0,0	15,0	70,0	100,0

Tabla 33 Sujetos clasificados correctamente en función de la variable Nivel de motivación al cambio

a Clasificados correctamente el 46,2% de los casos agrupados originales

Podemos apreciar pues que las variables voluntad, deseo y satisfacción, discriminan correctamente al 46,2% de los pacientes de la UCA.

Standardized Canonical Discriminant Function**Coefficients**

	Función		
	1	2	3
Voluntad	,616	-,353	,723
Deseo	,288	,968	,026
Satisfacción	-,645	,178	,747

Tabla 34 Coeficientes canónicos de las funciones discriminantes

Teniendo en cuenta los centroides de los grupos en relación a cada una de las funciones, y los coeficientes de las variables respecto la función, vemos como la primera función discrimina principalmente al grupo de mantenimiento (0,983) respecto al grupo contemplador, mediante las variables de voluntad y satisfacción principalmente. El grupo de mantenimiento se relacionaría con una alta voluntad y baja satisfacción. El contemplador con baja voluntad y alta satisfacción.

La función dos discrimina ante todo al grupo precontemplador (-1,52) respecto al de acción en voluntad y deseo; el grupo de precontempladores en principio tendría bajas puntuaciones en deseo y altas en voluntad, al contrario que el de acción, que es aquí también en esta función donde más se define, en positivo, lo que implica alto deseo y baja percepción de voluntad.

Al igual que en el discriminante anterior, la tercera función apenas influye en comparación con las otras dos respecto la discriminación total, por lo que nos centramos fundamentalmente en las anteriormente ya comentadas.

Motivación cambio	Función		
	1	2	3
Precontemplador	-0,534	-1,521	0,013
Contemplador	-0,853	0,076	-0,012
Acción	0,002	0,270	0,010
Mantenimiento	0,983	-0,141	-0,008

Tabla 35 Funciones en los centroides de los grupos

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este apartado pretendemos reflexionar acerca de los resultados explicados anteriormente para así poder comprender mejor las relaciones y diferencias observadas en las variables estudiadas en la población de pacientes, en la del grupo de no pacientes y entre ambas. Relacionaremos los resultados obtenidos con las hipótesis iniciales, así como con los aspectos teóricos recopilados en la parte inicial de la investigación.

Comenzaremos reflexionando sobre las diferencias entre ambos grupos, el procedente de la Unidad de Conductas Adictivas y el grupo control, para posteriormente observar las diferencias que existen dentro del propio grupo de personas dependientes de cocaína en función del estadio de cambio en el que se encuentran.

A continuación, trabajaremos sobre los resultados relativos a cómo se distribuyen los sujetos en función de su estatus de identidad (difusión, cerrazón, moratoria y logro) y según su pertenencia al grupo de sujetos de la UCA o al grupo control.

Posteriormente discutiremos sobre los análisis discriminantes entre ambos grupos, el de UCA y el control, y dentro del grupo UCA, entre los diferentes estadios de cambio.

6.1. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

6.1.1. Diferencias entre grupos en función del Grupo de pertenencia (UCA/Control)

Al centrarnos en los resultados obtenidos, controlando las variables sexo y nivel de estudios, vemos que se corroboran las hipótesis planteadas al inicio del trabajo de forma parcial pero en su mayor parte.

Vamos a comentar los resultados de cada uno de los bloques de pruebas por separado para poder profundizar en ello y posteriormente pasaremos a relacionar dichos resultados entre sí para ir construyendo una visión global de la situación, pero de manera introductoria, comenzaremos afirmando que se observa un mayor nivel de maduración general en el grupo de no consumidores frente a los consumidores, quienes obtienen puntuaciones más altas en el cuestionario de las Fuerzas del ego, presentando un nivel más alto en la superación y evolución de las crisis del desarrollo y resolución positiva de los conflictos, con un nivel más alto de bienestar general y de pensamiento y dedicación hacia el otro, no estando tan pendientes de sí mismos, como ocurre en el caso del grupo de consumidores.

Centrándonos en las **Escalas de identidad**, al principio de este estudio, nos planteábamos la hipótesis de que el grupo control obtendría mayores puntuaciones en las escalas de compromiso, tal y como ha sucedido, pero también esperábamos un mayor nivel de exploración, lo que por el contrario se ha observado en el grupo UCA, lo que interpretamos como algo positivo si entendemos la exploración como el camino hacia un compromiso saludable. Los pacientes podrían comprometerse sin explorar, situándose según Marcia en un estatus de cerrazón, pero siempre obtendrán en principio un estatus más desarrollativo si han podido explorar el tiempo suficiente antes de decidir con qué comprometerse.

Se observan, por tanto, diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos tanto en las variables de exploración como de compromiso. Los sujetos provenientes de la UCA han obtenido mayores puntuaciones en las variables de exploración relacional y ocupacional, lo que indica que son personas que investigan más en estas dimensiones que las personas del grupo control, sin embargo han obtenido menores puntuaciones en todas las escalas de compromiso; están en un momento de intensa exploración, pero sin asumir compromisos todavía, con lo que ello implica a nivel de menor bienestar psicológico (Berzonsky y Adams, 1999; Bosma y Kunnen, 2001).

Estos resultados son coherentes con la teoría mencionada en capítulos anteriores. Fischer (2007) ya explicaba que el hecho de establecer compromisos de identidad y adaptarse a un modo de vivir adulto puede ayudar a relevar síntomas psicopatológicos y proteger contra las conductas de riesgo. Schwartz (2010) añadía que el consolidar la identidad, supone una protección adicional contra los comportamientos de peligro para la salud. En este sentido vemos que los sujetos del grupo control, no presentando síntomas de riesgo en este tipo de conducta, presentan mayores compromisos que los sujetos del grupo UCA.

En cuanto a la exploración, esta investigación por parte de los consumidores en el ámbito relacional podría estar relacionada con el hecho de que son personas que interactúan con un número importante de individuos, pertenecientes casi exclusivamente al ámbito de consumo, y en este sentido les resulta fácil establecer nuevas relaciones al existir un elemento de unión “fácil” que es la droga. Sin embargo son personas que cambian fácilmente de amistades, aunque también es cierto que mantienen normalmente un grupo central con el que llevan varios años, pero de una manera más extensa son muy activos en el conocer nuevas personas. También es cierto que son conscientes de qué es lo que les une y de la realidad de esa amistad, lo que les hace plantearse la posibilidad de buscar otro tipo de amistades con quien comprometerse de forma más firme, y de esta manera, siguen explorando.

Cuando dejan el consumo, en una parte importante de los pacientes se observa una buena habilidad a la hora de buscar nuevos amigos con quien iniciar nuevas actividades independientes de las drogas (facilidad en la exploración relacional), otra cosa es que permanezcan en esas actividades y perdone la relación iniciada, de ahí, la mayor dificultad respecto al compromiso relacional.

Es cierto que al principio del abandono del hábito del consumo refieren dificultad para encontrar nuevas amistades con quienes compartir aficiones y dinámicas diferentes de las que tenían antes, pero conforme avanzan en la abstinencia van encontrando personas no consumidoras con las que poder realizar actividades, pero sin sentir las como estables en el tiempo. También hay que tener en cuenta, que un porcentaje alto de los consumidores, tienen un grupo de amigos no consumidores con los que mantienen cierta relación incluso en épocas de consumo, y por otro lado, también mantienen relación con algunos consumidores “más puntuales” y que no suponen un alto riesgo para su abstinencia; pero estas relaciones vuelven a ser relaciones que no sienten estables y consistentes, relaciones con las que no se sienten comprometidos por sentir que hay diferencias importantes entre ellos.

Respecto a la mayor puntuación obtenida en exploración ocupacional por parte del grupo UCA, podemos entender que hace referencia fundamentalmente a dos aspectos, en primer lugar, la gran mayoría de sujetos que componen este grupo han finalizado sus estudios cuando terminaron la

enseñanza obligatoria y poco después empezaron a trabajar sin cuestionarse de una manera seria qué es lo que querían hacer, cambiando de trabajo muchas veces, más en función de los contratos que de sus propios deseos o proyección profesional. Y en segundo lugar, son personas que en ocasiones no tienen claro hacia dónde quieren ir en el sentido laboral y de estudios pero sí tienen claro que determinados trabajos que realizan en la actualidad no quieren realizarlos en un futuro cuando tengan más edad (trabajos en el campo, como operarios en empresas) tanto por el tipo de trabajo que supone como por los sueldos que reciben, lo que les hace plantearse la necesidad de cambios en este sentido y no comprometerse de manera definitiva.

Por otro lado, hemos de tener en cuenta que el momento en que la mayor parte de sujetos del grupo UCA completaron los cuestionarios, debido a la crisis económica que en esos momentos estaba viviendo el país, la zona estaba viéndose muy afectada a este nivel y un gran número de personas que anteriormente estaba trabajando, en ese momento ya no lo estaba, viéndose obligados a una continua búsqueda.

También existen pacientes que no han estudiado ni trabajado, viviendo del tráfico de drogas o de lo que sus familiares les podían aportar, y es justamente cuando inician el tratamiento, cuando se plantean volver a estudiar o bien iniciar o retomar su carrera laboral frenada en el tiempo, debido a que los problemas judiciales no le permiten traficar más, o la familia ha puesto un ultimátum en este sentido, y por tanto, necesitando explorar en este ámbito.

Es el grupo control el que presenta mayor compromiso ideológico, indicando que además de estar comprometido con sus valores, actitudes y creencias, sienten que éstos les ayudan en su vida diaria. Comparándolo con el grupo UCA, podríamos decir que sería difícil encontrar este nivel de compromiso en ellos debido a que justamente cuando acuden en busca de tratamiento están en una época de su vida en que esos valores, actitudes y creencias entran en discusión y crisis por ellos mismos, ya que de no ser así, nunca decidirían dejar el consumo. Y de hecho, una parte del trabajo terapéutico supone el poner en cuestión estos valores y creencias mantenidas durante el tiempo de consumo, y ayudar al paciente a encontrar los que son acordes con su nueva situación, sin embargo, no observamos un mayor nivel de exploración ideológico en este grupo, lo que indica más bien un estado de difusión en el que están probando todavía diferentes clases de actitudes y conductas, en muchos casos de forma aleatoria y sin tener todavía un rumbo elegido de forma consciente, estando todavía situados en la gratificación inmediata (Coté y Levine, 1988).

De todo el grupo UCA, la persona que más tiempo lleva abstinentes lo ha conseguido durante 24 meses, pero hay un número importante de personas que llevan abstinentes 2 ó 3 meses, y alguno todavía no había conseguido estar sin consumir un mes. Podría afirmarse que estos sujetos están en

plena “crisis de valores”. Probablemente en una muestra de personas que llevasen abstinentes una media de dos años, en mantenimiento sostenido, se observaría un resultado diferente, ya que serían personas que ya han encontrado valores y actitudes diferentes del consumo y con los que se han comprometido para de esta manera también poder mantener la abstinencia. De hecho, y como se comenta más exhaustivamente en el siguiente apartado, se observa una diferencia significativa en el nivel de compromiso ideológico, en función del estadio de cambio en el que la persona se sitúa, siendo mayor en el de mantenimiento, que es precisamente en el que el paciente lleva más tiempo abstinentes. En este sentido, podemos ver cómo los sujetos que permanecen más tiempo abstinentes, aún sin haber conseguido un compromiso ideológico, sí consiguen situarse en un estadio de moratoria en el que ya empiezan a explorar, lo que indica un nivel mayor de madurez (Marcia, 1979; 1980) y posteriormente pasar a un estadio de logro (exploración seguida de compromiso) un porcentaje importante de la muestra como podremos ver más adelante.

Nos parece importante recordar, tal y como decía Marcia (1979, Pág. 204), *“la identidad es más que el compromiso con los aspectos importantes para el sujeto, pero cuando la identidad está presente se manifiesta a través del compromiso que servirá como una guía para la acción sobre una base permanente”*.

Por tanto, mientras los sujetos del grupo UCA no consigan un compromiso, o mejor dicho, no inicien un proceso de comprometerse por entender este proceso como dinámico y en continua elaboración y redecisión (Martínez e Iñiguez, 1987), no conseguirán un adecuado desarrollo de su identidad como “no consumidores”. También es cierto, que el camino elegido por esta población en tratamiento es el adecuado para lograr un compromiso adecuado y saludable, explorando diferentes opciones. El permanecer en un estado de abstinencia, influirá muy positivamente en ello.

Respecto a las variables de la **escala de Bienestar psicológico** observamos, tal y como se pronosticaba en las hipótesis iniciales, que los sujetos que proceden de la UCA se aceptan menos a sí mismos, se consideran menos autónomos y tienen una menor sensación de dominar el ambiente, mayor sensación de estancamiento y menor sensación de tener relaciones positivas con los otros, en comparación con los sujetos del grupo control, presentando por tanto en general, peores niveles de bienestar psicológico. El hecho de no haber podido asumir compromisos todavía influye significativamente en el peor bienestar psicológico, presentando mayor tendencia al disconfort y la ansiedad (Kroger y Marcia, 2011).

Relacionando estos resultados con los comentados anteriormente, ya se explicó en la parte teórica que los pacientes situados en los estadios de moratoria y difusión, tienen menores niveles de autoestima y niveles mayores de humor deprimido y de ansiedad (Berman, Weems y Stickle, 2006;

Kroger y Marcia, 2011). Y como veremos más adelante, en estos estadios es donde mayormente se sitúan los pacientes consumidores.

El hecho de que los sujetos provenientes de la UCA presenten peores niveles de bienestar psicológico podría haber sido un factor de discrepancia que les haya aumentado la motivación para iniciar un cambio y dejar el consumo, buscando precisamente aumentar este nivel de bienestar general y en factores concretos, como comentan en las sesiones terapéuticas.

El efecto directo del consumo de cocaína sobre el estado físico y mental, sin tener en cuenta las consecuencias a otros niveles (social, familiar, laboral, evolutivo, entre otros), ya produce una alteración en el bienestar psicológico en general, produciendo importante inestabilidad anímica (bajo estado de ánimo, sensación de embotamiento, irritabilidad, alteración del sueño, aumento del sentimiento de incapacidad, etc.) que afecta a la sensación por parte del individuo de su bienestar general, incluyendo el psicológico. Si además añadimos el hecho de que las personas que participan en el estudio, son personas con una dependencia instaurada, esos efectos se multiplican, y si entendemos que están situados en estadios entre Moratoria y Difusión, todavía estos efectos se multiplican más, entrando en una espiral de bajos niveles de autoestima y autonomía, que a su vez les avocan a implicarse en mayor número de conductas desviadas y a desarrollar sintomatología o incluso trastornos psicopatológicos (Kroger, 2003; Marcia, 1993).

Respecto a los factores concretos en los que se observan menores puntuaciones en este grupo, el hecho de aceptarse menos a sí mismos podría haber sido otro de los factores de discrepancia más importantes que motivase el dejar el consumo. En general, conforme va aumentando el tiempo de abstinencia y los pacientes van realizando cambios en la dinámica de vida relacionada con el no consumo, van presentando mayor aceptación de sí mismos, siendo capaces de rescatar aspectos positivos de ellos mismos y de integrar la etapa de consumo en su vida actual.

En los primeros momentos de tratamiento, en los de mayor Difusión, los pacientes que de verdad han decidido hacer un cambio respecto al consumo, se sienten con bajo ánimo y refieren no sentirse bien consigo mismos por todo lo que han hecho (consumo y lo que ello implica-mentiras, robos, actos delictivos, etc.), pero sin embargo, el hecho de haberse comprometido con el cambio les permite mantener cierto nivel de autoestima, menor en el caso de los pacientes difusos sin compromiso alguno (Luyckx, 2010), y máximo cuando consiguen alcanzar el estadio de Logro (O'Brien y Epstein, 1988).

En general, y como hemos comentado anteriormente, el número de meses de abstinencia de la presente muestra es bajo, por lo que una baja aceptación puede ser indicativo de buena evolución

siempre que haya en la persona una intención de luchar por una aceptación mejor, un compromiso como decíamos anteriormente, que siempre implicaría un estado de no consumo (por situarse en la ambivalencia). Suponemos que conforme aumenta el tiempo abstinentes de forma significativa, también aumenta la aceptación de sí mismos de una forma real y consciente. También va disminuyendo la Difusión, si no sería imposible esa evolución.

Por otro lado, vemos que se consideran menos autónomos y con menor sensación de dominar el ambiente porque en general, hasta que hay un periodo de unos 6 meses de abstinencia aproximadamente, los pacientes se sienten inseguros respecto a sí mismos y al ambiente social, eligiendo evitar ciertas situaciones y solicitar la ayuda y apoyo de familiares y amigos no consumidores para realizar determinadas conductas (manejo del dinero, acudir a ciertas situaciones sociales, etc.). También ocurre que un número importante de pacientes ha tenido que volver al domicilio de la familia de origen por no poder vivir solos y no consumir lo que también disminuye de manera considerable la autonomía.

El locus de control interno, está más relacionado con un estatus de Logro, y el externo con un estatus de Cerrazón y Difusión (Kroger y Marcia, 2011).

Se sienten más estancados a nivel de crecimiento personal que el grupo control, sensación muy relacionada con lo que hemos contado más arriba, el haber tenido que volver al domicilio familiar, o estar en un momento de mucho control externo, o incluso, haber tenido que abandonar empleos o la pareja, les provoca en determinados momentos sensación de involución, que conforme pasa el tiempo abstinentes y van adquiriendo “mayor libertad” y desarrollo de ciertas habilidades y aptitudes, va disminuyendo de forma significativa.

Y por último, en cuanto al Bienestar psicológico, refieren tener menos relaciones positivas con los demás que el grupo control. Muy probablemente esta sensación está relacionada con diferentes aspectos, el primero, que al iniciar el abandono del consumo, también inician el abandono de las actividades y relaciones que hasta ese momento le gratificaban; el segundo, a nivel familiar, las relaciones son complicadas a pesar de que los pacientes hayan decidido abandonar el consumo, existiendo muchos temas pendientes de trabajar y elaborar por todo lo ocurrido en la etapa anterior (robos, infidelidades, mentiras, enfados, peleas, etc.) y por último, también es importante tener en cuenta el estado psicopatológico en el que muchos pacientes se encuentran, con dificultad para disfrutar y por tanto, también para entablar relaciones positivas con otras personas

Podríamos decir que los pacientes consumidores durante el tratamiento, momento de planteamientos y cambios importantes, presentan en general un bajo sentimiento de bienestar psicológico que podemos vincular justamente por ese momento concreto en el que están, de grandes reflexiones y planteamientos, estado de Moratoria según Marcia (1980). El consumidor que no acude a tratamiento, puede tener momentos de bajo bienestar psicológico, pero compensados con el bienestar que obtienen por el consumo, y por la baja conciencia de enfermedad y responsabilidad de su estado que sí van desarrollando a lo largo de las sesiones de tratamiento. Rescatando a Luigi Cancrini, *“en terapia, el aumento de conciencia de lo que uno es y lo que uno podría haber sido, produce un inicial estado de abatimiento, que si no es sustentado con el apoyo terapéutico, puede ser contraproducente”* (Cancrini, 1996, pág. 82).

En relación a las variables de la escala de **Fuerzas del ego**, vinculadas también con el nivel de madurez y bienestar de los sujetos en cuanto a que han obtenido las virtudes que emergen tras un apropiado afrontamiento de las diferentes crisis psicosociales propuestas por Erickson, se observa, tal y como se pronosticaba en la hipótesis inicial, que los sujetos pertenecientes al grupo control obtienen mayores puntuaciones en todas las virtudes estudiadas por él, es decir, esperanza, voluntad, propósito, competencia, fidelidad, amor, cuidado y sabiduría, pudiendo decir de forma general tal y como ya hemos apuntado anteriormente, que los sujetos del grupo control presentan un mayor nivel de madurez y bienestar general que el grupo de consumidores. Cuando controlamos las variables sexo y nivel de estudios no se obtienen diferencias en competencia y cuidado. Para poder entender mejor estas diferencias, consideramos apropiado recordar las crisis psicosociales a las que pertenece cada una de las fuerzas comentadas.

La esperanza es la fuerza que se desarrolla a partir de la resolución de la crisis confianza básica versus desconfianza básica. Implica pues el poder creer y confiar en que los deseos propios podrán conseguirse aunque se fracase y los hechos cambien. Posiblemente sea la fuerza del ego más relacionada con la autoeficacia, variable central en este estudio. Es difícil, al principio de un tratamiento y cuando en algunos casos ya se han realizado algunos otros anteriormente, creer que se podrá conseguir el objetivo deseado, y cuando hablamos de objetivos, no sólo nos referimos a la abstinencia, sino también a la reconstrucción de la vida que en muchos casos implica un cambio en un número de áreas importante (familiar, laboral, social, económica, entre otras). Son muchos los pacientes que al principio o durante el tratamiento, se cuestionan la capacidad y la posibilidad real para conseguir este cambio, de ahí los altos niveles de ambivalencia al respecto que aparecen. Mientras un individuo no sienta que es capaz de hacer algo (esperanza al respecto), no lo intentará.

La voluntad surge de la crisis de autonomía versus vergüenza y duda; implica la capacidad de reflexionar sobre lo que uno elige libremente, así como la demostración del dominio de sí mismo y el autocontrol. Justamente la autonomía había sido uno de los factores de bienestar psicológico en los que también se habían obtenido diferencias significativas entre ambos grupos, siendo mayor en el grupo control. Posiblemente el grupo de UCA se sitúe en la parte de vergüenza por la historia de vida pasada (vergüenza que en muchos casos dura más allá de la recuperación total de la adicción) y duda respecto a si serán capaces de conseguir sus objetivos (autoeficacia), e incluso dudar respecto a qué objetivos quieren conseguir cuando todavía están ambivalentes en la fase de contemplación o aún estando en la fase de acción respecto al consumo y mostrándose abstinentes, pueden estar ambivalentes respecto a otro tipo de cambios y dudosos de sus capacidades.

Como se ha comentado en otro momento de este trabajo, en general, las personas consumidoras funcionan por una satisfacción más bien inmediata, disminuyendo la percepción subjetiva de voluntad, dominio de sí mismos y el autocontrol. Éstas serán habilidades fundamentales que tendrá que ir desarrollando a lo largo del tratamiento para prevenir las recaídas futuras, pero también para ir pudiendo construir una identidad consistente y coherente que a su vez ayudará a sentir un mayor bienestar, mayor sensación de control y dominio. Se ha observado que las personas situadas en difusión, presentan un locus de control más bien externo (Kroger y Marcia, 2011). Este sería el caso del paciente consumidor, con sentimiento de poca capacidad de controlarse a sí mismo y lo que le rodea, por lo menos mientras consume y al poco de abandonar ese consumo. Esto a su vez influye en un peor sentimiento de bienestar, y como veremos más adelante, en un menor sentimiento de autoeficacia. También, en el mismo estudio, se observó, un menor sentimiento de autoestima en las personas situadas en difusión (caso de los consumidores de la muestra) y moratoria.

El propósito o finalidad, surge de la crisis entre iniciativa versus culpa, como una forma de coraje para conseguir objetivos y propósitos, diferenciando entre fantasía y realidad. Implica pues una orientación hacia algo que se quiere y se persigue, también cierta persistencia en ello.

Consideramos que esta finalidad ha existido durante un tiempo en la gran mayoría de pacientes de la UCA, pero vinculada al consumo y todo lo que ello implica (pago de deudas, ayuda a compañeros consumidores, consecución de la sustancia, etc.), pero en el momento de la evaluación, todavía no parece que hayan tenido tiempo para desarrollarla en otra dirección. Si es cierto que nos ha sorprendido esta diferencia, ya que el hecho de que los pacientes estén acudiendo a tratamiento, y más estando un alto porcentaje en etapas de acción y mantenimiento (67 % de la muestra de UCA), lo que indica una dirección, podría suponer tener un nivel mayor de propósito, pero por lo que

vemos, el cambio de la sensación de control, persistencia y claridad de objetivos en otras direcciones, necesita más tiempo para instaurarse.

La competencia surge en la edad escolar fruto de la crisis de laboriosidad versus inferioridad. Implica el uso de habilidades, capacidades, y de la inteligencia a la hora de llevar a cabo tareas, por tanto, de alguna manera incluye el planear y pensar sobre cómo hacer las cosas. No observamos diferencias significativas en esta variable, lo que en principio nos extrañó teniendo en cuenta todo lo anteriormente referido. Sin embargo, hay un aspecto a reflexionar en este caso, y es que podría ser que los niveles de competencia en cada grupo de la muestra hagan referencia a aspectos diferentes. En el grupo control, hará referencia a la competencia como resultado de la crisis de laboriosidad versus inferioridad, pero en el caso del grupo UCA, es muy probable que se refiera a la sensación concreta de esta época de desintoxicación y deshabitación, de sentirse competente en el abandono del consumo, en el conseguir afrontar las situaciones de riesgo positivamente, de conseguir evolucionar en su vida. La competencia surge en la edad escolar, no observándose diferencias entre ambos grupos, lo que nos hace pensar que tal vez éste sea un periodo más estable en ambos grupos. Podríamos plantear que la conducta de consumo del grupo de consumidores podría verse más influida por las tres crisis previas (que tienen lugar durante el período infantil).

La fidelidad surge en la adolescencia. Supone un sentimiento de acuerdo y continuidad entre lo que ha sido su niñez y las oportunidades de roles que se le ofrecen. Implica un compromiso frente a los demás en diferentes áreas, y frente a sí mismo. Esta fuerza del ego es la que permite resolver de forma positiva la crisis de identidad versus confusión de identidad. De nuevo volvemos a obtener diferencias significativas en dirección del grupo control. Realmente los pacientes de UCA están en un momento de crisis, decidiendo cambios importantes e implicándose en ellos poco a poco, por tanto, justo en ese momento, necesitan un tiempo amplio para poder ir resolviendo esta crisis e ir construyendo su nueva identidad como no consumidor y desarrollar una fidelidad hacia esa nueva identidad y lo que le relaciona.

El amor surge de la crisis de intimidad versus aislamiento; es el temor de permanecer separado y no reconocido por el otro lo que produce el aislamiento.

El amor surge de la intimidad y se ve reflejado en compromisos hacia otros, y a las cosas que a uno le gusta hacer. Como hemos visto en las escalas de identidad, el grupo UCA explora en diferentes ámbitos (laboral y de relaciones) pero no se obtenían resultados significativos respecto al compromiso. Por otro lado, en el momento de dejar el consumo, y en muchos casos también

cuando están en activo consumiendo, hay una sensación de aislamiento respecto a la familia y amigos que dificulta el poder no sólo comprometerse sino también crear una situación de intimidad. Muchos de ellos están separados de las parejas, por lo que también lo están mucho tiempo de los niños aunque les vean puntualmente. Durante largo tiempo han funcionado en la red social mediante pseudocompromisos más que por compromisos reales. Reconocen cierta superficialidad en estos vínculos. Es difícil establecer una relación íntima si no has establecido/consolidado una identidad.

El cuidado surge muy relacionado con la generatividad, incluyendo el cuidado y dedicación a otras personas, con un compromiso en esa dirección. Igualmente, como vimos con la fuerza de competencia, no se observan diferencias significativas entre grupos. Parece que el abandonar el consumo permite cuidar y dedicarse de alguna manera a los otros, algo muy limitado durante el tiempo de consumo en que la mayoría de pacientes no pueden casi ni hacerse cargo de su propio cuidado. El poder “ver” al otro y cuidar al otro, implica descentrarse de uno mismo, tarea a ir desarrollando ya que durante el periodo de consumo, es una característica ausente. Un dato importante es que en ambos grupos, casi el 80% de la muestra, vive o bien con su pareja e hijos si los hubiera, o bien con la familia de origen, y tan solo el 20% viven solos. Este hecho, debe influir positivamente en el cuidado, pero siempre teniendo en cuenta que las personas del grupo UCA, están abstinentes, de no ser así, muy probablemente sí habría diferencias entre ambos grupos por lo ya comentado anteriormente.

La sabiduría surge de la crisis de integridad versus desesperanza. La sabiduría permite una preocupación informada y desapegada por la vida misma, frente a la muerte misma. La parte opuesta a la sabiduría supone una reacción ante el sentimiento de un creciente estado de acabamiento, desamparo y confusión.

Estos últimos sentimientos son bien conocidos y reconocidos por estas personas que en momentos determinados se han sentido muy cerca de la muerte tanto física (accidentes, problemas físicos causados por el consumo) como psicológica (“*no puedo más, estoy acabado*” “*esto es el fin*”), pero sin embargo tienen dificultad para integrarlo en su presente. En este sentido, de nuevo volvemos a observar diferencias significativas en esta variable, siendo el grupo control quien presenta mayores puntuaciones en esta crisis pudiendo indicar una mayor integración de su pasado integrar su pasado con el futuro, así como un menor sentimiento de estancamiento ante situaciones intensas vividas. Desde el proceso terapéutico es necesario realizar la labor de integración para conseguir una nueva dirección de vida, de proyecto vital, consistente.

Realmente se observa una diferencia significativa entre un grupo y otro en las Fuerzas del ego en toda su dimensión, lo que nos indica un menor grado de madurez en los sujetos UCA comparándolos con el grupo control. Hemos de tener en cuenta la situación y el momento en que se encuentran los sujetos consumidores para poder entender bien esa diferencia.

La duda que nos surge es si no haber desarrollado las virtudes que deberían, tal y como plantea la obra de Erickson (siendo muy importantes las cuatro primeras), les predispone a iniciar conductas de riesgo, no estando tan protegidos contra ellas (Schwartz et al., 2010) buscando en estas conductas y en lo que les rodea algo de lo que han carecido (afecto, cuidado, atención, etc.) o bien, el no haber resuelto bien las crisis, les coloca en una situación de mayor dificultad para afrontar las crisis en la adultez y de ahí surge la necesidad de consumo como “herramienta de afrontamiento de las crisis” (mayor activación para afrontar el día a día, mayor relajación para desconectar de los conflictos, etc.).

El hecho de que los pacientes estén abstinentes durante algunos meses no implica directamente superar todas las crisis presentes y pendientes, ya que hablamos de un proceso de evolución que supone el desarrollo a lo largo del tiempo y las diferentes situaciones de afrontamiento. Tampoco podemos olvidar, el hecho de que las personas que forman el grupo UCA, presentan mayor sintomatología clínica (fundamentalmente ansiedad y sintomatología de depresión), y características de personalidad que pueden estar dificultando la superación de las crisis (locus de control externo) (Kroger y Marcia, 2011; Zacarés, 2009), y relacionándolo con los estatus de Marcia, el estar situados en su mayoría en moratoria también implica no resolución de las crisis.

Y por último, son los pacientes del grupo control los que presentan mayor nivel de **Conductas generativas** respecto al grupo de consumidores. Todavía encontramos dificultad en estos pacientes, en su capacidad para dedicarse a los demás, habiendo estado mucho tiempo dedicándose a ellos y a sus necesidades, no teniendo en cuenta las del resto en la mayoría de ocasiones y presentando en la mayoría de ocasiones dificultad para “ver al otro y sus necesidades”, un aspecto que perdura tiempo a pesar de abandonar el consumo de la sustancia. Este resultado guarda relación con la fuerza del ego de cuidado, en la que sin embargo no observábamos diferencias significativas.

Esta diferencia puede ser debida a que la actitud de cuidado en las crisis de Erickson se evalúa sobre la idea, la sensación, que uno tiene de su propia actitud en el momento presente, y en el cuestionario de conductas generativas, sin embargo, se evalúa sobre conductas concretas y reales llevadas a cabo en esta dirección en los últimos meses. Esta diferencia permite reflexionar sobre cómo, realmente, los pacientes del grupo UCA tienen una imagen de sí mismos como cuidadores y

dados a los demás, mayor de lo que según los resultados en el segundo cuestionario podemos observar. Esta discrepancia sería de gran utilidad a nivel clínico para poder seguir el desarrollo de esta capacidad de una manera eficaz y duradera. Una cosa es la idea que uno tiene de sí mismo, y otra, como uno realmente es y cuál es su funcionamiento. Podemos ver como esta diferencia existe en otros ámbitos, por ejemplo, la percepción del dinero gastado, del tiempo invertido en el consumo, etc. generalmente, menor de lo que realmente es.

El aumentar la conciencia de esta diferencia entre percepción y realidad permite activar la discrepancia, elemento básico en la motivación al cambio (Miller y Rollnick, 1999). Relacionamos este resultado con lo estudiado por Kroger y Marcia (2011) acerca del razonamiento moral y la capacidad de introspección, diferenciando tres niveles, estando las personas situadas en difusión, en un nivel de poca capacidad de introspección y poco razonamiento moral. Este bajo nivel de razonamiento moral es el que permitiría tener una sensación de mayor generosidad, benevolencia, hacia el otro de lo que realmente es. El paciente consumidor necesita de alguna manera tener esta sensación para sostenerse a este nivel, sobre todo al principio del tratamiento. Conforme va consiguiendo logros, va pudiendo ver la realidad de su situación.

Concluyendo acerca de este apartado, podemos observar un nivel mayor de madurez en el grupo control que en el grupo UCA, habiendo desarrollado mayor número de virtudes y capacidades.

En este sentido, es importante tener en cuenta la influencia mutua de dichas variables, y como el mero hecho de situarse en niveles inferiores a nivel de psicopatología, locus de control interno, bienestar psicológico, puede dificultar el desarrollo de una identidad saludable y superación de las crisis vitales. Lo que nos preguntamos en este punto es si, este mayor nivel de madurez es el que protege a las personas del consumo, o bien, si es el hecho de no haber sido consumidores, lo que les ha permitido conseguir ese nivel de madurez.

En el siguiente apartado, veremos como, conforme los pacientes evolucionan en su estado de abstinencia y en las variables relacionadas, también lo hacen en cuanto a la maduración en identidad, lo que de alguna manera confirma de nuevo la influencia mutua entre diferentes variables y la identidad.

Como decíamos al principio del capítulo, se confirman prácticamente todas las hipótesis referentes a este apartado.

No se confirma el hecho de que el grupo control sea más explorador que el grupo UCA, más bien se produce al revés, variable fundamental en la evolución mencionada en el párrafo anterior.

Un aspecto sobre el que reflexionamos tras los resultados y como importante para poder entenderlos aún más, es el de la impulsividad. En el día a día de la consulta clínica, a través de las entrevistas, vemos como una gran parte de los pacientes presentan un nivel de madurez general bajo, con dificultades para pensar y razonar sobre lo ocurrido; hay un alto nivel de impulsividad (Fernández Serrano y cols. 2012), y están más acostumbrados a actuar que a reflexionar. Sin embargo, esta capacidad, muchos la pueden desarrollar, lo que nos hace pensar en la posibilidad de desarrollar también las crisis pendientes propuestas por Erikson, pero con ayuda terapéutica, difícilmente por sí mismos, y esto marca una gran diferencia respecto el grupo control, y nos hace pensar en qué ocurre con los pacientes que no acuden a tratamiento y sus crisis.

Y también mencionamos la autoeficacia, variable desarrollada más adelante a nivel de resultados, pero importante aquí además. Veremos como ésta aumenta conforme el paciente pasa más tiempo en abstinencia, y hemos visto como en las crisis de Erikson marcan una diferencia respecto el grupo control (esperanza, voluntad, propósito).

A nivel de praxis profesional, es importante tener estos aspectos en cuenta pudiendo incidir en estas habilidades y capacidades a la vez que se va trabajando la abstinencia durante la psicoterapia. Conforme el paciente consiga mayor madurez, también conseguirá mayor compromiso con la abstinencia y el desarrollo de las capacidades necesarias para ello, además de mayor compromiso con otras decisiones y mayor consecución de habilidades para la mejora de la satisfacción, bienestar y calidad de vida en general. Todo ello ayudará a desarrollar el proceso de identidad aumentando la capacidad de la persona para adaptarse a su entorno (Marcia, 1989) y a continuar en el proceso de abstinencia durante más tiempo. Si en el proceso terapéutico no se incide en estos procesos, es más fácil conseguir que los pacientes que abandonan el consumo lo hagan de una manera más superficial, sin hacer cambios internos permanentes en el tiempo.

6.1.2. Diferencias entre grupos en función del Nivel de motivación hacia el cambio (Precontemplación-Contemplación-Acción-Mantenimiento)

En esta parte de la discusión nos vamos a centrar en exclusivo en la población de personas dependientes de cocaína que han iniciado tratamiento en la UCA. Se ha tenido en cuenta como variable independiente el nivel de motivación al cambio en el que se encontraban los pacientes cuando se les realizó la entrevista semiestructurada, y como variables dependientes, las comentadas en el apartado anterior, añadiendo las variables de autoconfianza evaluada por el cuestionario CACD y otros datos relativos a la situación de abstinencia.

Tal y como se comentó en el capítulo anterior, se espera poder observar diferencias conforme los pacientes se van acercando más al estadio de mantenimiento, y mayores aún, conforme más tiempo están abstinentes, lo que, de alguna manera, podríamos decir les va “acercando más a un estado más parecido al de un no consumidor” con cambios tanto a nivel externo como interno. Esperamos observar un desarrollo mayor de las crisis de Erikson, del bienestar y de las habilidades evaluadas, conforme los sujetos se acercan a la última etapa del tratamiento.

Recordamos que cuando hablamos de *contemplación* respecto a la abstinencia, queremos decir que a pesar de que ya existe conciencia de tener un problema con su manera de consumir, todavía hay ambivalencia respecto al cambio total y mantenimiento del no consumo. Podemos encontrar en esta fase a personas que o bien aún no han dejado el consumo, o lo han dejado parcialmente; incluso puede haber personas que todavía mantienen la “ilusión del consumo controlado”.

Una persona está en *acción* respecto a un cambio cuando ya ha iniciado ese cambio pero todavía lleva poco tiempo en ello; cuando consigue mantenerse así un tiempo más prolongado decimos que está en *mantenimiento*. Entre ambos estadios, la diferencia no sólo es temporal, también han de producirse cambios a nivel actitudinal respecto a su vida anterior y el consumo de manera concreta, lo que llamamos cambios internos (Miller y Rollnick, 1999). Y una persona está en estadio de *precontemplación* cuando todavía no es consciente del problema que tiene con la sustancia en cuestión, no ve problema alguno relacionado con la conducta, la persona tiene sensación de control de la situación, lo que llamamos una “falsa sensación de control” y por tanto, no se plantea ningún tipo de cambio por no creerlo necesario.

De forma general, veremos como, conforme los pacientes avanzan a través de los estadios, también evolucionan a nivel de identidad, comprometiéndose más y superando las crisis, sobre todo las relacionadas con sentimiento de “capacidad, poder” (esperanza, voluntad y competencia) y compromiso (fidelidad). El compromiso implica una identificación y un sentimiento de seguridad con la opción elegida (Bosma, 1985), lo que se observará fundamentalmente en el estadio de mantenimiento. También veremos una evolución constante hacia un mayor bienestar y desarrollo de capacidades para afrontar cada vez mejor la abstinencia y las situaciones de riesgo. Estos resultados indican el hecho de que los pacientes realizan un cambio a nivel profundo, con procesos elaborados, que no sólo implican el nivel de consumo, que van más allá, que implican una motivación interna, una orientación autónoma como denominaba Luchkys y cols. (2010) y en la que el individuo percibe su conducta como por iniciativa propia y autorregulada.

Ahora pasamos a discutir de forma más concreta los resultados.

Respecto a los factores de las **Escalas de identidad**, observamos diferencias significativas únicamente en el factor de compromiso ideológico, percibiéndose un aumento progresivo, tal y como se predecía en las hipótesis iniciales, desde el estadio de contemplación hasta el de mantenimiento, con diferencias significativas entre ambos estadios, lo que indica que las personas, conforme van aumentando el tiempo de abstinencia, también van adquiriendo mayores compromisos con valores, actitudes y creencias que le sostienen, “cambios a nivel profundo” en su funcionamiento general, en comparación con el momento de contemplación en que todavía estaban ambivalentes respecto a realizar el cambio y con menor sensación de autoeficacia (Weiss, 2003).

Observamos como, conforme los sujetos están más tiempo abstinentes, van buscando activamente más oportunidades que se corresponden con sus valores e intereses personales (Luchkyx y cols. 2010), de no consumidores.

Esto implicaría un aumento en su nivel de madurez ya que supone mayor elaboración y dedicación. Como veremos después, supone un proceso de exploración intenso, antes de realizar ese cambio. Esto es indicativo de que además de no estar consumiendo, están realizando cambios a otros niveles, sin los cuales no podrían mantener la abstinencia a largo plazo, y adelantándonos a los siguientes resultados, también es indicativo de una mayor sensación de poder hacer, de mayor autoeficacia.

Hay personas que piensan que dejar el consumo implica simplemente eso, dejar de consumir y se esfuerzan para ello consiguiéndolo incluso varios meses, pero si la persona no realiza cambios a otros niveles, en sus valores fundamentales, actitudes y creencias, que a su vez repercuten en buenos niveles de autoestima, autoconciencia e integración de la personalidad (Schwartz et al., 2005), no conseguirán salir permanentemente del consumo. Sería interesante poder ver de forma longitudinal a largo plazo, como hipótesis, cómo las personas que son capaces de hacer compromisos a este nivel, consiguen permanecer en abstinencia, frente a los que no hacen este tipo proceso.

Esta manera de funcionar la podemos observar en pacientes que acuden a la UCA por orden judicial como alternativa al ingreso en prisión. En estos casos la motivación para dejar el consumo es totalmente externa. En algunos casos conseguimos encontrar con el tiempo una motivación interna que permite cambios a otros niveles, pero en otros no es así. Observamos en estos últimos, que cuando termina el periodo que el juez ha marcado como obligatorio, muchos de ellos vuelven a consumir, aun habiendo estado incluso años sin consumir.

Sin ser diferencias significativas, observamos mayor puntuación en el estadio de precontemplación que en contemplación, lo cual es lógico, ya que los pacientes que están en el primer estadio y continúan consumiendo, se sienten comprometidos, por lo menos, con su parte de consumo, y los

que están en contemplación, están en un momento de crisis de compromiso por una gran ambivalencia.

Cuando comparábamos el grupo UCA con el control, se obtenían diferencias en los compromisos ocupacional y relacional, no observándose diferencias significativas en estos ámbitos entre los diferentes estadios motivacionales, al contrario de cómo planteábamos en las hipótesis. Esta no diferencia podría ser debida a que un porcentaje alto de pacientes incluidos en la muestra lleva poco tiempo en tratamiento, y muy posiblemente son compromisos que aparecen posteriormente y de alguna manera influidos y favorecidos por el compromiso ideológico que parece ser el primero en instaurarse en este caso.

Ya pudimos estudiar en la parte teórica, como diferentes autores señalaban la naturaleza asincrónica de la formación de la identidad, avanzando de forma personal y a diferentes ritmos en diferentes dominios. Un desarrollo en la identidad más avanzado en un dominio, podría no significar necesariamente un desarrollo igualmente evolucionado en otra área (Grotevant, 1987; Lavoie, 1994).

Sería interesante poder evaluar a estos pacientes pasado más tiempo desde que instauraron la abstinencia para ver la evolución respecto al resto de compromisos, el ocupacional y el relacional.

Tampoco han aparecido diferencias a nivel de exploración. Teniendo en cuenta los resultados del apartado anterior, pensamos que el paciente consumidor explora durante todo el proceso de cambio, en los diferentes estadios, en un alto nivel de intensidad, pero en diferentes direcciones, lo que le permite en unos momentos seguir consumiendo y en otro, dejar de hacerlo (buscar amistades consumidoras en precontemplación versus buscar amistades no consumidoras en mantenimiento, por ejemplo).

Ya veíamos que la persona “consumidora” es más exploradora que la no consumidora. Sería interesante investigar más sobre ello, pudiendo relacionar este aspecto con su personalidad general de base, observándose muy probablemente rasgos del tipo mayor curiosidad, mayor impulsividad (Fernández Serrano y cols. 2012), en la persona consumidora y como predisponerte al consumo frente a una mayor capacidad de control, de reflexión, en el no consumidor.

En cuanto a las escalas de **Bienestar psicológico**, observamos diferencias significativas en las escalas de dominio del ambiente y relación positiva con otros. La variable dominio del ambiente, evoluciona con un patrón en forma de U, siendo mayor en el estadio de precontemplación y en el de mantenimiento, tal y como se predecía en la hipótesis número 5, disminuyendo significativamente en el de contemplación respecto al de mantenimiento y al de acción, y estudiando las características de los pacientes de UCA lo vemos lógico, ya que justamente cuando la

persona está ambivalente y duda sobre qué hacer, tiene un sentido menor de control y dominio que en el resto de momentos de cambio (Chicharro y cols. 2007). Es un momento de mucha inestabilidad, en el que el sujeto se plantea múltiples aspectos tanto pasados, presentes y futuros, que le hacen sentir poca sensación de control sobre lo que le rodea. Sin embargo, el paciente situado en precontemplación, tiene una “falsa sensación de dominio” aunque fuerte como hemos comentado anteriormente, creyendo dominar su adicción, y desde ahí la mayor puntuación respecto a los estadios de acción y mantenimiento (Miller y Rollnick, 1999).

Recordemos que un factor muy relacionado con la variable dominio del ambiente es el locus de control, externo cuando los individuos están en difusión, pero interno conforme van saliendo de esta fase tal y como explicaban Kroger y Marcia (2011) y el aumento de autoestima. También se ve afectado por el hecho de que el sujeto sienta el abandono del consumo como una motivación interna (orientación más autónoma) o externa (orientación contralada o impersonal) tal y como explicaba Schwartz et al.; (2005); la primera es la que implica un mayor sentimiento de dominio del ambiente.

En mantenimiento, como veremos de forma más detallada posteriormente, ya se observa la prevalencia del logro frente al resto de estatus, lo que también se relacionaría con un aumento del locus de control interno y orientación más autónoma, y desde ahí, una mayor sensación de control de sus vidas. El paciente que consigue estar abstinente, y se mantiene en este estado durante tiempo, consigue desarrollar esta sensación positiva y necesaria por otro lado para poder continuar así, durante el mantenimiento a medio y largo plazo, observándose diferencias significativas entre el estadio de acción y mantenimiento en este sentido.

Esta variable también está relacionada con la autoeficacia de manera directa. Veremos más adelante como la autoeficacia tiene una evolución muy similar a la del dominio del ambiente a lo largo de los diferentes estadios en forma de U, como también han observado otros autores (Chicharro y cols. 2007).

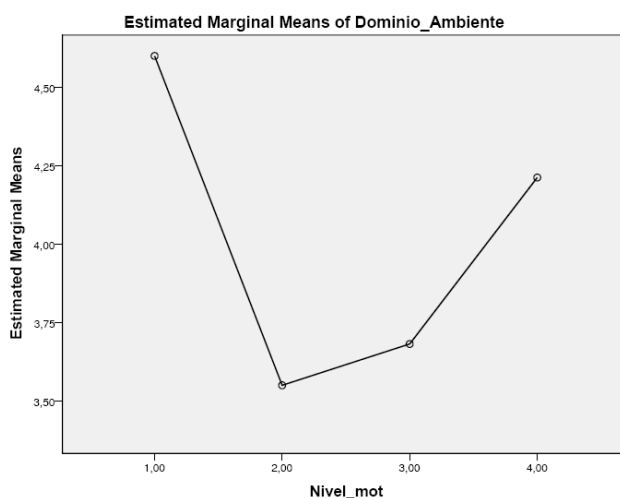


Gráfico 45 Dominio del ambiente-Nivel de motivación al cambio

Centrándonos en la variable relaciones positivas con los otros, también evoluciona con un patrón en forma de U como la anterior, produciéndose diferencias significativas entre los niveles de contemplación y mantenimiento, siendo este último momento en el que los pacientes perciben mayor nivel de relaciones positivas con los demás. De hecho, durante el mantenimiento se supone cierta elaboración de los conflictos familiares, y cierta tranquilidad que permite mayor número de interacciones positivas y menor número de negativas.

También puede estar influenciada por el desarrollo del locus de control interno.

En las hipótesis planteábamos también diferencias entre precontemplación y contemplación, ya que el paciente precontemplador tiene la sensación de no tener problema alguno con la sustancia, teniendo también dificultades en reconocer problemas relacionados con ella, sin embargo no han aparecido, lo que nos indicaría que sí hay una parte de conciencia respecto a cómo se relacionan con los demás, a las dificultades que tienen en ello, estando en activo a nivel de consumo.

Es extraño que no aparezcan diferencias significativas en el resto de factores, sobre todo en baja aceptación y estancamiento en el crecimiento personal, factores en los que esperábamos encontrar diferencias fundamentalmente entre los estadios de contemplación y mantenimiento. Como explicación, pensamos en si estos factores se ven protegidos de alguna manera por el hecho de que los sujetos estén en tratamiento, lo que, les da ya un sentimiento positivo hacia ellos mismos. El que exista la intención de cambio, ya les alivia respecto a ellos mismos.

En las **Fuerzas del ego**, observamos diferencias significativas en esperanza, voluntad, competencia y fidelidad. En las hipótesis iniciales esperábamos encontrar diferencias en todas las fuerzas del ego,

planteando un mayor nivel de madurez conforme los pacientes evolucionaban por los diferentes estadios de cambio.

Las fuerzas de esperanza, voluntad y competencia aumentan progresivamente desde el estadio de contemplación, observándose diferencias significativas entre este estadio y el de mantenimiento, siendo mayor el valor en el último, lo que indica que conforme una persona está más tiempo abstinentes hay mayor creencia en sí mismo de manera general y mayor sensación de dominio de sí mismo y de autocontrol en el consumo, algo que de alguna manera ya comentábamos anteriormente respecto a la variable dominio del ambiente.

Este resultado, a su vez indica mayor desarrollo en otros aspectos personales, lo que a su vez permite que la abstinencia se mantenga a lo largo del tiempo. Si no aparecen estas fuerzas (esperanza, voluntad y competencia), muy posiblemente el individuo recayese en el consumo, tal y como comentábamos arriba sobre la importancia de los compromisos asumidos en la abstinencia, produciéndose una involución no tanto por un proceso de causa-efecto, sino más bien por el nivel de madurez conseguida cuando se desarrollan estas fuerzas. En la escala de voluntad, también se observa cierta tendencia a la significación entre acción y mantenimiento, lo que corrobora lo comentado anteriormente. De nuevo aludimos a la relación de estas variables con la autoeficacia.

La fuerza de fidelidad realiza una forma de U, alcanzando su mayor valor en los estadios de precontemplación y mantenimiento, observándose diferencias significativas entre acción y mantenimiento. Asumiendo por tanto en este momento la crisis de identidad, necesaria para la evolución de la fidelidad tanto hacia los demás como hacia sí mismo (autoconfianza), tal y como explica Erikson (1964; 1968).

Muy probablemente esta forma se deba a que es justo en precontemplación y mantenimiento, el sujeto está tranquilo respecto a su conducta y no siente la necesidad de hacer ningún cambio, en el primer caso porque no se plantea nada, y en el segundo porque ya ha hecho un cambio y ha reducido al máximo la ambivalencia, donde puede desarrollar mayor fidelidad a su conducta y al resto de personas (consumidoras muy probablemente en el primer caso, y no consumidoras, en el segundo), pero sí entra en crisis al pasar del momento de acción al de mantenimiento, sintiendo que el cambio puede ser permanente en el tiempo.

Centrándonos en las **Variables sociodemográficas** en relación con la conducta adictiva, se obtienen diferencias en cuanto al tiempo de tratamiento, siendo significativamente mayor en el nivel de mantenimiento respecto contemplación y acción. Esto indica que no hay un número elevado de pacientes que estén largo tiempo en tratamiento si no abandonan el consumo (abstinentes). Es decir, el que sigue en contemplación sin evolucionar a través de los estadios, generalmente

abandona el tratamiento, a nivel clínico es una pérdida de oportunidad, no habiéndose podido trabajar del todo bien su ambivalencia. Estos pacientes pueden, o bien regresar a la precontemplación y decidir que no están tan mal como abandonar el consumo, o permanecer en contemplación largo tiempo.

Se observa una diferencia significativa respecto a los meses de abstinencia, como es lógico e indicativo de que los sujetos están bien clasificados en los estadios de cambio, llevando más meses sin consumir las personas clasificadas en el estadio de mantenimiento respecto a los que están en precontemplación (quienes no se plantean dejar el consumo y por eso siguen consumiendo), contemplación (quienes todavía no han iniciado la abstinencia) y acción (quienes llevan poco tiempo abstinentes); lo cual indica que el tiempo es un factor importante en el tratamiento. No es solo abandonar el consumo, si no mantenerse en esa decisión.

En cuanto al deseo de abandonar el consumo, hay diferencias entre el estadio de precontemplación y acción, y también con el de mantenimiento. Es el estadio de precontemplación en el que hay menor deseo de parar el consumo por ser aquel en el que el sujeto se siente más libre para consumir, permitiéndoselo y estando conforme y tranquilo con lo que hace. Es esto lo que facilita que no quiera dejarlo. Quien mayor deseo de frenar el consumo tiene es el sujeto que está en mantenimiento, lo que indica que conforme el sujeto evoluciona por las etapas de cambio, va consolidando su decisión de no consumir cada vez más.

En la capacidad para parar se observa una diferencia significativa entre contemplación y mantenimiento, siendo la persona ambivalente, la que está en contemplación, la que más insegura se siente (Prochaska y cols. 1991) de todos los estadios respecto a su capacidad para parar el consumo. Sería lógico observar en este sentido una línea ascendente de capacidad desde el momento en que uno decide abandonar el consumo (acción), hasta que ya consigue mantener un tiempo de abstinencia, ya que la persona, en ese proceso va desarrollando estrategias que aumentan esa capacidad y la creencia en él mismo. Sin embargo sólo es significativa la diferencia entre el estadio de contemplación y mantenimiento, debido muy posiblemente a que es justamente en mantenimiento cuando con mayor fuerza el paciente desarrolla dichas estrategias que aumentan la sensación de capacidad de dejar de consumir. Éste es el estadio en que se van consolidando e integrando todas las decisiones tomadas, y las habilidades desarrolladas, con los cambios mantenidos a medio plazo (Prochaska y cols. 1991).

Marlat y Gordon (1985) relacionaban una elevada capacidad para parar, es decir, una fuerte sensación de autoeficacia, con la adquisición de estrategias de afrontamiento a situaciones de alto riesgo de consumo eficaces, siendo entonces mayor la percepción de autocontrol que el sujeto tiene sobre sí mismo.

Relacionado con la capacidad para parar, se observan diferencias significativas en cuanto a las ganas de consumir entre los mismos estadios pero en sentido inverso, lo que nos indica que éstas van disminuyendo conforme uno va estando más seguro de su decisión de abandonar el consumo. Las ganas parecen estar más relacionadas con la seguridad en la decisión que con el tiempo que uno está abstinerse, porque si no, también habría diferencias significativas entre los estadios de acción y mantenimiento.

DiClemente (1986) explicaba que siguiendo el modelo de estadios de cambio se observaba, que justamente en el estadio de mantenimiento se producía un patrón totalmente inverso al de precontemplación, alcanzando la tentación su nivel mínimo, a la vez que la autoeficacia alcanza su nivel máximo.

Y lo mismo vuelve a suceder en cuanto a las ganas de abandonar el consumo, siendo significativamente mayores las ganas de abandono en el nivel de contemplación respecto al mantenimiento. En este último estadio, uno ya ha abandonado el consumo, por lo que los pacientes ya no sienten esas ganas porque lo han hecho.

Teniendo en cuenta que conforme los pacientes evolucionan a través de los estadios de cambio, también evolucionan a nivel de identidad, disminuyendo la difusión y produciéndose un mayor acercamiento hacia el logro y por tanto aumentando la autoestima, locus de control interno y disminuyendo ansiedad (Kroger y Marcia, 2011) y depresión (Zacarés, 2009), también se observa como van aumentando la seguridad global en sí mismos, lo que parece que a su vez influye de forma directa en las variables anteriormente comentadas.

Por tanto, el deseo de abandonar el consumo, el sentimiento de capacidad para parar, y la disminución de ganas de consumir, van evolucionando conforme el individuo también va pudiendo resolver su estado de difusión.

Por otro lado, se observa que la insatisfacción general va disminuyendo conforme avanzan a través de los diferentes estadios, lo cual indica que realmente la abstinencia junto con el resto de cambios que van realizando en su día a día, y que ya hemos comentado anteriormente, les ayuda a sentirse

mejor consigo mismos y con los demás. Es entre los estadios de acción y mantenimiento entre los que se observa mayor cambio, siendo éste significativo, pero no lo es respecto a la contemplación. La satisfacción empieza a ser significativamente mayor cuando uno hace el cambio y pasa a la acción mantenida como plantea Meeus (1999).

Por tanto, continuando con el bienestar de los pacientes y centrándonos específicamente en los resultados obtenidos en cuanto a **Autoconfianza** en la abstinencia evaluada mediante el cuestionario de autoconfianza en el consumo de drogas, se obtienen diferencias significativas en los factores siguientes: emociones placenteras, tentación de consumo y emociones displacenteras, como variables que implican situaciones personales o intrapersonales, y presión social, tiempo placentero y conflicto con otros como variables que implican situaciones interpersonales. Por último, también se obtienen diferencias significativas en dos de los tres factores generales, el de situaciones positivas, y el de situaciones negativas, no así, en el de situaciones de tentación.

En todas las variables, observamos una diferencia significativa entre los niveles de contemplación y mantenimiento fundamentalmente tal y como se predecía en las hipótesis iniciales.

Recordamos la definición que el propio Bandura da de la autoeficacia: *“la confianza que una persona tiene en su capacidad para comportarse de una cierta manera para lograr una meta, influyendo en el rendimiento a través de sus efectos sobre el desarrollo cognitivo, afectivo, o en los procesos de motivación que intervienen”* (Bandura, 1989. p. 731).

Las personas al dejar de consumir se van sintiendo más capaces de no hacerlo en la mayoría de situaciones exploradas cuando ya llevan un tiempo más o menos largo abstinentes (mantenimiento), respecto a la etapa en que todavía están ambivalentes y no han terminado de decidir si quieren o no hacer el cambio.

Para poder desarrollar la confianza de la que Bandura habla, los pacientes han de tomar una decisión respecto a la abstinencia, y es por esto que en el estadio de contemplación es en el que los pacientes se sienten con menor confianza para no consumir, ya que no existe decisión tomada aún; esto a su vez puede influir negativamente en la decisión definitiva de abandonar o no el consumo. Es durante la ambivalencia donde se producen mayores niveles de ansiedad, que a su vez producen mayor *craving* y menor sensación de autoeficacia (Weiss, 2003).

Siguiendo parafraseando a Bandura, él sostiene que el pensamiento autorreferencial constituye un mediador de primer orden entre el conocimiento y la acción, y es por ello que el individuo no siempre actúa de forma óptima aunque conozca con exactitud cuál es la conducta más correcta a desarrollar (Bandura, 1986) y esto es lo que ocurre en el caso del consumo de sustancias adictivas, la

persona puede tener claro que lo mejor para él es no consumir, y sin embargo, seguir haciéndolo. La gran mayoría de los pacientes conocen los efectos negativos del consumo y muchos son ya conscientes de las consecuencias que en ellos mismos está teniendo, sin embargo, mantienen el consumo en parte porque el juicio que el paciente hace sobre su situación, no incluye todavía una evaluación positiva sobre su competencia en el abandono.

Justamente en contemplación es cuando los pacientes se sitúan en difusión, con menores sentimientos positivos en general (menor autoestima, locus de control externo, mayor ansiedad, más inestabilidad anímica, entre otros) y por tanto, también menor autoeficacia. Marlat y Gordon (1985) encontraron una relación positiva entre la percepción de control (locus de control interno) y el nivel de autoeficacia. Y como se comentaba anteriormente, observamos como la autoeficacia va aumentando conforme hay un desarrollo más positivo a nivel de la identidad.

Y en este sentido, también se observa, desde una perspectiva evolutiva, que la presunción de expectativas de resultado y autoeficacia, implican un nivel relativamente alto de funcionamiento cognitivo, es decir, representaciones cognitivas bastante elaboradas del self y del no self, de los medios y de los fines, del conocimiento de metas (Diethelm, 1991).

Aún sin ser significativos los resultados, hay mayor autoconfianza en el estadio de precontemplación que en el de contemplación. Es curioso cómo el paciente que siente que no tiene ningún problema con el consumo, siente que puede ser capaz de no consumir en la mayoría de situaciones evaluadas por el cuestionario de autoconfianza, y justamente ese sentimiento es el que retroalimiente su sensación de que no presenta ningún problema (“puedo abandonarlo cuando quiera”, “yo controlo”). Este es el pensamiento autorreferencial que le da seguridad y autoeficacia en su capacidad para no consumir cuando quiera. Esta es una falsa pero generalmente fuerte sensación de autoeficacia. DiClemente (1986) encontraba, sin embargo, resultados diferentes, siendo en precontemplación muy bajos a nivel de autoeficacia, lo que interpretaba como una mezcla de poca autoeficacia con desinterés por el cambio y tal y como explicaba Miller (1989) y Prochaska y cols. (1999).

Se observa una relación directa entre tiempo de abstinencia y mayor autoeficacia según los resultados generales, a pesar de no ser todos significativos. Vemos como, conforme un paciente puede desarrollar el sentimiento de autoeficacia, también puede pensar que puede superar una situación de consumo y se verá motivado para ello, evolucionando en las etapas de cambio (Barberá, 2002).

Pero una alta autoeficacia no es condición suficiente para una actuación concreta; han de poseerse además las habilidades, los incentivos y los recursos materiales para actuar (López Tordesillas, 2002;

Ilgen 2007), y es por ello que en mantenimiento es cuando la autoeficacia es mayor, ya que en este largo periodo el paciente va terminando de desarrollar las habilidades adquiridas en acción y consolidándolas.

En situaciones negativas, la tendencia de la autoeficacia también va en aumento, tal y como hemos comentado más arriba, pero además se observa tendencia a la significación entre los niveles de acción y mantenimiento, lo que indica que en este tipo de situaciones, aún el paciente necesita más tiempo de abstinencia para poder sentirse capaz para no consumir por ser situaciones más difíciles de soportar sin la sustancia, tras haberlas afrontado en muchas ocasiones bajo sus efectos y haber también mayor necesidad de desarrollo de nuevas habilidades (Ilgen, 2007).

En las hipótesis iniciales predecíamos no encontrar diferencias significativas entre acción y mantenimiento, siendo el sentimiento de capacidad igual en ambos estadios, pero sí entre estos estadios y el resto.

De manera general podemos observar cómo los pacientes van evolucionando en las variables que implican un cambio positivo, conforme avanzan por los estadios de cambio, produciéndose los cambios tanto externos como internos para ello y consiguiendo mayor número de meses de abstinencia. Esto implica un aumento en el nivel de maduración que no solo supone mayores capacidades y mejor bienestar psicológico, sino también, mayor protección contra el consumo futuro, o el introducirse de nuevo en actividades ilegales.

De nuevo nos cuestionamos si es la carencia de estas capacidades lo que les avoca al consumo, o es el consumo, el que impide su desarrollo.

6.2. DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTATUS DE IDENTIDAD

En este apartado nos disponemos a discutir en primer lugar, los resultados relativos a cómo se distribuyen los sujetos en función de su estatus de identidad (Difusión, Cerrazón, Moratoria y Logro) y según su pertenencia al grupo de sujetos de la Unidad de Conductas Adictivas o al grupo control. Posteriormente, discutiremos los resultados dependiendo del momento de cambio en que se encuentran los sujetos del grupo UCA.

6.2.1. Distribución de los Estatus de Identidad atendiendo al dominio y en función del Grupo de pertenencia

Dominio de Identidad Ocupacional

Como ya se comentó en el capítulo del marco experimental, podemos observar, que la mayoría de los sujetos pertenecientes al grupo de Consumidores (UCA) se encuentran en un estatus de Moratoria, estando su distribución por el resto de estatus bastante equilibrada, en comparación con el grupo control, que se sitúa en su mayoría en cerrazón.

Estar en Moratoria significa estar en un proceso evaluativo de exploración con la expectativa de tomar una decisión en un futuro próximo (Marcia, 1993). Por tanto podemos decir que una parte de los sujetos de la UCA, a nivel de identidad ocupacional, están en un estatus activo y maduro (Marcia, 1993; Meeus, 1996).

Recordamos que los sujetos del grupo UCA están en un momento de cambio importante que implica diferentes áreas de su vida en general, lo que supone un momento en el que el sujeto ha de parar, y poner freno, respecto a la dinámica seguida hasta ese momento, y reorientarla hacia otra dirección independiente del consumo, de no ser así, no conseguirá un mantenimiento de la abstinencia. En este sentido vemos cómo una parte importante de este grupo está explorando activamente en la dimensión laboral, pendiente de comprometerse todavía. Esta exploración, desde nuestro punto de vista, es indicativa de una gran capacidad de adaptación a la nueva situación, sobre todo si tenemos en cuenta el momento económico en que se situaba la zona en que hemos recogido los datos de la muestra, un momento de crisis importante por lo que la mayor parte de los pacientes estaban en momento de cambio a nivel laboral, en el que parece hay una parte activa en la búsqueda y no estancamiento en el no buscar.

Este grupo se asemejaría al grupo de investigadores citado por Luckyx y cols (2008), sujetos que están activos explorando activamente alternativas y luchando por tomar decisiones sin llegar a la solución de los problemas que se plantean por el momento.

También es cierto que hay un número importante de pacientes que están sin trabajar, no tanto por el momento de crisis económica, sino por su actitud y dinámica general. Cuando inician tratamiento empiezan a ser conscientes de que esta situación también ha de ir cambiando, esta dependencia hacia los padres o parejas (quienes le mantienen y también su situación de consumo) o la situación de tráfico de drogas (para vivir y consumir), ambas situaciones alternativas a la implicación en una actividad laboral, no le ayuda a abandonar el consumo.

El hecho de que una gran parte de pacientes, no tengan una formación cualificada, también supone una mayor dificultad para establecer un compromiso claro con la actividad laboral actual, ya que en muchos casos no se dedican a una actividad buscada conscientemente por ser una preferencia, sino más bien, es una actividad laboral que surgió y que suponía una forma de conseguir el dinero necesario para poder vivir, es decir, no se plantearon realmente a qué querían dedicar su vida laboral, no exploraron en este sentido, más bien se comprometieron únicamente. Sin embargo, ahora, sí hay una exploración activa, habiendo un porcentaje de sujetos que incluso retoma estudios abandonados hace años.

Ya vimos en los primeros resultados, la capacidad exploratoria en general de esta parte de la muestra; y nos preguntamos si es una conducta en parte desarrollada por el hábito de consumo, ya que éste requiere de una actividad intensa en este sentido, lo que ha podido permitir desarrollar la tolerancia a esta forma de estar. Estar en moratoria implica una lucha para definirse a sí mismo. En este momento los sujetos viven en intenso conflicto y supone hacer cambios respecto a uno mismo lo que supone movimientos respecto al desarrollo de la identidad (Kroger, y Marcia 2011). Es el estadio con menor sentimiento de bienestar (Meeus et al., 1999).

En el grupo control observamos un mayor porcentaje de sujetos en situación de cerrazón, habiendo elegido su orientación ocupacional sin haber explorado demasiado. Estar en cerrazón supone haber elegido una dirección, sin embargo implica cierta fragilidad si existe dificultad a la hora de considerar otras alternativas. Esta posición da seguridad, pero puede limitar la consecución de un mayor bienestar (Kroger y Marcia, 2011).

Podríamos pensar que serían sujetos tutores según la clasificación de Luckyx y cols. (2008), que han asumido compromisos con relativa ausencia de exploración en amplitud, explorando únicamente los compromisos actuales e identificándose en menor medida con ellos que los que los sujetos con dirección.

Hay un porcentaje importante de personas con estudios universitarios y en este sentido, de nuevo volvemos a aludir a la situación de crisis económica, que muy posiblemente obliga a aceptar y mantener una orientación laboral determinada sin poder elegir ni cambiar demasiado a pesar de tener una orientación elegida y pensada con anterioridad. La situación de cerrazón proporciona seguridad como hemos comentado anteriormente.

También se observa un grupo de personas (28,72%) que han conseguido un compromiso tras un periodo de exploración, situándose en el logro, y por tanto, habiendo conseguido un nivel de elección y satisfacción alto en este sentido.

En comparación, el porcentaje de personas del grupo UCA que ha alcanzado el logro es apenas menor (24,35%), lo que indica que la capacidad de exploración y de elección en este grupo y en este ámbito, es alta, por lo menos, en el momento de deshabitación en el que se encuentran.

Serían, según Luckyx y cols (2008), sujetos con dirección, que toman decisiones tras un análisis pormenorizado de las alternativas, identificándose muy probablemente en alto grado con sus compromisos y los exploran en profundidad.

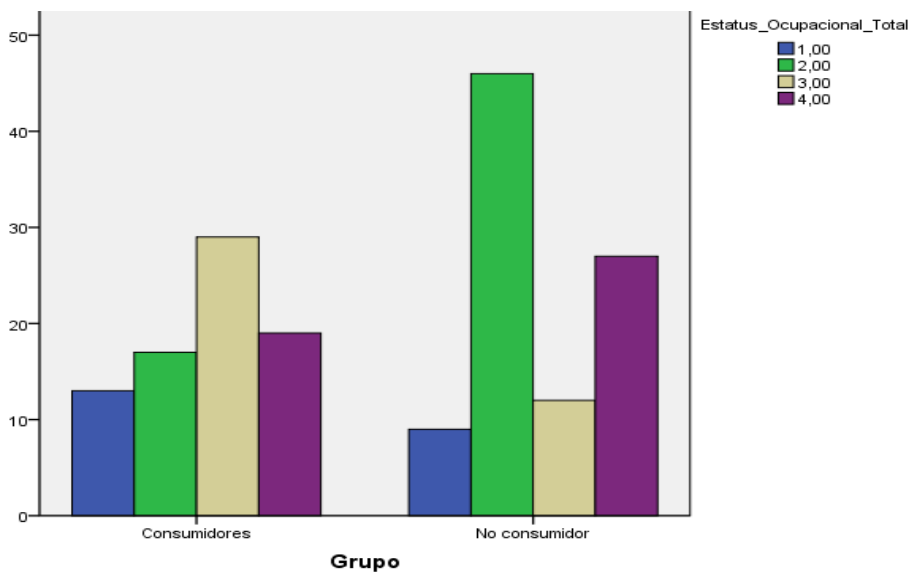


Tabla 36 Distribución Estatus Ocupacional total por grupo

A nivel de la variable **Dominio del ambiente**, observamos que los sujetos en Cerrazón presentan mayores puntuaciones no sólo con los de Moratoria sino también con los de Difusión. Y en la variable de Voluntad, donde los sujetos de Cerrazón presentan mayores puntuaciones, en comparación con los tres estatus. El haber decidido, aunque no se haya producido una exploración importante, da a los sujetos una sensación de mayor dominio del ambiente a nivel ocupacional.

En relación a las variables medidas por el cuestionario de **Fuerzas del ego**, observamos que han aparecido diferencias significativas entre los estatus en todos los factores, con la excepción del factor Cuidado, encontrándose estas diferencias entre el estatus de Cerrazón y el de Moratoria, a favor del primero.

Parece que el hecho de haber podido comprometerse a nivel ocupacional, sin haber incluso presentado un gran nivel exploratorio, permite un mayor desarrollo de estas fuerzas del ego y la evolución a través de ellas, en comparación con los sujetos que todavía están en moratoria, explorando pero no habiéndose podido comprometer.

El poder comprometerse proporciona seguridad y un mayor desarrollo de la identidad y de las variables relacionadas con ella (locus de control interno, autoestima, no psicopatología, etc.). En este sentido, es importante el trabajo terapéutico que se realiza a nivel de terapia ocupacional como sustituto a una actividad laboral cuando ésta no aparece. Este trabajo les permite descubrir nuevas alternativas y nuevas capacidades por su parte, y decidir si quieren comprometerse en ello o no. Se observa en general una gran satisfacción y un aumento de autoestima cuando lo consiguen, aunque hablemos de actividades sencillas (cuidar un huerto, hacer trabajos manuales, cocinar, etc.). Estas actividades se suelen hacer en los Centros de Día y en las Comunidades Terapéuticas.

En la variable Relaciones positivas con los otros, observamos una tendencia diferente, siendo los sujetos que se encuentran en Logro, los que mayores puntuaciones tienen respecto a los de Moratoria. En este sentido esta variable es más exigente que la anterior, ya que implica una labor de exploración y decisión. Aquí no sirve cualquier elección, es importante explorar bien para poder desarrollar una buena relación con los demás, una relación positiva y satisfactoria. Veremos como en el dominio de Identidad Relacional, de nuevo los pacientes UCA se sitúan principalmente en moratoria, en continua exploración pero sin haber decidido. Pensamos que esta situación es la que puede estar influyendo en el hecho de que los resultados en la variable relaciones positivas con los demás, han sido muy bajos, no sintiendo los pacientes haber conseguido todavía establecer una buena relación con los demás (con personas no consumidoras), y de ahí que sigan explorando todavía.

Y por último, los sujetos en Moratoria obtienen las mayores puntuaciones en la variable baja autoaceptación, comparados con los que están en Cerrazón. El no poder comprometerse, el no poder decidir, produce una sensación más bien negativa respecto a la identidad como ya se ha comentado más arriba.

Concluyendo, el hecho de tener trabajo, permite mayor desarrollo en las Fuerzas del ego, permitiendo una mejor sensación de dominio del ambiente, mayor capacidad de relaciones positivas con otros y una mayor aceptación de uno mismo, por el contrario, el no tenerlo, implica una situación de exploración continua con sensación de no dominar la propia situación y menor aceptación de uno mismo.

Esto nos hace pensar la importancia de la integración a nivel ocupacional de los pacientes que están en proceso de deshabitación, todo lo que ello implica a nivel de desarrollo y evolución en otros aspectos fundamentales para una mejora permanente en su estado.

Dominio de Identidad Ideológica

En este caso, se observó que en el grupo UCA, hay un mayor porcentaje de sujetos en los estatus de Moratoria (37,17%) y Difusión (28,2%) tal y como predecíamos al principio, que en el resto de estatus. Comparando este dominio con el Dominio Ocupacional, observamos como disminuye el número de sujetos situados en Logro a favor de la Difusión. Entendemos que este es un dominio más complejo, con mayor nivel de abstracción, lo que ha podido influir en el hecho de que aumente el número de personas del grupo UCA situados en Difusión.

De nuevo aludimos al hecho de que este grupo está en una situación de cambio importante, lo que en teoría debería hacerles replantear muchos aspectos de su vida en general (valores, manera de vivir, relaciones, etc.) y por tanto es positivo ver que sean personas que no han tomado aún ninguna decisión definitiva respecto al aspecto ideológico. Recordemos que la mayor parte de la muestra lleva menos de un año abstinerente, por lo que podría ser precipitado tomar decisiones al respecto de una forma definitiva. Parece más positivo poder continuar valorando diferentes opciones, ir probando, e ir decidiendo en función de ello. Por el contrario, el grupo control está situado mayormente en Cerrazón (39,36%) y Logro (32,9%), habiendo tomado decisiones al respecto.

Obtenemos pues, una distribución muy similar a la que observábamos en el Estatus Ocupacional, mayor decisión y compromiso en el grupo control respecto al grupo de consumidores que continúan explorando en su mayoría.

En cuanto al **Bienestar psicológico**, en el factor dominio del ambiente, son los factores de Cerrazón y Logro los que presentan mayores diferencias respecto a los demás. El haber podido elegir dirección sobre la que ir evolucionando, produce mayor sensación de bienestar que la duda de no poder hacerlo. Esto último es lo que ocurre a las personas que están en estatus de Contemplación, no pudiendo tomar un rumbo respecto al consumo, y como veíamos anteriormente, es el momento de menor bienestar psicológico en el que se sitúan los pacientes (Weiss, 2003). Lo mismo ocurre respecto a las relaciones positivas, mayores cuando uno ha decidido.

En la variable de autonomía se observa que el estatus de Difusión se alinea con los de Cerrazón y Logro, con diferencia del de Moratoria. Podría ser que el estatus de Difusión produzca una falsa sensación de autonomía, como ocurría con los sujetos situados en precontemplación, que tenían una falsa sensación de dominio del ambiente y en este caso volveríamos a hablar de una pseudoautonomía ya que, justamente en Difusión, es el estadio en que el sujeto se siente más estancado, con mayor sensación de incapacidad, poca confianza en el futuro y poco sentimiento autoeficacia (Marcia, 1979; 1980). Con todo ello, es difícil sentirse autónomo de una manera clara. Y relacionado con esta variable también vemos que son los sujetos situados en Moratoria los que presentan menor autoaceptación respecto al resto de estadios. De nuevo el poder decidir (Logro, Cerrazón), o no plantearse nada al respecto (precontemplador en el caso de consumidores), ayuda a aceptarse más a uno mismo, pero no el hecho de no poder decidir (ambivalencia-contemplación en caso de consumidores).

En relación a las variables medidas por el cuestionario de **Fuerzas del ego**, de nuevo observamos que han aparecido diferencias significativas entre los estatus en todos los factores, con la excepción del factor Cuidado. En la mayoría de los factores, las comparaciones a posteriori indicaron que las diferencias se encuentran entre el estatus de Cerrazón y el de Moratoria, a favor del primero, al igual que en el Dominio de Identidad Ocupacional. Los sujetos que se han comprometido, presentan una más clara Identidad Ideológica, teniendo una orientación de vida en cuestión de creencias y valores más estable y congruente en general. Por tanto, parece en este dominio, al igual que en el anterior, que el hecho de haber podido comprometerse a este nivel, aún sin haber presentado un gran nivel exploratorio en la mayor parte de casos del grupo control, está relacionado con un mejor desarrollo de estas fuerzas del ego y la evolución a través de ellas, en comparación con los sujetos que todavía están en moratoria, explorando pero no habiendo podido decidir. Como decíamos en el anterior dominio, el haber podido decidir da seguridad y repercute en el resto de factores relacionados con ella.

En los factores de propósito y competencia, observamos además diferencias significativas respecto al estatus de Difusión, en el que no sólo el sujeto no se ha comprometido, sino que ni siquiera está explorando, por lo que no existe dirección alguna, ni siquiera intentada o pensada, en cuanto a la ideología a seguir. Sería el caso de los pacientes que están todavía muy ambivalentes y por tanto estáticos en cuanto a exploración y compromiso, pacientes que aún no sienten poder moverse en dirección al cambio, continuando con su dinámica anterior de siempre y muy probablemente con poca sensación de autoeficacia hacia ello.

Justamente propósito y competencia son dos factores que indican dirección de forma muy directa, por lo que el estar en Difusión sería el extremo contrario a la resolución de esta situación. Teniendo en cuenta las crisis de Erikson, en propósito se da la de iniciativa versus culpa, y en cuidado la de laboriosidad versus inferioridad, podemos pensar el estado general en que se situarán la mayoría de los sujetos.

Otro resultado importante es el obtenido en el factor de fidelidad, en el que además de la diferencia entre Cerrazón y Moratoria a favor del primero, observamos también diferencia respecto el Logro, siendo de nuevo inferior a Cerrazón. La fidelidad significa un continuo compromiso en la dirección elegida, con una congruencia en ello. Aparentemente, y según los resultados, parece que es más fácil mantener esa congruencia cuando uno elige sin una gran exploración, como un patrón más bien rígido, que cuando uno ha dedicado el tiempo necesario a plantearse la cuestión, explorando de forma intensa antes de tomar esa decisión, de una forma más flexible, y por tanto, permitiéndose ir introduciendo nuevos factores que le hagan replantear la decisión, o dirección de valores, tomada en su momento, sin embargo, pensando en las personas consumidoras no parece que sea así. Da más la sensación, que en el caso de consumidores, les sea más difícil continuar en la línea de una decisión rígida.

Así vemos en las personas consumidoras, cuando deciden abandonar el consumo de forma muy rígida, más bien influidos por factores externos que internos (presión familiar, temas legales, etc.), que en general les es más difícil ser fieles a todo lo que la decisión de abandonar el consumo implica, comparados con los que lo deciden más bien por factores internos (querer dejarlo, querer iniciar una vida diferentes, querer demostrarse a si mismos que pueden hacerlo, etc.).

Y ¿por qué entonces los resultados en cuanto a fidelidad son a favor de Cerrazón en comparación con Logro? Tal vez podríamos hablar de una pseudofidelidad en Cerrazón y de una fidelidad real en Logro.

En resumen, de nuevo vemos como el haber conseguido un compromiso, tras intensa o no intensa exploración, se relaciona de forma positiva con una mejor evolución a nivel de identidad, siendo los sujetos más difusos, aquellos que peor se sienten y que menos evolucionan en este sentido al igual que observábamos en el dominio anterior.

Dominio de Identidad Relacional

En este dominio de identidad, el mayor porcentaje de los sujetos pertenecientes al grupo de consumidores se agrupan en torno a los estatus de Moratoria (37,175%) y Logro (30,76). Por el

contrario, el mayor porcentaje de los sujetos de la muestra control de no consumidores, pertenece al estatus de Cerrazón (56%).

Ya vimos al principio de la discusión, cuando estudiábamos las diferencias generales entre ambos grupos, que el grupo de UCA era el que más exploraba en este dominio y aquí volvemos a observarlo. Y de nuevo volvemos también a observar la misma tendencia que en los dominios anteriores en relación a las variables medidas en relación al cuestionario de **Bienestar psicológico** en las que Cerrazón presenta mayores puntuaciones que Moratoria en la mayor parte de los factores.

En el cuestionario de **Fuerzas del ego**, se han obtenido diferencias significativas entre los estatus de Cerrazón y Moratoria a favor del primero en todos los factores, con la excepción del factor competencia.

Tal y como se vio en los anteriores dominios Ocupacional e Ideológico, el estatus de Cerrazón es el que obtiene mayores puntuaciones, comparado principalmente con el estatus de Moratoria, y con el de Difusión posteriormente.

De nuevo vemos que el hecho de haberse comprometido, permite evolucionar de forma más positiva en los diferentes estadios de las Fuerzas del ego en ambos grupos, sin embargo, interpretamos como positivo el hecho de que en el grupo UCA, la mayoría de pacientes no estén comprometidos todavía, ya que el tiempo que llevan en tratamiento es relativamente bajo como para asumir fuertes compromisos a este nivel, tendencia muy vinculada sin embargo con el consumo, época en la cual los compañeros de esta actividad suponen un compromiso importante y fiel sin haber explorado demasiado en esa relación. Observar una dinámica diferente al estar en tratamiento, indica, un planteamiento diferente en la actualidad. Entendemos la actividad exploratoria en todos los dominios, por parte de los pacientes del grupo UCA como muy importante dado el momento vital en que se sitúan.

Concluyendo, observamos una tendencia muy similar en los tres dominios, Ocupacional, Ideológico y Relacional, en los que los pacientes UCA siguen explorando activamente y sin tomar decisiones casi en ningún factor, lo cual interpretamos como muy positivo dado el momento vital y de intenso cambio en que se sitúan, y los sujetos del grupo control se distribuyen fundamentalmente en cerrazón, y en algunas variables en logro. Por tanto, habiendo podido decidir en cuanto a la dirección que quieren seguir.

El hecho de que se obtengan resultados tan equilibrados en los tres dominios, nos hace pensar en un desarrollo global de la identidad, y en como el desarrollo en un dominio de la identidad más avanzado, podría no significar necesariamente un desarrollo igualmente evolucionado en otra área (Grotevant, 1987; Lavoie, 1994).

6.2.2. Distribución de los Estatus de Identidad atendiendo al dominio y en función del Nivel de motivación al cambio

Pasamos a comentar la relación existente, y su significación, entre los estatus de identidad y los diferentes niveles de motivación por los que pasan los sujetos consumidores desde el momento en que empiezan a plantearse abandonar la adicción hasta que lo consiguen (Contemplación, Acción y Mantenimiento).

Los resultados muestran como sólo es significativa la relación establecida en el dominio Ocupacional entre los estatus de identidad y el nivel de motivación, observándose una diferente configuración en la frecuencia de los estatus, en función del grupo de pertenencia de los sujetos.

Vemos como conforme los sujetos evolucionan a través de los diferentes estadios de cambio, van pasando de un estatus de Moratoria en su mayoría, a un estatus de Logro en el nivel de mantenimiento, consiguiendo pues una evolución progresiva y positiva en este dominio a lo largo de su evolución (y cambios realizados en ella). El hecho de que partan en su mayoría del estatus de Moratoria, implica intensa exploración, para terminar en Logro, consiguiendo un compromiso tras ella. En el ámbito Relacional, sin obtener diferencias significativas, observamos la misma tendencia que en el Ocupacional, prevaleciendo el estatus de Logro en el último estadio de cambio, en el mantenimiento.

Vemos pues, como conforme los pacientes van evolucionando a nivel de no consumo, también lo hacen a nivel de Identidad Ocupacional, y tentativamente, de Identidad Relacional. Conforme los pacientes van desarrollando estrategias y van siendo más capaces de mantener la abstinencia, al mismo tiempo que van sintiéndose más seguros en esta línea, también van tomando decisiones en otros ámbitos con los que finalmente parece que logran comprometerse.

Como comentábamos al principio del capítulo anterior, en las hipótesis, parece que el abandono del consumo, permite una evolución a través de los estadios de identidad, similar a la de los no consumidores cuando se realiza un trabajo a nivel interno de cuestionamiento y toma de nuevas decisiones, pudiéndose comprometer en muchos casos a nivel ocupacional, y podríamos decir que casi comprometerse a nivel relacional.

En ambos ámbitos, en el nivel de acción vemos que hay un mayor número de personas en Moratoria, no habiéndose comprometido todavía ni a nivel ocupacional ni relacional, pero sí estando explorando nuevas alternativas y pensando sobre ellas, lo que muy posiblemente influye de forma positiva en la evolución hacia el mantenimiento pudiendo ya decidir y comprometerse, por lo menos en el ámbito ocupacional, y casi haciéndolo en el relacional, lo que influirá directamente en el mantenimiento a largo plazo de la abstinencia.

Vemos como, conforme los pacientes evolucionan en su no consumo, a nivel interno y externo (Schwartz et al., 2005), van pudiendo ir aclarándose en otros aspectos a su vez directamente relacionados con el primero, y comprometiéndose en ellos al igual que antes estaban comprometidos con el consumo y todo lo relacionado con ello.

En el dominio Ideológico, esta tendencia no se observa. En el estado de mantenimiento, los sujetos siguen distribuyéndose en los estatus de Moratoria, apareciendo más ahora en Cerrazón (y no en Logro, como en los anteriores dominios), lo que indica que en este dominio, no hay una evolución tan positiva como en los dos anteriores.

En cierto modo es comprensible, y aludimos de nuevo al tiempo máximo que los pacientes de la muestra llevan sin consumir, posiblemente no tanto como para haber podido explorar de forma productiva nuevas orientaciones de vida, nuevos valores, nuevas ideologías, y haber podido comprometerse de manera firme. Posiblemente para ello sea necesario más tiempo, pero es importante ver que sí hay una tendencia a la evolución también en este dominio a pesar de no situarse en Logro los pacientes, pero sí, situarse en Cerrazón, lo que significa mayor evolución que Difusión y Moratoria.

6.3. ANÁLISIS DISCRIMINANTE

6.3.1. Análisis discriminante para el Grupo de pertenencia (UCA/Control)

Con el objetivo de determinar la eficacia discriminatoria de las variables que estamos manejando en nuestra investigación, hemos realizado el análisis discriminante obteniéndose como variables significativas y que diferencian un grupo de otro la baja autoaceptación, el nivel de estudios, el dominio del ambiente, la competencia, la exploración relacional, la exploración ideológica y el sexo. Este es el grupo de variables que más discriminan el grupo UCA del grupo control en un 89,5% de los sujetos de la muestra.

Los sujetos de la UCA puntuarían más en las variables de baja autoaceptación, exploración relacional y sentido de competencia, y los sujetos pertenecientes al grupo control en sexo (mujer), estudios (nivel educativo superior), dominio del ambiente y exploración ideológica.

El grupo de consumidores, observamos que se caracteriza y es discriminado por presentar altos valores en baja autoaceptación, en la exploración relacional y el sentido de competencia. Por tanto, este sería el perfil típico de esta función en pacientes consumidores de cocaína, una persona que se acepta poco, que busca establecer relaciones con otras personas y se siente competente en ese momento.

El grupo control, es definido y diferenciado del de consumidores, cuando las puntuaciones en las variables estudios, dominio del ambiente y exploración ideológica son mayores, y a nivel de sexo indican mayormente sexo femenino, siendo éste el perfil típico del paciente no consumidor: una persona de sexo femenino, con nivel alto de estudios, con sensación buen dominio del ambiente y que busca o está interesado en valorar nuevos aspectos de su ideología.

Estos resultados indican de manera general, que la baja autoaceptación, la competencia y la exploración relacional son variables más presentes en el grupo de consumidores de la UCA y son resultados ya comentados de alguna manera en espacios anteriores del presente trabajo. Lo importante aquí es su función discriminatoria entre grupos.

Entendemos que el sentido de competencia, hace referencia a lo competentes que los pacientes se sienten por el hecho de haber acudido a la UCA en busca de tratamiento y en su cumplimiento, e incluso, el paciente precontemplador con un sentimiento de “pseudocompetencia” respecto al control que siente que tiene en su consumo, algo que quedará más claro en los siguientes discriminantes, que describen a este grupo por su mayor sensación de dominio del ambiente.

Podemos deducir que el sentimiento de poca aceptación hace referencia a lo conseguido en sus vidas o a la situación actual en que se encuentran por la trayectoria vital seguida, y el sentimiento de competencia, haría referencia a la seguridad que sienten respecto a sus propias habilidades para conseguir objetivos que se propongan, entre ellos, muy probablemente el abandonar el consumo.

Los usuarios de la UCA, son personas que en el momento en que acuden a solicitar tratamiento han tomado conciencia de la realidad en que viven y es justamente esa conciencia y el malestar percibido lo que les empuja hacia el cambio en la dirección de la abstinencia. En esos momentos ya van pudiendo integrar la idea de que si no frenan el consumo no podrán conseguir otros objetivos propuestos en sus vidas. Para estos usuarios, el tema de la competencia es relevante, asociado a su capacidad de seguir el tratamiento y abandonar el consumo. Para los usuarios del grupo control, no es una variable tan relevante.

Según el modelo propuesto por Erikson (1964), la competencia se desarrolla en el periodo de edad escolar, a partir del uso de habilidades, capacidades y la inteligencia a la hora de llevar a cabo tareas. Muchas de las personas consumidoras han presentado fracaso escolar, motivo por el que no han continuado estudiando (la mayor parte de la muestra tiene estudios básicos). Por otro lado, la competencia supone el haber adquirido un conjunto de virtudes en la niñez que preparan al niño para los futuros roles y responsabilidades de la adultez. Comparando ambos grupos, se observaban diferencias significativas respecto a las fuerzas de esperanza y voluntad, correspondientes a las etapas de infancia y niñez temprana respectivamente, siendo el grupo control quien presentaba mayores puntuaciones en ambas.

Con esto queremos remarcar el hecho de que cuando hablamos de competencia en el Discriminante, pensamos que los resultados hacen referencia a la competencia en el tratamiento, pero no a la competencia en general, que como ya observamos en el apartado de diferencias entre grupo UCA y grupo control, la diferencia era a favor del grupo control.

Sí parece que se sienten capaces de explorar a nivel relacional, aspecto que podría estar influido por el hecho de que la gran mayoría han mantenido un grupo de amigos, aunque fuese dentro del mundo del consumo, con los que han compartido el hábito y en algunos casos otro tipo de conductas, y que le ha permitido desarrollar habilidades de relación.

Los sujetos del grupo UCA están en un momento en el que tienen claro que han de iniciar un cambio en este aspecto, abandonando sus antiguas amistades e iniciando nuevas relaciones para poder de esta manera mantener la abstinencia a medio y largo plazo, por lo que la actitud hacia ello suele ser positiva.

Podría ocurrir que en este sentido, el grupo control esté más satisfecho con su situación relacional y probablemente presente también mayor estabilidad, y por ello no explore, o no necesite explorar en este sentido.

Por el contrario los sujetos del grupo control se relacionan más con la variable dominio del ambiente, lo que implica sentimiento de capacidad y autoeficacia en su vida. Lo que les permite estar más satisfechos respecto a sí mismos.

El hecho de que este grupo realice una exploración más activa a nivel ideológico, saturando más en esta variable, también puede influir en dicha satisfacción general, permitiendo que surjan diferentes objetivos por los que motivarse en el día a día, a partir de una evolución personal en valores y creencias.

El sentimiento de autoeficacia mayor respecto a las personas consumidoras, les permite creer en sus habilidades para ir consiguiendo esos objetivos, y esto a su vez repercute en un bienestar general.

Son personas con mayor nivel de estudios en general, lo que también es muy probable les ayude a un mayor nivel en las capacidades y habilidades comentadas anteriormente.

Y también hay una mayor presencia de mujeres en la muestra control, mientras que son más varones los que forman parte de la unidad de consumidores.

6.3.2. Análisis discriminante en función del Nivel de motivación al cambio

Las variables que discriminan entre los tres grupos de nivel de motivación son tres, número de meses abstinentes, el deseo de abandonar el consumo y el sentimiento de dominio del ambiente, como factor de bienestar, discriminando correctamente al 64,1% de los pacientes de la UCA.

La primera función discrimina sobre todo al grupo de mantenimiento respecto los otros tres, sobre todo con el grupo de contempladores. Están en el grupo de mantenimiento los sujetos que más meses de abstinencia han conseguido, y en el grupo de contemplación los que no han conseguido ningún tiempo de abstinencia. Además los sujetos del grupo de mantenimiento presentarían también puntuaciones más altas en la variable dominio del ambiente y deseo de abandono del consumo (entendemos deseo de seguir sin consumir), mientras que las puntuaciones en esta variable serían menores, sobre todo en el grupo de contempladores, quienes están ambivalentes por lo que no pueden sentir ese deseo de forma clara, si no, se situarían en acción.

La segunda función discrimina entre los grupos de precontemplación y el de acción, saturando en las variables dominio del ambiente (con saturación negativa) característico de los precontempladores y el deseo de abandono del paciente situado en acción. Los sujetos pertenecientes al grupo de acción presentarían pues puntuaciones más altas de deseo de abandono, meses de abstinencia pero menor sensación de dominio del ambiente comparándolos con los precontempladores, quienes al contrario, tendrían bajas puntuaciones de deseo de abandonar el consumo, meses de abstinencia pero una alta percepción de dominio del ambiente, lo que en otros apartados hemos mencionado como “falsa sensación de dominio, o pseudodominio del ambiente”.

La tercera función apenas discrimina entre los cuatro grupos, por lo que nos centramos en las dos ya comentadas.

6.3.3. Análisis discriminante en función del Nivel de motivación al cambio controlando el tiempo de abstinencia

Las variables que discriminan entre los tres grupos de nivel de motivación, una vez que dejamos de tener en cuenta el tiempo de abstinencia, son tres, la voluntad, el deseo de abandonar el consumo y la satisfacción, discriminando correctamente al 46,2% de los pacientes de la UCA.

La primera función define principalmente al grupo de mantenimiento y al contemplador, mediante las variables de voluntad y satisfacción. El grupo de Mantenimiento presentaría una alta voluntad y baja satisfacción. El contemplador, por el contrario, presentaría puntuaciones bajas en la variable voluntad pero altas en la percepción de satisfacción.

Respecto a la voluntad, es justamente una de las capacidades más importantes de todas las que permiten a una persona dejar el consumo. La voluntad de no consumir es lo que permite abandonar el estadio de contemplación y pasar al de acción y permanecer en mantenimiento, y esto es lo que observamos en los resultados obtenidos en la función discriminante. Observamos también una baja satisfacción, relacionada posiblemente con el hecho de no haber conseguido todavía un número de meses de abstinencia suficiente como para sentir que el problema está solventado.

La voluntad se desarrolla en la etapa de niñez temprana (Erikson, 1964) e implica la capacidad de reflexionar sobre lo que uno elige libremente, así como la demostración del dominio de sí mismo y el autocontrol. El mantenimiento del consumo cuando una persona ha desarrollado una dependencia, nunca se elige libremente, y supone una falta de dominio de uno mismo y de autocontrol. Aspectos totalmente contrarios a la definición de voluntad. Sí se elige libremente el dejar de consumir; de no ser así, como se ha comentado en el primer apartado de la discusión, la persona volverá a retomar la adicción de manera continuada.

El paciente contemplador está satisfecho, por el hecho de estar aumentando su conciencia sobre el problema, pero no presenta altas puntuaciones en voluntad por no poder estar muy motivado a introducir ningún cambio respecto a su hábito de consumo, debido a que en ese momento, no tiene claro qué quiere hacer ni qué camino seguir.

La función dos discrimina ante todo al grupo de acción respecto al precontemplador que se caracterizaría por presentar bajas puntuaciones en deseo de abandono, en satisfacción y altas en voluntad. El bajo deseo se debe a que no siente que tenga ningún problema con el consumo, por lo que puede consumir cuando quiere sin sentirse mal por ello y a la vez siente que controla este aspecto. Las bajas puntuaciones en satisfacción serían debidas muy probablemente a que, a pesar de

no ser conscientes de la problemática de consumo, sí lo son de los efectos colaterales de ello (discusiones familiares, problemas económicos, sensación de falta de disfrute por las actividades que no son el consumo, etc.) y sufren su vivencia. La alta voluntad se deberá a la falsa sensación de control y de dirigir su consumo en este sentido, percibiendo el consumo como voluntario sin contemplar la posibilidad de presentar un problema de adicción (no voluntario, sino más bien incontrolado).

El grupo de sujetos pertenecientes al grupo de acción, se caracterizan como ya vimos por altas puntuaciones en deseo de abandono por el hecho de no querer consumir ni seguir en esa dinámica, satisfacción por estar abandonando el consumo y sentir que tienen clara esa decisión, observando la evolución en esa dirección, pero con una percepción más baja de voluntad. Esta percepción acerca de la voluntad estará relacionada con el hecho de que cuando un sujeto está en acción, el tiempo que lleva abstinerente es relativamente corto, lo que implica una baja demostración del dominio de sí mismo y del autocontrol todavía, lo que implica sensación de poca voluntad en ese momento. Esta sensación irá evolucionando en positivo cuando entren en el estadio de mantenimiento.

La tercera función apenas discrimina entre los cuatro grupos, por lo que nos centramos en las dos ya comentadas.

7. CONCLUSIONES

Respecto a la diferencia entre el grupo de consumidores y el grupo control

1. Predominan los estatus de exploración en el grupo de pacientes de la UCA, y de compromiso en el grupo control, observándose una tendencia al compromiso Ideológico por parte del grupo de consumidores cuando ya se ha abandonado por completo el consumo.

Continuando con los estatus de identidad, se observa mayor predominio del cuestionamiento y de la investigación en los dos primeros estadios del cambio, precontemplación y contemplación, que de la confianza en uno mismo, en el futuro y una imagen positiva de sí mismos, fundamentalmente que tiende a aparecer en los estadios siguientes.

Vemos como el grupo UCA está en un momento de intensa exploración, pero sin asumir compromisos por el momento, lo que interpretamos como un cambio importante respecto a la manera de funcionar de la población toxicodependiente, más bien, tendente a comprometerse sin explorar realmente aquello en lo que se comprometerían. Supone un cambio a nivel de control del impulso de involucrarse en nuevos cambios, siendo capaz de darse tiempo para contemplar alternativas, pros y contras y poder decidir de forma consciente sobre aquello que quieren.

2. No se confirma nuestra hipótesis de que en el grupo de consumidores habría mayor tendencia a la Difusión, situándose mayormente en Moratoria, considerado por nuestra parte un estadio más avanzado.

Es posible que el hecho de que las personas hayan iniciado ya un tratamiento **sea un factor influyente en este sentido.**

3. Los pacientes UCA presentan menor sensación de bienestar psicológico en general, teniendo menor impresión de dominar el ambiente, menor sensación de relaciones positivas con los demás y de autonomía, presentando además mayor sensación de estancamiento.

Paradójicamente, justo el dominio del ambiente, la búsqueda de buenas relaciones con los demás y la autoaceptación son aspectos que muchas de las personas buscan cuando se inician en el consumo de las drogas.

Nos planteamos únicamente como una nueva hipótesis explicativa que surge de estos resultados, si este bajo bienestar psicológico, influye de forma directa en la dificultad para

comprometerse por el momento (en la situación actual) como se ha comentado anteriormente con el consumo.

4. El grupo control presenta mayor desarrollo de las Fuerzas del ego; mayor resolución positiva de las crisis evolutivas y por tanto mayor madurez personal. Pero también observamos mayor desarrollo en este sentido en el grupo UCA conforme más tiempo abstinentes y en tratamiento pasan.

Respecto a la diferencia dentro del grupo de consumidores en función del Nivel de motivación al cambio

5. Es en el estadio de mantenimiento, dentro de los niveles de motivación para el cambio, en el que se observan mayores cambios de forma general en relación a la identidad a nivel Ideológico, y mayor desarrollo de las Fuerzas del ego, lo que implica un cambio global a nivel de vida que a su vez ayuda al mantenimiento de la abstinencia
El compromiso Ideológico aumenta conforme los pacientes van evolucionando por las etapas de cambio, sin embargo no se ven diferencias en este sentido en los otros dos ámbitos, Ocupacional y Relacional.
6. Se observa sin embargo, mayor Bienestar psicológico en el estadio de precontemplación, posiblemente debido a la sensación de “pseudocontrol” por parte de los sujetos que están en consumo activo y sin conciencia de enfermedad.
7. En cuanto a los factores que evalúan capacidad y competencia, y por lo tanto, confianza en uno mismo, se observa un aumento significativo en el nivel de mantenimiento respecto al de contemplación en la mayoría de subescalas. El tiempo de abstinencia, implica un mayor desarrollo de la fuerza y capacidad para no consumir y de satisfacción al respecto, pero también, y como fundamental, la resolución de la ambivalencia, lo que implica tener claro qué es lo que uno quiere hacer y conseguir.
8. El número de meses que una persona está abstinentes tiene una relación directa con la capacidad de frenar el consumo, lo que implica un desarrollo de habilidades y estrategias de protección respecto al consumo durante ese tiempo de abstinencia y tratamiento.
9. Se observa un equilibrio en el desarrollo de la autoconfianza en el no consumo respecto a situaciones positivas y negativas, mostrando una percepción similar respecto a la dificultad de afrontamiento de ambos tipos de situaciones por parte de las personas que abandonan el consumo.

10. Existe cierta discrepancia entre la percepción que el sujeto consumidor tiene de sí mismo y la forma real de su funcionamiento respecto a cómo se comportan con los demás, observándose en general una autopercepción más positiva, más dada a los demás. Lo consideramos elemento importante tanto para el trabajo clínico como para activar elementos que motiven al cambio en dirección de mantenimiento de la abstinencia.
11. Conforme los pacientes evolucionan a través de los estadios de cambio, van evolucionando en cuanto a autoestima, ansiedad, depresión y locus de control interno, madurando a su vez a en los niveles de identidad. Observamos pues una dirección bidireccional en este sentido.

Respecto a los Estatus de Identidad, atendiendo al Dominio y en función del grupo de los sujetos

12. Respecto a los dominios de identidad Ocupacional, Ideológico, y Relacional, los sujetos que se encuentran en el estatus de cerrazón, generalmente presentan mayores puntuaciones en la mayoría de factores evaluados, siendo estos, mayormente sujetos del grupo control.

8. FUTURAS INVESTIGACIONES

Realizar un estudio longitudinal, y reevaluar a los sujetos de la muestra dentro de un tiempo, e incluso posteriormente volver a reevaluar, permitiría poder observar cómo los sujetos tanto consumidores como no, van superando las crisis pendientes y las que van apareciendo en las siguientes etapas y observar también las diferencias que se encuentran entre los sujetos no consumidores y los consumidores abstinentes durante años.

Planteamos la hipótesis de que debería haber mayor desarrollo de la identidad y del resto de variables en los pacientes que consiguen una abstinencia mantenida en el tiempo, y un equilibrio entre el grupo de consumidores y no consumidores, conforme más tiempo de abstinencia pasa en el primero.

Estudiar la relación de las crisis de Erikson con las recaídas puntuales de los sujetos, lo que nos informaría de si el consumo puede ser una manera de afrontamiento a estos momentos, cuando no se dispone de habilidades suficientes para resolverlos.

Estudiar la relación entre la personalidad de los sujetos con la maduración en los estadios de Erikson.

Replicar el estudio con una muestra de pacientes con otro tipo de trastorno que implique cambios a diferentes niveles y ver la evolución de los procesos de identidad en función de los estadios de cambio por los que pasan. Por ejemplo, en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Nos preguntamos hasta qué punto el mayor desarrollo del compromiso que presentan las personas no consumidoras frente a las consumidoras, sea una “variable amortiguadora”, una variable que posibilite el mantenerse sin consumir bien cuando uno nunca ha sido consumidor, o bien cuando habiéndolo sido se mantiene en abstinencia, lo que implicaría un trabajo específico en este sentido a nivel de prevención del consumo de drogas como de intervención cuando ya se ha instaurado la dependencia.

Debido a que las Fuerzas del ego en las que se han obtenido mayores diferencias (esperanza, voluntad, competencia) son propias de la infancia, nos planteamos la posibilidad de que en el desarrollo infantil de las personas consumidoras no se haya desarrollado de manera óptima las

virtudes o fuerzas del ego correspondientes, lo que implicaría un importante trabajo dentro de la prevención del consumo de drogas.

Estudios longitudinales en este sentido permitirían un mayor conocimiento al respecto.

En el grupo de pacientes UCA observamos un aumento progresivo a lo largo de los estadios de cambio del compromiso Ideológico, pero no en el resto de compromisos. Parece por tanto ser el primero en instaurarse. Sería interesante poder evaluar a estos pacientes pasado más tiempo desde que instauraron la abstinencia para ver la secuencia de los dominios en la que van sucediéndose los cambios y la evolución respecto al resto de compromisos, el Ocupacional y el Relacional.

9. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A nivel de praxis profesional, es importante tener en cuenta las variables fundamentales de este trabajo, la autoeficacia y la identidad, pudiendo incidir en estas habilidades y capacidades a la vez que se va trabajando la abstinencia durante la psicoterapia. Conforme el paciente consiga mayor madurez, también conseguirá mayor compromiso con la abstinencia y el desarrollo de las capacidades necesarias para ello, además de mayor compromiso con otras decisiones y mayor consecución de habilidades para la mejora de la satisfacción, bienestar y calidad de vida en general

En la intervención clínica, el trabajo específico sobre la voluntad y autonomía (variables que más discriminan entre estadios), podrían ayudar a una mejora en el sentimiento de la competencia del paciente dependiente, permitiendo conseguir la abstinencia en un menor periodo de tiempo.

De la misma manera, una intervención específica sobre los procesos de autoeficacia de los sujetos permitiría conseguir una mayor motivación para iniciar el tratamiento y con mayor probabilidad la consecución de la abstinencia mantenida en el tiempo.

Esta intervención debería tener en cuenta las dimensiones y fuentes de autoeficacia en el caso concreto del paciente en cuestión.

El ser más conscientes de que los sujetos del grupo UCA presentan una importante capacidad de exploración y mayor dificultad respecto al compromiso, nos permite potenciar esa capacidad exploratoria en sesiones terapéuticas, en beneficio del cambio dirigido a la abstinencia, pudiendo entender mejor la dificultad que por el contrario presentan a nivel de compromiso, posibilitando en este sentido más tiempo para establecerlo sin tener la sensación de estancamiento por su parte.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4ª edición*. Washington DC: American Psychiatric Association

Annis, H.M. (1982). Situational confidence questionnaire. Toronto. Addiction Research Foundation. En López Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A. y Cobo, P. Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2 (1), 33-51.

Annis, H.M.; Sklar, S.M., Turner, N.E. (1996) Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ) User's guide. Toronto: Addiction Research Foundation.

Archer, S.L. (1989). Gender differences in identity development: Issues of process, domain, and timing. *Journal of Adolescence*, 12, 117-138.

Argulló Tamás, E. (1997). Jóvenes, trabajo e identidad. Servicio de publicaciones Universidad de Oviedo.

Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469–480.

Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E. (2002). The Decline of Substance Use in Young Adulthood: Changes in Social Activities, Roles, and Beliefs. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates. En Schwartz, S.J., Forthun, L.F., Ravert, R.D., Zamboanga, B.L., Umaña A.J., Filton, B.J., Yeong, S., Rodríguez, L., Weisskirch, R.S., Vernon M., Shneyderman, Y., Williams M.K., Bede, V., Hudson, M. (2010). Identity consolidation and health risk behaviors in college students. *American Journal Health Behaviours*, 34 (2), 214-224.

Baer, J.S., Holt, C.S., Lichtenstein, E. (1986). Self-efficacy and smoking re-examined: Construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (6), 846-852.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward unifying. Theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215. En Tesis de licenciatura. Soto Más, M.C. (1990). Autoconcepto y autoeficacia en adolescentes. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Prentice-Hall: Englewood Cliffs. Trad. Castellano (1987). Pensamiento y acción: Fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca.

Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental psychology*, 25 (5), 729-735.

Bandura, A. (1995). Self-efficacy in changing societies. Cambridge: University Press. Trad. Castellano (1999) Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual. Ed. Desclée De Brouwer. Biblioteca de Psicología.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control New York: W.H. Freeman.

Barberá, E. (2002). Modelos explicativos en psicología de la motivación. Revista Electrónica Motivación y Emoción. Consultado el 1 de Mayo de 2011 en: <http://reme.uji.es/articulos/abarbe7630705d102/texto.html>

Baumring, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of early adolescence*, 11 (1), 56-95.

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York International University Press.

Berman, S.L., Weems, C.F., Stickle, T.R. (2006). Existential anxiety in adolescents: Prevalence, structure, association with psychological symptoms and identity development. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 303-310.

- Berzonsky, M.D., Adams, G.R. (1999). Reevaluating the identity status paradigm: Still useful after 35 years. *Developmental Review*, 19, 557-590.
- Bowlby, J. (1982). La pérdida afectiva. Tristeza y depression. Buenos Aires; Paidós.
- Bosma, H.A. (1985). Identity development in adolescents: Coping with commitments. Unpublished doctoral dissertation, University of Groningen, the Netherlands. En Luyckx, K., Schwartz, S., Goossens, L., Soenens, B., Beyers W. (2008). Developmental typologies of identity formation and adjustment in female emerging adults: A latent class growth analysis approach. *Journal of research on adolescence*, 18 (4), 595-619.
- Bosma, H.A., Kunnen, S.E. (2001). Determinants and mechanisms in ego identity development: A review and synthesis. *Developmental Review*, 21, 39-66.
- Burling, T.A, Really, P.M., Moltzem, J.O. y Ziff, D.C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal Studies on Alcohol*, 50, 345-360.
- Cancrini, L., La Rosa, C. (1996). La caja de pandora: manual de psiquiatría y psicopatología. Ed. Paidós Ibérica.
- Carvajal, S. C. y Granillo, T. M. (2006). A prospective test of distal and proximal determinants of smoking initiation in early adolescents. *Addictive Behaviors*, 31, 649-660.
- Chicharro, J. (2005). Variables indicadoras del tratamiento y evolución en pacientes drogodependientes. Su relación con rasgos de personalidad. *Psicología.com*, 9. Disponible en URL. Consultado el 23 de Abril de 2009 en: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/150/>.
- Chicharro, J., Pedrero, E. y Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19 (2), 141-152.
- Coon, G.M., Pena, D., Illich, P.A. (1998). Self-efficacy and substance abuse: assessment using a brief phone interview. *Journal of substance abuse treatment*, 15(5), 385-391.
- Comas, D. (1985). El uso de drogas en la juventud. Madrid, Ministerio de Cultura.

Cortés, M.T. y Mayor, L. (2002). Psicología de l'addicció. Educació. Materials. Universitat de València [Psicología de la adicción].

Cortés, M.T. (2008). Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol y botellón. Documento presentado en la Conferencia Internacional EMNA / FARE. Alcohol, familia y jóvenes. Prevención y tratamiento. Madrid.

Cortés, M.T. (2010). Debates en drogodependencias: Aspectos sociales y de salud en el botellón: obligados a entenderse. Valencia: Plan Municipal de Drogodependencias. Ayuntamiento de Valencia.

Coté, J.E. (1966). Identity: Amultidimensional analysis. En G. Adams, T. Montemauor y T. Gullota (Eds.), Psychosocial development during adolescence: Progress in development contextualism (130-180). London: Sage Publications.

Coté, J.E. and Levine, C. (1988). A critical examination of the ego identity status paradigm. *Developmental Review*, 8, 147-184.

Coté, J.E. and Levine, C. (2002). Identity formation, agency, and cultura. A social psychological synthesis. Mahwah, N.J: Erlbaum.

De las Fuentes, M. E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F., & Ayala, H. (2001). Cuestionario de Abuso de Drogas. En M. E. de las Fuentes y J. Villalpando, Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. En 2005

De Lucas, M.T., Montañés, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones* 18, 377-386.

Diario Oficial de la Comunidad Valenciana Número 6351 (09.09.2010). Consellería de Bienestar Social.

Díaz Salabert, J. (2001). El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de Psicología* 5, 21-35.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Consultado el 23 de Enero de 2012 en <http://buscon.rae.es>.

DiClemente, C.C., Fairhurst, S.K., y Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. En Mark Ilgen, John McKellar y Quyen Tiet. Abstinence Self-Efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. (2005). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (6), 1175-1180.

DiClemente, C.C. y Prochaska, J.O. (1985). Processes and stages of self-change: coping and competence in smoking behaviour change. En Shiffman, S. y Wills, T.A. (eds), Coping and substance use, Londres, Academic Press. En Miller y Rollnick (1999) La Entrevista motivacional. Ed. Paidós.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. y Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.

DiClemente, C. C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviour. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.

DiClemente, C. C., Fairhurst, S.K. y Piotrowsky, N.A. (1995). The role of self-efficacy in addictive behaviours. En Bandura, A. (1999) Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios en la sociedad actual. Ed. Desclée de Brouwer.

Dolan, S.L., Martin, R.A. y Rohsenow, D.J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33 (5) 675-688.

Dunkel, C.S. (2005). The relation between self-continuity and measures of identity. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 5, 21-34.

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Ed. Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1981). La teoría clínica básica de la Terapia Racional Emotiva. En Ellis, A. y Grieguer, A. Manual de terapia racional emotiva. Ed. Desclée de Brouwer.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton. En Schwartz, S.J., Forthun, L.F., Ravert, R.D., Zamboanga, B.L., Umaña A.J., Filton, B.J., Yeong, S., Rodríguez, L., Weisskirch, R.S., Vernon M., Shneyderman, Y., Williams M.K., Bede, V., Hudson, M. (2010). Identity consolidation and health risk behaviors in college students. *American Journal Health Behaviours*, 34 (2), 214-224.

Erikson, E. H. (1964). Insight and responsibility. New York: W.W. Norton. En Carol, A., Markstrom, S., y Marshall, K. The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of Adolescence* 30, 63–79.

Erikson, E.H. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. B. Aires: Paidós (Or. 1968).

Erikson, E. H. (1987). On protest and affirmation. New York: Norton. En Carol, A., Markstrom, S., y Marshall, K. The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of Adolescence* 30, 63–79.

Erikson, E.H. (2000). *El ciclo vital completado* (2ª ed. Revisada y ampliada). Barcelona: Paidós (Or. 1997).

Escohotado, A. (1994). *Las drogas, de los orígenes a la prohibición*. Ed. Alianza.

Fernandez Serrano, M.J., Perales, J., Moreno, L., Santos, A., Pérez García, M., Verdejo, A. (2012). Impulsividad y compulsividad en individuos dependientes de cocaína. *Adicciones*, 24 (2). 105-114.

Ferrer-Wreder, L., Lorente, C.C., Kurtines W., Briones, E., Busseri, J., Berman, S., Arrufat, O. (2002). Promoting identity development in marginalized youth. *Journal of Adolescent Research*, 17, 168-18.

Fischer, J.L., Forthun, L.F., Pidcock, B.W., Dowd, D.A. (2007). Parent relationships, emotion regulation, psychosocial maturity and college student alcohol use problems. *Journal of Youth and Adolescence* 36, 912-926.

First, M. B., et al.(2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson. Barcelona.

- Garrido, C., Pedrero, E.J., Pérez, M., de Ena, S. (2005). Validación del cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas guiado por la personalidad. *Trastornos adictivos* 7 (3), 166-186.
- Goldbeck, R., Myatt, P. y Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction*, 92, 313-324.
- Graña (1996). Il processo de la dependenza alle droghe. Ed. Carocci. (Trad. Castellano: El proceso de la dependencia a las drogas).
- Grotevant, H. D. (1987). Toward a process model of identity formation. *Journal of Adolescent Research*, 2(3), 203-222.
- Guardia, J., Surkov, S., Cardús, M. (2010). Neurobiología de la adicción. En Manual de adicciones para médicos especialistas en formación (2010). Ed. Socidrogalcohol.
- Gulliver, S.B., Hughes, J.R., Solomon, L.J. y Dey, A.N. (1995). An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Addiction*, 90, 767-772.
- Ilgén, M., McKellar, J., Quyen, T. (2005). Abstinence Self-efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73, 6, 1175-1180.
- Ilgén, M., McKellar, J., Moos, R. (2007). Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(1), 126-132.
- Iribarren, M; Navarrete, V. (1993). Adaptación del Test de estados de Identidad “Onjetive Measure of ego Identity status” EOMEIS II. G.Adams y L.Bennion para la Población Adolescente de Enseñanza Media del Gran Santiago” Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile. En Tesis Doctoral. Ossa Valdivia, L. (2005). Adolescentes en situación de calle. Construcción de identidad en situación de extrema vulnerabilidad. Un acercamiento cualitativo.

Jazmin, I., Warren, J.A., Stein y Christine, E.G. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and alcohol dependence*, 10; 89(2-3), 267-274.

Josselson, R. (1996). *Revising herself: The story of women's identity from college to midlife*. Oxford: Oxford University press. En Luyckx, K., Schwartz, S., Goossens, L., Soenens, B., Beyers W. (2008). Developmental typologies of identity formation and adjustment in female emerging adults: A latent class growth analysis approach. *Journal of research on adolescence*, 18 (4), 595-619.

Kenberg, Weiner y Bardestein (1999). *Personality disorders in children and adolescents*. Basic Behavioral Science. USA. En Tesis Doctoral. Ossa Valdivia, L. (2005) *Adolescentes en situación de calle. Construcción de identidad en situación de extrema vulnerabilidad. Un acercamiento cualitativo*.

Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS*. Ginebra, OMS.

Kroger, (2003). What Transits in an identity status transition. *Identity; An international Journal of Theory and Research*. 3 (3) 197-220.

Kroger, J. y Marcia, J.E. (2011). The Identity Statutes: Origins, Meanings, and interpretations. En Schwartz, S.; Luyckx, K. y Vignoles, V. (Eds.) *Handbook of Identity Theory and Research* (pp. 31-53). Springer.

Laporte, E. (1972). *Las drogas*. En Escohotado A. *Historia elemental de las drogas* (2003) Ed. De bolsillo.

Lavoie, J.C. (1994). Identity in adolescence: Issues of theory, structure and transition. *Journal of Adolescence*, 17, 17-28.

Lázarus y Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martinez Roca.

Lewin Louis, J. (1928). *Phantastica: A classic survey on the use and abuse of mind-altering plants*. Paperback 1998. En Escohotado A. *Historia elemental de las drogas* (2003) Ed. De bolsillo.

Ley 3/1997, de 16 de Junio. Consultado el 19 de Junio de 2009 en: <http://portales.gva.es/cidaj/cas/c-normas/3-1997.htm> Consultado 19 de Junio de 2009.

Litt, M.D., Kadden, R.M. y Stephens, R.S. (2005). Coping and self-efficacy in marihuana treatment: results from the marijuana treatment project. *Journal of consulting and a clinical psychology*, 73 (3), 1015-1025.

López Durán, A., Becoña Iglesias E. (2006). El craving en personas dependientes a cocaína. *Anales de psicología*. 22 (2), 87-95.

López, F., Salvador, M., Verdejo, A., Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: Una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2 (1), 33-51.

López, F., Peralta, I., Muñoz, M., Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2), 127-36.

López-Ibor, A., Juan, J. y Valdés Miyar, M. (dir.) (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.

Lorenzo, P., Ladro J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (2003). Drogodependencias. Editorial Panamericana. Madrid.

Luyckx, K., Goossens, L., Soenens, B., Beyers, W. (2006). Unpacking commitment and exploration: preliminary validation of an integrative model of late adolescent identity formation. *The Journal of Adolescence* 29, 361-378.

Luyckx, K., Lens W., Smits, I., Goossens, L. (2010). Time perspective and identity formation: Short-term longitudinal dynamics in college students. *International Journal of Behavioral Development*, 34 (3), 238-247.

Luyckx, K., Schwartz, S., Goossens, L., Soenens, B., Beyers W. (2008). Developmental typologies of identity formation and adjustment in female emerging adults: A latent class growth analysis approach. *Journal of research on adolescence*, 18 (4), 595-619.

Luyckx, K., Schwartz, S., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Goossens L. (2010). The path from identity commitments to adjustment: Motivational Underpinnings and mediating Mechanisms. *Journal of Counseling and Development*, 88, 52-60.

Marcia, J.E. (1967). Desarrollo y validación de la identidad del ego estado. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3 (5), 551-558.

Marcia, J.E. (1979). En Argulló Tomás, E. (1997). Jóvenes, trabajo e identidad. Servicio de publicaciones Universidad de Oviedo

Marcia, J.E. (1980). Identity in adolescence. En Zacarés, J.J., Iborra, A., Tomás J.M. y Serra E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de psicología*, 25 (2), 316-329.

Marcia, J.E. (1993). The status of the statuses: Research Review. En Zacarés, J.J., Iborra, A., Tomás J.M. y Serra E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de psicología*, 25 (2), 316-329.

Marcia, J.E. (1989). Identity and intervention. *Journal of adolescence*, 12. 401-410.

Marlat, G.A., Baer J.S., Donovan D.M. y Kivlahan D.R. (1988). *Addictive behaviors: Etiology and treatment. Annual Review of Psychology* 39, 223-252.

Marlatt, G.A., Baer, J.S., & Quigley, L.A. (1995). Self-efficacy and Addictive Behavior. En A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in Changing Societies*. Nueva York: Cambridge University press. Ed. Castellano Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Ed. Desclée De Brouwer.

Marlat, G.A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.

Martínez, M., Íñiguez, L. (1987). Análisis del discurso sobre la identidad. Universidad Autónoma de Barcelona. Estudio presentado en el 1º Encuentro Luso-Español de Psicología Social. Tomar,

Portugal. En Tesis Doctoral. Ossa Valdivia, L. (2005) Adolescentes en situación de calle. Construcción de identidad en situación de extrema vulnerabilidad. Un acercamiento cualitativo.

Martínez, L., Martín, A., Valero, M., Salguero M. Síndrome de abstinencia. Hospital Regional Carlos Haya. Consultado el 14 de Abril de 2009 en:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf>

Martínez, R., Pedrao, L.J., Alonso M.M., López, K.S., Oliva, N.N. (2008). Autoestima, autoeficacia percibida, consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación secundaria en Área Urbana y Rural de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Consultado 1 de Mayo de 2011 en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es18.pdf>

Martínez González, J.M., Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*. 13, 222-228.

McKay, J., Foltz, C., Stephens, R., Leahy, P., Crowley, E. y Kissin, W. (2005). Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 73-82.

McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, research and practice*. 26, 494-503.

Meeus, W. (1996). Studies on identity development in adolescent: an overview of research and some new data. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 570-598.

Meeus, W., Iedema, J., Helsen, M. y Vollebergh, W. (1999). Patterns of adolescent identity development: review of literatura and longitudinal análisis. *Developmental Review* 19, 419-461.

Miller, S.M. (1979). Controllability and human stress: Method, evidence and Theoric. *Behaviour research and therapy*, 17, 287-304. En Tesis de licenciatura. Soto Más, M.C. (1990). Autoconcepto y autoeficacia en adolescentes. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología.

Miller, S.M. (1981). Predictability and human stress: Towards a clarification of evidence and theory. En Berkwitz, L. (ED.), *Advances in experimental social psychology* (14) 204-256. Nueva York: Academic Press.

Miller y Rollnick (1999). *La entrevista motivacional* Ed. Paidós Ibérica S. A.

Miller, P.J., Ross, S.M., Emmerson, R.Y. y Todt, E.H. (1989). Self-efficacy in alcoholics: Clinical validation of the Situational Confidence Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 14, 217-224.

Miller, W.R. y Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers' motivations for change. The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviours*, 10 (2), 81-89.

Miller, W.R., Tonigan, J.S., Montgomery, H.A. (1990). Assessment of client motivation to change: Preliminary validation of the SOCRATES instrument. Albuquerque, NM: University of New Mexico.

Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F., Gerberding, J.L. (2005). Correction: actual causes of death in the United States, 2000. *The Journal of the American Medical Association*, 293, 293-294.

Nicholls, J.G., y Miller, A.T. (1984). Development and its discontents: The differentiation of the concept of ability. En Nicholls, J.G. *Advances in motivation and achievement. The development of achievement motivation*. Greenwich, C.T: JAI Press.

O'Brien, E.J., Epstein, S. (1988). *The Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. En Luyckx, K., Lens W., Smits, I., Goossens, L. (2010). Time perspective and identity formation: Short-term longitudinal dynamics in college students. *International Journal of Behavioral Development*, 34 (3), 238-247.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011). *El problema de la drogodependencia en Europa*.

Observatorio Español sobre drogas (2011). *Informe 2011; Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas.

OMS (1992). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-10. Meditor. Madrid.

Ortega, J. (2008). Patologías del consumo: compra compulsiva y consumo compensatorio. Web de psicología Ambiental: Análisis, reflexión y Aplicaciones. Consultado el 25 de Octubre de 2009 en: <http://psicología-ambiental.com>.

Ossa Valdivia, L. (2005). Adolescentes en situación de calle: construcción de identidad en situación de extrema vulnerabilidad. Tesis para optar el grado de Magíster en Psicología. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales.

Palacios Delgado J.R. (2010). Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco en adolescentes. Validez factorial y relación estructural. *Adicciones*, 22 (4), 325-330.

Pallarés Gómez J., Martínez Oro, D. (2010). Una mirada femenina hacia la cocaína. Ed. Milenio.

Pereiro, G. y cols. (2010). Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Edit. Socidrogalcohol. Barcelona.

Pomerleau O.F., Pomerleau C.S. (1987). A behavioral view of substance abuse and Addiction. *J Drug Issues*, 17, 111-31.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheroretical therapy. Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J.O., y Diclemente, C.C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J.O., DiClemnte, C.C. (1985) Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress. En Díaz Salabert, J. (2001) El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de psicología*, 5, 21-35.

Prochaska, J.O., DiClemnte, C.C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J. C.(1994). Como cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanías*, 1.

Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.) Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas. Barcelona: Neurociencias.

Prochaska, J.O., Velicer, W., DiClemente, C.C., Guadagnoli, E. y Rossi, J.S. (1991): Patterns of change: Dynamic typology applied to the smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research*, 26, 83-107.

Reilly, P.M., Seed, K.L., Shopshire, M.S., Hall, S.M., Delucchi, K.L., Tusel, D.J., Banys, Pl, Clark, H.W. y Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and illicit opioid use in a 180-day metadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1), 158-162.

Rollnick, S. Heather, N. (1982). The application of Bandura's self-efficacy theory to abstinence oriented alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 7, 243-250.

Romaní, O. (1997) Etnografía y drogas: discursos y prácticas. *Nueva Antropología*; 52/ 53, 39-66.

Romero, M.P. (2006). Tratado SET de Trastornos Adictivos. Ed. Panamericana.

Rosenthal, D.A., Gurney RM, Moore, S.M. (1981). From trust to intimacy: a new inventory for examining Erikson's stages of psychosocial development. *Journal of Youth and Adolescence* 10, 525-537.

Ross, S.M., Millar, P.J., Emmerson, R.Y. y Todt, E.H. (1989). Self efficacy, standards, and abstinence violation: A comparison between newly sober and long-term sober alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 1, 221-229.

Ruiz y Zacarés (2000). Cuestionario de exploración y compromiso de identidad. En Zacarés G.J., Iborra C.A., Tomás M.J., Serra D.E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y

adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de psicología* 25, (2) 316-329.

Ryff, C. (1995). The structure of psychological well-Being revised. *Journal of personality and social psychology*, 69 (4), 719-727.

Salvador, B. y Pelegrina, F. (1999). El Método científico en psicología. Barcelona, España: Pòrtic. (Trabajo original publicado en 1993).

Sánchez-Hervás, E., Llorente del Pozo, J.M. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24 (3), 269-280.

Schunk, D.H. (1989). Self-efficacy and achievement behaviors. *Educational Psychology Review*, 1, 173-208.

Schwartz, S.J. (2007). The structure of identity consolidation: multiple correlated constructs or one superordinate construct?. *Identity*, 7, 27-49.

Schwartz, S.J., Forthun, L.F., Ravert, R.D., Zamboanga, B.L., Umaña A.J., Filton, B.J., Yeong, S., Rodríguez, L., Weisskirch, R.S., Vernon M., Shneyderman, Y., Williams M.K., Bede, V., Hudson, M. (2010). Identity consolidation and health risk behaviors in college students. *American Journal Health Behaviours*, 34 (2), 214-224.

Schwartz, S.J, Zamboanga, B.L., Weisskirch, R.S., Rodríguez, L. (2009). The relationships of personal and ethnic identity exploration to indices of adaptive and maladaptive psychosocial functioning. *International Journal of Behavioral Development* 33, 131-144.

Senbanjo, R., Wolff, K., Marshall, E.J., Strang, J. (2009). Persistence of heroin use despite methadone treatment: poor coping self-efficacy predicts continued heroin use. *Drug and Alcohol Review*, 28 (6), 608-615.

Sklar, S.M., Annis, H.M. y Turner, N.E. (1997). Development and validation of the DrugTaking Confidence Questionnaire: a measure of coping self efficacy. *Addictive behaviours*, 22, 655-670.

Soenens, B., Berzonsky, M.D., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Goossens, L. (2005). Identity styles and causality orientations: In search of the motivational underpinnings of the identity exploration process. *European Journal of Personality*, 19, 427-442.

Soler Insa, P.A. (1981). Clasificaciones de las drogas. Problemática e historia. En Freixa, Soler Insa y col. (ed.): Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario. Barcelona, Fontanella.

Solomon, K.E. y Annis, H.M., (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of posttreatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction*, 85, 659-665.

Solomon K.E. y Annis, H.M. (2006). Outcome and efficacy in the prediction of post-treatment drinking. *Addiction*, 85 (5), 659-665.

Soto Más, M.C. (1990). Autoconcepto y autoeficacia en adolescentes. Tesis de licenciatura. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología.

Suls, J.M. y Miller R.L. (1977). Social comparison processes: Theoretical and empirical perspectives. Washington, DC:Hemisphere. En Tesis de licenciatura. Soto Más, M.C. (1990). Autoconcepto y autoeficacia en adolescentes. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología.

Schwartz, S. J. (2002). In search of mechanisms of change in identity development: Integrating the constructivist and discovery perspective on identity. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 2, 317-339.

Schwartz, S.J., Côté, J.E., Arnett, J.J. (2005). Identity and agency in emerging adulthood: Two developmental routes in the individualization process. *Youth & Society*, 37, 201-229.

Szerman, N. (2010). Recursos y necesidades asistenciales en patología dual. Edita Sociedad Española de Patología Dual. Consultado el 2 de Mayo de 2011 en: <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/Patologia%20Dual%20soc%2010.pdf>

Tabachnik, B. G. y Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics*. Harper and Row, New York.

- Tejero, A. y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J.L. Graña (Ed.) *Conductas Adictivas Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Torres, M.A., Santodomingo, J., Pacual, F., Freixa, F. Y Alvarez, C. (2009). Historia de las adicciones en la España contemporánea. Edit. Socidrogalcohol. Barcelona.
- Vielva, I. (1994). Relación entre las expectativas de autoeficacia y la abstinencia en una muestra de alcohólicos que recibe tratamiento en la provincia de Vizcaya. En Ponencias y Comunicaciones de las XXI Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Bilbao.
- Waterman, A.S. (1993). Developmental perspectives on identity formation: from adolescence to adulthood. En Zacarés, J.J., Iborra, A., Tomás J.M. y Serra E. (2009) El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de psicología*, 25 (2), 316-329.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Mazurichk, C., Berkman, B., Gastfriend, D.R., Frank, A., Barber, J.P., Blaine, J., Salloum, I.I, Moras, K. (2003). The relationship between cocaine craving, psychosocial treatment, and subsequent cocaine use. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (7), 1320-1325.
- Yalçinkaya-Alkar, O. y Nuray Karanci, A. (2006). What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change? *Addictive Behaviors*, 32 (4) 438-449.
- Yoder, A.E. (2000). Barriers to ego identity status formation: A contextual qualification of Marcia's identity status paradigm. *Journal of Adolescence* 23 , 95-106.
- Zacares, J.J. (2001). Identidad. Master Universitario sobre aspectos Evolutivos, Psicopatológicos, Psicoeducativos y Sociales de la Adolescencia. Módulo 5. Social.
- Zacarés G.J., Iborra C.A., Tomás M.J., Serra DE. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de psicología* 25, 2. 316-329.

Zingg, C., Schmidt, P., Kufner, H., Kolb, W., Zemlin, U., Soyka, M. (2009). The relationship between self-efficacy and abstinence from alcohol after outpatient and inpatient treatment a two year follow-up. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59(8), 307-313.

VI. ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “ESTUDIO SOBRE LA AUTOEFICACIA E IDENTIDAD EN PACIENTES EN PROCESO DE DESHABITUACIÓN DE DROGAS”

La autoeficacia es la capacidad que una persona siente que tiene a la hora de realizar una actividad; en el campo de las adicciones, la autoeficacia sería la capacidad que una persona siente que tiene para no consumir.

Con este estudio se pretende analizar con detalle qué aspectos influyen en esa capacidad y su evolución a través del tratamiento, con el objetivo de poder mejorar la intervención o a ese nivel y de esta manera, poder favorecer una mayor capacidad para la abstinencia por parte de los pacientes en tratamiento.

El estudio consiste en la aplicación de varios cuestionarios y una entrevista personal. La duración de la entrevista es de una hora aproximadamente y de la aplicación de los cuestionarios de unos 50 minutos.

Los resultados que esperamos encontrar, nos ofrecerán nuevas líneas de actuación o intervenciones terapéuticas que ayudarán a los profesionales en el tratamiento de las drogodependencias.

Para ello necesitamos su colaboración.

El equipo terapéutico se compromete a tratar los datos con absoluta confidencialidad.

Con su colaboración está contribuyendo a la mejora del proceso terapéutico y de ayuda a los pacientes dependientes de drogas.

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre:

Manifiesta que:

1. Acepta voluntariamente participar en el estudio de investigación que está realizando la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital Universitario de la Ribera, el cual ha sido explicado adecuadamente y ha sido entendido suficientemente por usted.
2. Que está de acuerdo en cumplimentar las pruebas que se le indiquen.
3. Que, de manera anónima y salvaguardando siempre el derecho a la intimidad, acepta que los datos que se deriven de dicho estudio de investigación, pueden ser utilizados para divulgación científica.

Alzira, a

del 2011

Fdo: El interesado

Fdo: El investigador

ANEXO 3. CUESTIONARIOS

A. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

Por favor, conteste lo más sincera y atentamente posible a las siguientes cuestiones sobre su situación social y de consumo.

Recuerde que todos los datos serán totalmente confidenciales.

CODIGO:

SEXO

1. Hombre
2. Mujer

EDAD

Numérico en años

NIVEL DE ESTUDIOS

1. Sin estudios
2. Básicos
3. Medios
4. Superiores

SUSTANCIA PRINCIPAL DE CONSUMO

1. Cocaína
2. Alcohol
3. Cannabis
4. Heroína

EDAD DE INICIO DE CONSUMO

Numérico en años

TIEMPO MEDIO DE CONSUMO DE LA SUSTANCIA PRINCIPAL

Numérico en años

FRECUENCIA DE CONSUMO ANTES DE TRATAMIENTO ACTUAL

1. Diaria
2. Fin de semana
3. 1-2 veces a la semana
4. 3-6 veces a la semana

CANTIDAD CONSUMIDA SEMANALMENTE ANTES DE TRATAMIENTO ACTUAL (en gramos)

OTRAS DROGAS CONSUMIDAS DE MANERA HABITUAL (sin contar tabaco)

1. Una más
2. Dos más
3. Tres más

FECHA EN QUE INICIÓ EL TRATAMIENTO ACTUAL:

DINERO QUE GASTABA ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO A LA SEMANA Y AL MES EN CONSUMO

SEMANALMENTE:

MENSUALMENTE:

PERIODO MÁXIMO DE ABSTINENCIA CONSEGUIDO EN MESES. INDICAR CUÁNDO

Nº de meses:

¿Cuándo?

Actualmente

Anteriormente ¿cuántos meses/ años hace?

DESEO DE PARAR EL CONSUMO EN ESTE MOMENTO

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(No deseo
parar el consumo

(Deseo muy fuerte
de parar el consumo ahora)

CAPACIDAD PARA PARAR EL CONSUMO EN ESTE MOMENTO

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Nada de
capacidad)

(Toda la capacidad
que necesito)

GANAS DE CONSUMIR EN LOS 3 ÚLTIMOS DÍAS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ningunas ganas
de consumir)

(Ganas irresistibles
de consumir)

¿CÓMO DE SATISFECHO ESTÁ CON SU ESTILO DE VIDA EN ESTE MOMENTO?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Inseguro
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho

NIVEL DE MOTIVACIÓN (A completar por el investigador)

1. Precontemplativo
2. Contemplativo
3. Acción
4. Mantenimiento

ACUDE SOLO O ACOMPAÑADO-APOYO FAMILIAR

1. Acude solo
2. Acude acompañado por familia

TIENE USTED ALTERACIONES:

1. De estado de ánimo y ansiedad
2. De estado de ánimo
3. De ansiedad

REALIZA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA ADICCIÓN

1. Sí
2. No

TRATAMIENTOS MÉDICOS O PSICOLÓGICOS ANTERIORES PARA DEJAR EL CONSUMO

1. Sí Cuántos
2. No

CONVIVENCIA

1. Familia de origen: padres y/o hermanos
2. Familia propia (o pareja) Nº hijos
3. Solo

SITUACIÓN LABORAL

1. Activo
2. Sin trabajo y cobrando desempleo
3. Sin trabajo y sin cobrar desempleo

B. CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD-20)

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. De las descripciones que se presentan, conteste **Si o No**, tomando en cuenta la siguiente descripción.

Abuso de droga: uso excesivo de sustancias médicas, no médicas o ilegales, que tiene consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de la vida, pero no tan graves que use la mayor parte del tiempo en el consumo y que acarree problemas fisiológicos.

1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?
6. ¿Ha tenido “lagunas mentales” o “alucinaciones” como resultado del uso de drogas?
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?
8. ¿Su pareja o familiares se quejan constantemente de su uso de drogas?
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?
11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debidos al abuso de drogas?
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?
14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?

C. CUESTIONARIO DE ESTADIOS DE CAMBIOS (SOCRATES 7D) COCAÍNA.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes frases. Cada una de ellas describe una manera en la que puedes o no sentirte en relación a tu consumo de drogas. En cada frase **marca un círculo** alrededor del número **y solo uno** para indicar en qué medida estás o no de acuerdo con ella

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No se	De acuerdo	Muy de acuerdo	
1. Realmente, quiero cambiar en lo que se refiere a mi consumo de cocaína.	1	2	3	4	5
2. No estoy seguro si abuso de la cocaína	1	2	3	4	5
3. Definitivamente, tengo problemas con la cocaína	1	2	3	4	5
4. Ya he empezado a cambiar respecto a mi consumo de cocaína	1	2	3	4	5
5. He estado abusando de la cocaína durante un tiempo, pero he conseguido cambiar esa situación	1	2	3	4	5
6. La única razón por la que estoy en tratamiento, es porque me han presionado para que venga	1	2	3	4	5
7. Algunas veces me pregunto si realmente soy un adicto	1	2	3	4	5
8. Realmente quiero hacer algo de verdad en lo que se refiere a mi consumo de cocaína	1	2	3	4	5
9. No sólo estoy pensando en reducir mis consumos de cocaína, sino que estoy tratando de conseguirlo	1	2	3	4	5
10. Ya he reducido mi consumo de cocaína y estoy buscando modos de evitar el volver a consumir como lo hacía antes)	1	2	3	4	5
11. Tengo serios problemas con la cocaína	1	2	3	4	5
12. Algunas veces me pregunto si mi consumo de cocaína está perjudicando a otros	1	2	3	4	5
13. He abusado de la cocaína en varias ocasiones	1	2	3	4	5
14. Estoy tomando medidas para reducir o parar mi consumo de cocaína	1	2	3	4	5
15. He tenido problemas con la cocaína pero ahora ya no los tengo	1	2	3	4	5
16. Pienso que necesito someterme a un programa de tratamiento que me ayude a solucionar mis problemas con la cocaína	1	2	3	4	5
17. Me pregunto si consumir cocaína es bueno para mi	1	2	3	4	5
18. Si no cambio pronto la cantidad de consumo de cocaína, mis problemas empeorarán	1	2	3	4	5
19. He estado intentando cambiar mi consumo de cocaína, y ahora estoy aquí para que me ayuden a conseguirlo	1	2	3	4	5

SOCRATES - VERSIÓN 7-D (Miller y cols. 1996)

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No se	De acuerdo	Muy de acuerdo	
20. Ahora que he reducido mi consumo, es importante que mantenga el cambio que he conseguido	1	2	3	4	5
21. Se que tengo problemas con la cocaína	1	2	3	4	5
22. No estoy totalmente seguro de si abuso de la cocaína	1	2	3	4	5
23. Ya es hora de que haga algo respecto a los problemas que me causa la cocaína	1	2	3	4	5
24. He empezado a llevar a cabo un plan para reducir o parar mi consumo de cocaína	1	2	3	4	5
25. Quiero que me ayuden a evitar los problemas que anteriormente tuve con las cocaína	1	2	3	4	5
26. Creo que soy moderado en mi consumo de cocaína	1	2	3	4	5
27. Algunas veces me pregunto si controlo el consumo de cocaína	1	2	3	4	5
28. Soy un adicto a la cocaína	1	2	3	4	5
29. Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de cocaína	1	2	3	4	5
30. Estoy preocupado por que vuelva a tener los mismos problemas que anteriormente tuve con la cocaína	1	2	3	4	5
31. Tengo más problemas a causa de la cocaína que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
32. Pienso que no tengo "un problema" con la cocaína, pero hay veces que me pregunto si abuso de ella	1	2	3	4	5
33. Tengo un problema con la cocaína	1	2	3	4	5
34. Se que mi consumo de cocaína me ha causado problemas, y estoy tratando de hacer algo al respecto	1	2	3	4	5
35. He hecho ya algunos cambios en mi pauta de consumo de cocaína y quiero que me ayuden para poder mantener dichos cambios	1	2	3	4	5
36. Mis problemas se deben, al menos parcialmente, a mi consumo personal de cocaína	1	2	3	4	5
37. No se si debería cambiar mi consumo de cocaína	1	2	3	4	5
38. Mi consumo de cocaína me está causando muchos daños	1	2	3	4	5
39. Tengo un serio problema con la cocaína pero ya he empezado a superarlo	1	2	3	4	5
40. Estoy limpio y sobrio, y quiero mantenerme así.	1	2	3	4	5

D. CUESTIONARIO DE AUTOCONFIANZA DE CONSUMO DE DROGAS (CACD)

Nombre:

Instrucciones

La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas.

Imagine que está en cada una de las situaciones que a continuación se le presentan. Indique de acuerdo con

la siguiente escala qué tan seguro está de poder resistirse a la necesidad de consumir drogas en esa situación.

Encierre o marque su respuesta de acuerdo al porcentaje de seguridad que usted tenga de resistir a la necesidad de consumir droga.

1. Si me sintiera feliz	0	20	40	60	80	100
2. Si quisiera probarme que puedo usar esa droga con moderación	0	20	40	60	80	100
3. Si me sintiera tembloroso	0	20	40	60	80	100
4. Si estuviera en un lugar donde antes consumí o compre la droga	0	20	40	60	80	100
5. Si estuviera deprimido por todo en general	0	20	40	60	80	100
6. Si me encontrara con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato	0	20	40	60	80	100
7. Si me sintiera tenso o incómodo en presencia de alguien	0	20	40	60	80	100
8. Si me invitan a una casa y sintiera inapropiado rehusarme a la droga	0	20	40	60	80	100
9. Si quisiera tener más energía para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
10. Si empezara a sentirme culpable por algo	0	20	40	60	80	100
11. Si me sintiera seguro y relajado	0	20	40	60	80	100
12. Si quisiera probarme que esta droga no es un problema para mí	0	20	40	60	80	100
13. Si me sintiera enfermo	0	20	40	60	80	100
14. Si inesperadamente me la encontrara	0	20	40	60	80	100
15. Si sintiera que ya no tengo a dónde más acudir	0	20	40	60	80	100
16. Si estuviera con un amigo cercano y quisiéramos sentirnos más unidos	0	20	40	60	80	100
17. Si no fuera capaz de expresar mis sentimientos a los demás	0	20	40	60	80	100
18. Si saliera con mis amigos e insistieran en ir algún lugar a consumir droga	0	20	40	60	80	100
19. Si me sintiera que mi familia me esta presionando mucho	0	20	40	60	80	100
20. Si quisiera bajar de peso para mejorar mi apariencia física	0	20	40	60	80	100
21. Si me sintiera emocionado por algo	0	20	40	60	80	100
22. Si quisiera probar consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto	0	20	40	60	80	100
23. Si sintiera náuseas	0	20	40	60	80	100
24. Si viera algo que me recordara la droga	0	20	40	60	80	100
25. Si sintiera que me dejé fracasar	0	20	40	60	80	100

Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína

26. Si estuviera con mis amigos y quisiera divertirme más	0	20	40	60	80	100
27. Si otras personas me rechazaran	0	20	40	60	80	100
28. Si estoy en un grupo que consume y sintiera que quieren que me les una	0	20	40	60	80	100
29. Si me sintiera abrumado y quisiera escapar	0	20	40	60	80	100
30. Si me sintiera que no puedo llegar a ser lo que mi familia espera de mí	0	20	40	60	80	100
31. Si me sintiera satisfecho con mi vida	0	20	40	60	80	100
32. Si quisiera estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas	0	20	40	60	80	100
33. Si tuviera problemas para dormir	0	20	40	60	80	100
34. Si hubiera estado bebiendo alcohol y pensara en consumirla	0	20	40	60	80	100
35. Si estuviera aburrido	0	20	40	60	80	100
36. Si quisiera celebrar con un amigo	0	20	40	60	80	100
37. Si pareciera que no les caigo bien a los demás	0	20	40	60	80	100
38. Si me presionaran a usar esta droga y sintiera que no me podía negar	0	20	40	60	80	100
39. Si tuviera dolor de cabeza	0	20	40	60	80	100
40. Si estuviera enojado por cómo me salieron las cosas	0	20	40	60	80	100
41. Si recordara cosas buenas que han pasado	0	20	40	60	80	100
42. Si quisiera estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo	0	20	40	60	80	100
43. Si quisiera mantenerme despierto para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
44. Si escuchara a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	0	20	40	60	80	100
45. Si me sintiera solitario	0	20	40	60	80	100
46. Si estuviera con mi pareja y quisiera aumentar mi placer sexual	0	20	40	60	80	100
47. Si alguien me tratara injustamente	0	20	40	60	80	100
48. Si estuviera con un grupo donde todos consumieran	0	20	40	60	80	100
49. Si no me llevara bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	0	20	40	60	80	100
50. Si tuviera algún dolor físico	0	20	40	60	80	100
51. Si estuviera indeciso acerca de lo que debo hacer	0	20	40	60	80	100
52. Si hubiera pleitos en mi casa	0	20	40	60	80	100
53. Si quisiera estar más alerta para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
54. Si empezara a recordar que buen acelere sentí cuando la consumí	0	20	40	60	80	100
55. Si me sintiera ansioso por algo	0	20	40	60	80	100
56. Si necesitara coraje para enfrentar a otra persona	0	20	40	60	80	100
57. Si alguien interfirió con mis planes	0	20	40	60	80	100
58. Si alguien trata de controlar mi vida y yo quisiera ser más independiente	0	20	40	60	80	100
59. Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo	0	20	40	60	80	100
60. Si me hostigaran por el trabajo o la escuela	0	20	40	60	80	100

E. CUESTIONARIO DE EXPLORACIÓN Y COMPROMISO DE IDENTIDAD

Este es un cuestionario para valorar lo que piensas normalmente sobre diversos aspectos de tu vida y de ti mismo. NO HAY RESPUESTAS BUENAS o MALAS. La mejor respuesta a cada pregunta es lo que sientas y creas que es cierto para ti en este momento. Contesta a todas las preguntas, sin dejar ninguna en blanco. Para contestar debes marcar con una X en la casilla que refleje mejor tu opinión. A continuación contesta pensando en tus relaciones de amistad, especialmente en las relaciones con tus mejores amigos y amigas.

C.I.R. (Cuestionario de Identidad Relacional, Ruiz y Zacarés, 2000)

	No	No lo sé	Casi Nunca	A veces	Sí, mucho
1. Estoy seguro de que elegir a mi mejor amigo/a fue lo mejor que ha pasado en mi vida.	0	0	1	2	3
2. Las relaciones con mis amigos/as me ayudan a ver el futuro con optimismo y confianza.	0	0	1	2	3
3. Mis relaciones de amistad me ayudan a tener confianza en mí mismo/a.	0	0	1	2	3
4. Mis relaciones de amistad me dan seguridad en la vida.	0	0	1	2	3
5. Estoy satisfecho con mis mejores amigos/as.	0	0	1	2	3
6. A pesar de todas las dificultades, estoy dispuesto a mantener las relaciones con mis mejores amigos/as.	0	0	1	2	3
7. Encuentro muy difícil descubrir cosas nuevas de mis amigos/as.	3	0	2	1	0
8. En este momento no entendería mi vida sin mis mejores amigos/as.	0	0	1	2	3
9. Suelo comparar mis amistades con las de otros/as.	0	0	1	2	3
10. Con frecuencia me pregunto cuáles son las amistades que me interesan.	0	0	1	2	3
11. Quiero saber lo que otras personas piensan sobre mis mejores amigos/as.	0	0	1	2	3
12. Soy muy cambiante en mis relaciones de amistad.	0	0	1	2	3
13. Creo que los mejores amigos/as que tengo ahora lo serán para toda la vida.	0	0	1	2	3
14. Creo que he de tomar decisiones en el tema de mis relaciones de amistad.	0	0	1	2	3

Contesta ahora pensando en tus estudios actuales en el instituto o facultad y en los planes que tengas respecto a tus futuros estudios. Para contestar debes marcar con una X en la casilla que refleje mejor tu opinión.

C.I.O. (Cuestionario de Identidad Ocupacional, Ruiz y Zacarés, 2000)

	No	No lo sé	Casi Nunca	A veces	Sí, mucho
1. Estoy seguro de que mis actuales estudios son los mejores para mí.	0	0	1	2	3
2. Lo que estoy haciendo ahora me ayuda a ver el futuro con optimismo y confianza.	0	0	1	2	3
3. Soy muy cambiante en mis planes respecto a los futuros estudios.	0	0	1	2	3
4. Con frecuencia me pregunto cuáles son los estudios que realmente me interesan.	0	0	1	2	3
5. Creo que he de tomar algunas decisiones importantes sobre mis futuros estudios.	0	0	1	2	3
6. Pienso mucho en mis estudios, en lo que estoy haciendo ahora.	0	0	1	2	3
7. A pesar de todas las dificultades, estoy dispuesto a seguir y acabar con lo que estoy haciendo ahora.	0	0	1	2	3
8. Mis estudios actuales me dan seguridad en mí mismo/a.	0	0	1	2	3
9. En este momento me gustaría abandonar lo que estoy estudiando.	3	0	2	1	0
10. Suelo comparar mi ocupación actual con la de otra gente.	0	0	1	2	3
11. Estoy satisfecho con lo que estoy haciendo ahora.	0	0	1	2	3
12. Quiero saber lo que otras personas piensan sobre lo que estoy estudiando ahora y sobre lo que haré en el futuro.	0	0	1	2	3
13. Creo que actualmente necesito informarme más sobre el tema de los estudios.	0	0	1	2	3
14. Creo que los estudios que hago ahora me servirán toda la vida.	0	0	1	2	3

Contesta ahora pensando en tu filosofía de vida actual, es decir, en tu forma de ver el mundo en general. Contesta pensando en aquellas creencias, actitudes y valores que mejor te identifiquen y que tal vez sean distintos a los de otras personas. Para contestar debes marcar con una X en la casilla que refleje mejor tu opinión.

C. I. ID. (Cuestionario de Identidad Ideológica, Ruiz y Zacarés, 2000)

	No	No lo sé	Casi Nunca	A veces	Sí, mucho
1. Estoy seguro de que mi actual filosofía de vida es la mejor para mí.	0	0	1	2	3
2. Las creencias, actitudes y valores que tengo ahora me ayudan a ver el futuro con optimismo y confianza.	0	0	1	2	3
3. Soy muy cambiante en mis creencias, actitudes y valores.	0	0	1	2	3
4. Mis creencias, actitudes y valores me dan seguridad en la vida.	0	0	1	2	3
5. Quiero saber lo que otras personas piensan sobre mi filosofía de vida.	0	0	1	2	3
6. A pesar de todas las dificultades, estoy dispuesto a ser fiel a mi filosofía de vida.	0	0	1	2	3
7. Encuentro difícil plantearme cosas nuevas en mis creencias, actitudes y valores.	3	0	2	1	0
8. En este momento no entendería mi existencia sin la filosofía de vida que tengo.	0	0	1	2	3
9. Suelo comparar mi visión general del mundo y de las cosas con las de otras personas.	0	0	1	2	3
10. Con frecuencia me pregunto cuáles son las ideas y valores en los que realmente creo.	0	0	1	2	3
11. Estoy satisfecho con la filosofía de vida que mantengo ahora.	0	0	1	2	3
12. Mi filosofía de vida me ayuda a tener confianza en mí mismo/a.	0	0	1	2	3
13. Creo que las creencias, actitudes y valores que tengo ahora lo serán para toda la vida.	0	0	1	2	3
14. Pienso mucho en temas religiosos, filosóficos o ideológicos que me preocupan.	0	0	1	2	3

F. PSYCHOSOCIAL INVENTORY OF EGO STRENGTHS (PIES)

Instrucciones:

Lee cada ítem con cuidado y considera hasta qué punto estás de acuerdo con él. Escribe el número de tu respuesta en la línea que hay junto a cada ítem.

5	4	3	2	1
Me describe muy bien				No me describe bien

- _____ 1. Cuando quiero a alguien puedo aceptar que tengan intereses diferentes a los míos.
- _____ 2. Puedo continuar una tarea hasta que la completo.
- _____ 3. Sé que tengo habilidades para realizar varias tareas y responsabilidades importantes para mí
- _____ 4. Puedo distraerme fácilmente incluso cuando realmente necesito terminar una tarea.
- _____ 5. Me siento bien con la manera con la que he llevado mi vida hasta ahora.
- _____ 6. Prefiero sentirme libre sin tener que preocuparme de compromisos con otras personas o cosas.
- _____ 7. He experimentado sentimientos de amor con alguien fuera de mi familia.
- _____ 8. Cuando pienso sobre el futuro, me siento optimista.
- _____ 9. Cuando veo a alguien que necesita algo, le ayudo en todo aquello que pueda.
- _____ 10. Pienso que mis opiniones están frecuentemente influidas por otros.
- _____ 11. No sé qué recursos o habilidades tengo que ofrecer a la sociedad.
- _____ 12. No puedo perdonarme por muchas cosas que he hecho en el pasado.

- _____ 13. Estoy implicado en una variedad de actividades que me permiten usar mis habilidades y destrezas.
- _____ 14. No pienso que quiera realmente a nadie fuera de mi familia.
- _____ 15. Cuando las cosas no suceden como deseo, me recuerdo a mi mismo las cosas positivas que hay en mi vida.
- _____ 16. No conozco realmente qué es lo que quiero de la vida.
- _____ 17. Cuando conozco a alguien que está pasando por un momento difícil, me preocupo por él.
- _____ 18. Cuando me comprometo con algo, permanezco con ello.
- _____ 19. Controlo mi futuro de muchas maneras.
- _____ 20. No finjo ser algo que no soy.

Instrucciones:

Lee cada ítem con cuidado y considera hasta qué punto estás de acuerdo con él. Escribe el número de tu respuesta en la línea que hay junto a cada ítem.

5	4	3	2	1
Me describe muy bien				No me describe bien

- _____ 21. No me importa realmente ayudar a otras personas.
- _____ 22. Tengo miedo de lo que me pueda suceder en el futuro.
- _____ 23. No me gusta cuando alguien a quien quiero quiere hacer algo con alguien que no sea yo.
- _____ 24. Intento conseguir mis objetivos aunque tenga que tomar riesgos.
- _____ 25. Dudo si tengo que invertir mucha energía a la hora de intentar alcanzar mis objetivos.
- _____ 26. Esperar cosas del futuro es sólo una manera de prepararme ante posibles decepciones.
- _____ 27. Mi siento como si no controlara mi vida.
- _____ 28. Cuando pienso en el futuro veo una clara dirección en mi vida.
- _____ 29. Me cuesta empezar incluso cuando tengo la oportunidad de hacer cosas en las que soy bueno.
- _____ 30. Más allá de mis amigos más íntimos y mi familia, no estoy muy interesado por las necesidades de otras personas.
- _____ 31. Puede que tenga momentos difíciles, pero trataré de afrontarlos con coraje.
- _____ 32. Cuando algo no funciona para mí, simplemente trato de hacer otras cosas.

- _____ 33. Si hay algo que elijo hacer, estoy decidido en hacerlo.
- _____ 34. Cuando me preocupo por un amigo o por mi pareja, no conduce normalmente a una relación de compromiso.
- _____ 35. Tengo recursos que pueden ayudarme a ser efectivo en ciertas situaciones.
- _____ 36. Algunas veces me siento como si no pudiera controlar mi comportamiento.
- _____ 37. Creo en ser sincero conmigo mismo y con los demás.
- _____ 38. Cuando tengo una relación íntima con alguien, tiendo a perder de vista mis intereses y objetivos.
- _____ 39. No importa qué mal vayan las cosas, tengo confianza en que mejorarán
- _____ 40. El miedo evita que logre muchos de mis objetivos.
- _____ 41. No estoy realmente seguro de lo que creo.
- _____ 42. Cuando me siento deprimido, me resulta difícil creer que las cosas van a mejorar.

Instrucciones:

Lee cada ítem con cuidado y considera hasta qué punto estás de acuerdo con él. Escribe el número de tu respuesta en la línea que hay junto a cada ítem.

- | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----------------------|---|---|---|---------------------|
| Me describe muy bien | | | | No me describe bien |
- _____ 43. Cuando reflexiono acerca del pasado, siento tristeza y arrepentimiento.
- _____ 44. Ya no me intereso por las cosas porque de todas formas ya no van a funcionar
- _____ 45. Puedo establecer metas realistas para mí mismo.
- _____ 46. Incluso cuando alguien que no conozco bien me pide un consejo, me tomo tiempo para tratar de ayudarle.
- _____ 47. Tengo bastante con mis problemas como para preocuparme por los de los demás.
- _____ 48. Tengo problemas a la hora de aceptar un propósito o un papel particular en la vida.
- _____ 49. No tengo miedo de lo que me depara el futuro.
- _____ 50. No anticipo con ganas el futuro.
- _____ 51. Dificilmente puedo empezar actividades, normalmente me dejo llevar por los demás.
- _____ 52. Es difícil para mí ignorar el dolor de los demás.
- _____ 53. Me preocupo por las personas y las causas que son importantes para mí.
- _____ 54. No importa lo que haga, no va a cambiar nada.

- _____ 55. No tengo tiempo para ocuparme de los problemas de los demás.
- _____ 56. Puedo aceptar el hecho de haber cometido errores en mi vida.
- _____ 57. Cuando quiero a alguien como un amigo o un novio/a normalmente estamos comprometidos por igual el uno con el otro.
- _____ 58. Cuando algo no funciona de la manera que esperaba, me hace sentir ganas de dejarlo todo.
- _____ 59. Me gusta trabajar para que las cosas sucedan.
- _____ 60. Mis amigos y yo creemos que podemos discrepar y seguir siendo amigos.
- _____ 61. La mayoría de la gente parece ser más capaz que yo.
- _____ 62. Aunque algunas veces tengo miedo de fallar, si hay algo que quiero hacer, intento hacerlo
- _____ 63. Normalmente puedo resistir hacer algo cuando tengo la tentación de hacer algo que no interesa mucho que haga.
- _____ 64. Evito aquellas tareas que me requieren demasiado tiempo y energía.

G. EBR- ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO (RYFF, RYFF, 1989)

A continuación encontrará una serie de cuestiones sobre pensamientos y sentimientos que las personas adultas podemos experimentar en cualquier momento de la vida. Señale hasta qué punto se las aplicaría a usted mismo/a en esta etapa de su vida. No existen respuestas correctas ni incorrectas. Conteste sinceramente. Recuerde que los resultados se guardan como documentos confidenciales.

Utilice la siguiente escala: 1= *Muy inadecuado* para describirme
 2= *Bastante inadecuado* para describirme
 3= *Algo inadecuado* para describirme
 4= *Algo adecuado* para describirme
 5= *Bastante adecuado* para describirme
 6= *Muy adecuado* para describirme

Aparecerán frases similares a las que se pone como **ejemplo**:

* *Siento que controlo la situación en la que vivo* 1 2 3 4 5 6

Si piensa que la frase es bastante adecuada para describirle, señale el 5.

-
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Si miro atrás en mi vida, no tengo claro que haya aportado algo que merezca la pena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. En general, siento que controlo la situación en la que vivo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. No estoy interesado/a en actividades que expandan mis horizontes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. La mayoría de las personas me ve cariñoso/a y afectuoso/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Cuando miro la historia de mi vida estoy contento/a de cómo me han salido las cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. No tengo miedo de expresar mis opiniones, ni siquiera cuando son contrarias a las de la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y en lo que espero hacer en el futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Mis decisiones no están influidas normalmente por lo que hacen los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Tiendo a centrarme en el presente porque el futuro cercano siempre me trae problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Soy bueno/a manejando las numerosas responsabilidades de mi vida diaria. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien tal como es. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Disfruto de las conversaciones personales que tengo con mis familiares y amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Si tuviera la oportunidad cambiaría muchas cosas de mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Siento que mi vida tiene una dirección y un propósito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Para mí es más importante sentirme bien conmigo mismo que sentir la aprobación de los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Es importante para mí saber escuchar cuando mis amigos íntimos me cuentan sus problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

17. Generalmente manejo con éxito mis finanzas y mis asuntos personales.	1	2	3	4	5	6
18. Tengo la sensación de que obtengo muchas cosas positivas de mis amistades.	1	2	3	4	5	6
19. Me siento decepcionado/a, en muchos sentidos, respecto a lo que he conseguido en la vida.	1	2	3	4	5	6
20. Solía establecerme metas pero ahora me parece una pérdida de tiempo.	1	2	3	4	5	6
21. Tengo confianza en mis opiniones, incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
22. Organizo bien mi tiempo de modo que puedo cumplir con mis obligaciones.	1	2	3	4	5	6
23. La gente me describiría como una persona dispuesta a dar y compartir su tiempo con otros.	1	2	3	4	5	6
24. Envidio a mucha gente por la vida que lleva.	1	2	3	4	5	6
25. Soy una persona activa para llevar a cabo los planes que me propongo.	1	2	3	4	5	6
26. Siento que la mayoría de la gente que conozco ha conseguido más en la vida que yo.	1	2	3	4	5	6
27. Mi vida diaria es activa, atareada, pero me siento satisfecho/a de cómo saco adelante mis tareas.	1	2	3	4	5	6
28. No disfruto estando en situaciones nuevas que requieran que cambie mi manera habitual de hacer las cosas.	1	2	3	4	5	6
29. Muchos días me despierto con un sentimiento de desaliento, de desánimo, sobre cómo he vivido mi vida.	1	2	3	4	5	6
30. A veces me siento como si ya hubiera hecho todo lo que hay que hacer en la vida.	1	2	3	4	5	6
31. No soy la clase de persona que cede ante las presiones sociales a la hora de pensar o actuar de cierta manera.	1	2	3	4	5	6
32. La gente tiene de sí misma una visión más positiva que la que yo tengo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6
33. Mis esfuerzos por encontrar los tipos de actividades y relaciones que necesito han tenido bastante éxito.	1	2	3	4	5	6
34. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
35. El tratar de conseguir mis objetivos ha sido más una fuente de satisfacción para mí que de frustración.	1	2	3	4	5	6
36. Tengo dificultad para organizar mi vida de manera satisfactoria para mí.	1	2	3	4	5	6
37. Hace tiempo que abandoné la idea de intentar hacer grandes mejoras y cambios en mi vida.	1	2	3	4	5	6
38. Me gusta pensar en lo que he conseguido en la vida.	1	2	3	4	5	6
39. Me juzgo a mí mismo/a basándome en lo que yo creo que es importante, no en valores que los otros piensan son importantes.	1	2	3	4	5	6
40. Me frustro cuando intento planear mis actividades diarias porque nunca cumplo las cosas que me propongo hacer.	1	2	3	4	5	6
41. Es verdad el dicho “no puedes enseñar trucos nuevos a un perro viejo”.	1	2	3	4	5	6
42. Mis amigos y yo nos comprendemos y apoyamos en nuestros problemas.	1	2	3	4	5	6
43. Todo el mundo tiene sus puntos débiles, pero parece que yo tenga más de lo normal.	1	2	3	4	5	6

H. LISTADO DE CONDUCTAS GENERATIVAS (GBC, MCADAMS, 1997; ADAPTACIÓN DE AMER Y ZACARÉS, 1999)

Abajo encontrará una lista de conductas o acciones concretas. Durante los *últimos dos meses*, es probable que usted pueda haber realizado alguna de estas acciones. También es posible que no haya realizado muchas de ellas durante este tiempo. Considere por favor cada acción a fin de valorar si la ha realizado o no en los *últimos dos meses*. En caso afirmativo, trate de determinar la frecuencia en que ha llevado a cabo dicha acción en los *dos últimos meses*. Para cada enunciado, proporcione una de las valoraciones siguientes:

Marque un "0" si usted no ha realizado esta acción durante los *últimos dos meses*.

Marque un "1" si usted ha realizado esta acción una vez durante los *últimos dos meses*.

Marque un "2" si usted ha realizado esta acción más de una vez durante los *últimos dos meses*.

1. He enseñado una habilidad a alguien.	0	1	2
2. He servido como modelo de conducta a una persona joven.	0	1	2
3. He ganado un premio o concurso.	0	1	2
4. He ido a ver una película u obra de teatro.	0	1	2
5. He dado dinero a organizaciones benéficas.	0	1	2
6. Me he ofrecido para trabajar como voluntario.	0	1	2
7. He escuchado a una persona que me contó sus problemas personales.	0	1	2
8. He comprado un coche nuevo o un aparato grande (p. ej., lavaplatos, TV).	0	1	2
9. He enseñado en una asociación o parroquia o he ofrecido formación similar en contextos de voluntariado.	0	1	2
10. He enseñado a alguien sobre lo correcto y lo erróneo, lo bueno y lo malo.	0	1	2
11. He hablado a alguien sobre mi propia niñez.	0	1	2
12. He leído un cuento a un niño/a.	0	1	2
13. He sido canguro de hijos de otras personas.	0	1	2
14. He practicado algún deporte.	0	1	2
15. He dado ropa, ayuda económica o cosas personales a una organización sin ánimo de lucro u ONG... (como "Cáritas", "Cruz Roja", "Humana", etc.).	0	1	2
16. He sido elegido o promovido a un puesto de dirección o de más responsabilidad.	0	1	2
17. He tomado alguna decisión que ha influido a muchas personas.	0	1	2
18. He cenado en un restaurante.	0	1	2
19. He realizado alguna actividad manual o artística (como alfarería, bordado, marquetería, pintura, etc).	0	1	2
20. He realizado algún proyecto para una organización o grupo de fuera de mi propia familia.	0	1	2

21. He visitado a alguien no pariente en un hospital o en una residencia.	0	1	2
22. He leído una novela.	0	1	2
23. He hecho algo para alguien y después se lo he dado.	0	1	2
24. He utilizado mis experiencias pasadas para ayudar a una persona a adaptarse a una situación.	0	1	2
25. He recogido basura o desechos de la calle o de algún otro sitio que no es de mi propiedad.	0	1	2
26. He orientado a una persona extranjera sobre cómo ir a alguna parte.	0	1	2
27. He asistido a una reunión de la comunidad o del barrio.	0	1	2
28. He escrito un poema o una historia.	0	1	2
29. He recogido a un animal doméstico.	0	1	2
30. He hecho cosas que otras personas consideran que son únicas e importantes.	0	1	2
31. He asistido a una reunión o actividad en una iglesia (distintas del culto convencional como la misa, etc.).	0	1	2
32. He ofrecido ayuda física y material a un amigo o conocido (p. ej., les he ayudado a trasladarse, a arreglar el coche, etc.)	0	1	2
33. He mantenido una charla con un amigo/a o miembro de la familia.	0	1	2
34. He contribuido con tiempo o dinero a una causa política o social.	0	1	2
35. He plantado o cuidado un jardín, árbol, flor, u otra planta.	0	1	2
36. He escrito una carta a un periódico, revista, político/a, etc. sobre un problema social.	0	1	2
37. He cocinado una comida para los amigos (no familiares).	0	1	2
38. He donado sangre.	0	1	2
39. He recibido alguna prescripción médica.	0	1	2
40. He cosido o remendado un vestido u otro objeto.	0	1	2
41. He restaurado o rehabilitado la casa, parte de la casa, una pieza, etc.	0	1	2
42. He montado o reparado el juguete de un niño.	0	1	2
43. He votado en elecciones políticas o administrativas.	0	1	2
44. He inventado algo.	0	1	2
45. He proporcionado primeros auxilios u otra atención médica.	0	1	2
46. He asistido a una fiesta.	0	1	2
47. He tomado una siesta por la tarde.	0	1	2
48. He colaborado o participado en la recogida de fondos para ayudar o beneficiar a personas necesitadas.	0	1	2
49. He estado aprendiendo una nueva habilidad (p. ej., idiomas, programas informáticos, instrumento musical, etc.).	0	1	2
50. Me he convertido en padre/madre (he tenido o adoptado a un hijo/a, o me he convertido en padre/madre de acogida).	0	1	2