

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

NIVEL DE AUTOESTIMA EN MUJERES CON
DROGADICCIÓN EN CENTROS DE REHABILITACIÓN

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Mariana Judith García Zarco

ASESOR: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán, 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Con especial cariño,
para todos los ángeles que
han iluminando mi camino,
durante todo este tiempo.

Gracias Infinitas.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes	3
Planteamiento del problema	7
Objetivos de la investigación	9
General	9
Particulares	9
Hipótesis	9
Justificación	10
Marco de referencia	12
CAPÍTULO 1. AUTOESTIMA	15
1.1.- Conceptualización de autoestima	15
1.2.- Pilares de la autoestima	17
1.2.1.- Autoconcepto	17
1.2.2.- Autoconfianza	19
1.2.3.- Autoeficacia	20
1.2.4.- Autoaceptación	21
1.2.5.- Autorrespeto	22
1.2.6.- Autoconocimiento	23
1.3.- Elementos: afectivo, cognitivo y conductual	24
1.4.- Origen y formación de la autoestima	26

1.5.- Niveles de autoestima	31
1.6.- Importancia de la autoestima	34
CAPÍTULO 2. DROGADICCIÓN	38
2.1.- Definición de drogadicción y conceptos relacionados	39
2.2.- Características de la drogadicción	41
2.2.1.- Alteraciones fisiológicas	42
2.2.2.- Alteraciones de conducta	43
2.2.3.- Dependencia	44
2.2.4.- Síndrome de abstinencia	46
2.3.- Sustancias adictivas	47
2.4.- Teorías globales del proceso de adicción	50
2.4.1.- Codependencia en relación con el adicto	51
2.4.2.- Personalidad adictiva	56
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	58
3.1.- Descripción metodológica	59
3.1.1.- Enfoque cuantitativo	59
3.1.2.- Estudio no experimental	60
3.1.3.- Diseño transeccional	61
3.1.4.- Estudio exploratorio	61
3.1.5. Técnicas de medición	62

3.2.- Descripción de la población y la muestra	.	.						64
3.3.- Descripción del proceso de investigación	.	.						66
3.4.- Análisis de resultados	.	.	.	.	.	.	.	69
3.4.1.- Autoestima familiar	.	.	.	.	.	.	.	69
3.4.2.- Autoestima social.	.	.	.	.	.	.	.	72
3.4.3.- Autoestima general	.	.	.	.	.	.	.	74
CONCLUSIONES	.	.	.	.	.	.	.	77
BIBLIOGRAFÍA	.	.	.	.	.	.	.	81
HEMEROGRAFÍA	.	.	.	.	.	.	.	86
ANEXOS								

Resumen

La presente investigación estuvo destinada a examinar el nivel de autoestima en mujeres de centros de rehabilitación, de las ciudades de Uruapan y Morelia, Michoacán. Para la obtención de los datos de la población, se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith, considerando las subescalas de autoestima social, escolar, general y en el hogar. Al realizar el análisis de los datos obtenidos se utilizó la medida estadística de la media aritmética. Obteniendo como resultado que los puntajes de la población femenil, se encuentran ubicados en el nivel de autoestima bajo en todas las subescalas del Inventario. De esta manera, la hipótesis de trabajo se comprobó al obtener que el nivel de autoestima de las mujeres de los centros de rehabilitación en adicciones es bajo.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis expone el nivel de autoestima en mujeres que han consumido drogas y se encuentran en distintos centros de rehabilitación en la ciudad de Uruapan y Morelia, Michoacán.

Branden (1999) definió la autoestima como un estado en el que el sujeto está en plena disposición de consciencia, es apto para darse cuenta de que es competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida y de que es merecedor de felicidad.

Como premisa inicial se puede suponer que, de alguna forma, las personas involucradas en un proceso autodestructivo, por lo regular presentan niveles de autovaloración más bajos que el normal de la población.

La importancia que tiene la autoestima en las personas, se debe a que brinda al sujeto el concepto de sí mismo formando una unidad consciente y subconsciente de quien él piensa que es. Le permite identificar sus rasgos físicos y psicológicos, sus cualidades y defectos, pero sobre todo, representa el componente evaluativo de sí mismo (Branden; 1998).

La vida de la mujer actual está atravesando una etapa de transición, su rol en la sociedad se ha ido modificando y, por ende, su función dentro de la familia, tal situación se manifiesta después de años de sometimiento a una cultura que

desvaloriza a la mujer y la sitúa en un estado de ser inferior, sin ninguno de los derechos del hombre.

Censos estadísticos muestran cifras que indican que la mujer cambia de manera cada vez más drástica su estilo de vida, lo cual incluye mayor consumo de sustancias adictivas como los enervantes, el alcohol y el tabaco.

Es un aspecto primordial entender la función del nivel de autoestima para que una persona se convierta en consumidora de drogas y más aún en las mujeres, que constituyen un sector que ha estado crónicamente relegado del desarrollo social.

La calidad de vida personal está notablemente influida por la forma como cada persona se percibe y se aprecia. La valoración que cada individuo hace de sí mismo es lo que en la literatura científica se ha nombrado autoestima.

Antecedentes

Dentro del contexto social, se ha percibido que tanto el abuso de drogas como la adicción constituyen problemas de orden social, que afectan no sólo a quien las padece, sino también a quienes rodean y conviven con la persona drogadicta.

Del concepto drogadicción se han derivado algunos otros que hacen alusión a parte de las problemáticas que se engloban en aquella. Enseguida se definirán algunos de ellos, con el fin de esclarecer la drogadicción como concepto.

Conforme al planteamiento de Rosenzweig y Leiman, se definirán y diferenciarán los conceptos de abuso de drogas, adicción a drogas y dependencia, tanto física como psíquica hacia las drogas.

- “Abuso de drogas: Es el empleo autoadministrado de cualquier droga de modo que se desvía de los patrones médicos o sociales aprobados en una cultura determinada.
- Adicción a drogas: Estado de uso compulsivo de la droga caracterizado por una necesidad imperiosa de consumir la droga, el aseguramiento de su suministro y una elevada tendencia a la recaída, que cesa cuando se ha consumido la droga.
- Dependencia de drogas: Condición en que un individuo requiere una droga para funcionar normalmente.

- Dependencia física: Estado adaptativo producido por el empleo de una droga, manifestado por intensos trastornos fisiológicos cuando se interrumpe el consumo de droga.
- Dependencia psíquica: Una condición caracterizada por una intensa intención o deseo vehemente de una droga, cuyos efectos el consumidor siente como necesarios para tener una sensación de bienestar.” (Rosenzweig y Leiman; 2004: 225)

Dado que la autoestima constituye una variable, que ha sido objeto de estudio en esta investigación, se dará una breve definición de ella, para lo cual se hace referencia a Allport (citado por Cloninger; 2003). Este autor hace mención de la autoestima como un sinónimo de la valoración que el sujeto hace de su yo, el cual comienza a formarse en el niño entre los dos y los tres años de edad, con lo cual inicia, a su vez, el desarrollo de la capacidad de enorgullecerse de los logros, la capacidad de humillación y el egoísmo.

Algunos estudios realizados sobre la influencia del nivel de autoestima en la susceptibilidad de los sujetos a convertirse en adictos a las drogas, han brindado consistentes hallazgos de correlación. A continuación se hace referencia a algunas investigaciones con resultados sobresalientes en este tema y que, sobre todo, presentan conclusiones que sirven como antecedentes del presente estudio.

Musitu y colaboradores realizaron una investigación durante el periodo del año 2003 al 2004, donde se pretendía analizar las relaciones directas e indirectas entre el funcionamiento familiar, la autoestima considerada desde una perspectiva multidimensional (autoestima familiar, escolar, social y física) y el consumo de sustancias. La población en la que se realizó la investigación se dividió en dos muestras independientes de adolescentes españoles y los resultados que se encontraron “apoyan la función mediadora de la autoestima y sugieren que, en dicha relación, las características del funcionamiento familiar únicamente constituyen un factor explicativo distal del consumo de sustancias en la adolescencia; es decir, las características positivas o negativas del funcionamiento familiar potencian o inhiben las autoevaluaciones positivas del adolescente en los distintos dominios relevantes de su vida (familia, escuela, sociabilidad y apariencia física), autoevaluaciones que son a su vez importantes predictores del consumo de sustancias de los adolescentes” (Musitu y cols.; 2007: 9)

Un estudio realizado en la ciudad de Talca, Chile, estuvo destinado a examinar la relación entre la conducta de fumar reportada por los adolescentes y las variables de autoeficacia y autoestima. Los adolescentes de esta muestra estaban en un rango de los 16 a 19 años de edad y contestaron el inventario de autoestima de Coopersmith. Los resultados obtenidos muestran que en las mujeres fumadoras existe una correlación negativa significativa entre consumo de cigarrillos, autoeficacia y autoestima en el hogar; sin embargo, en los hombres fumadores no se obtuvo correlación significativa entre autoeficacia o autoestima y consumo de cigarrillos (Olivari; 2005).

Otro estudio que pretendía hacer una medición de la autoestima del adolescente y su relación con el riesgo de consumo de alcohol, realizado en el estado de Carabobo, Venezuela, en 1998 y 1999, arrojó como resultado que “el grupo estudiado tiene un nivel de autoestima alto. El 77% del total de la población estudiada está ubicada en este nivel. Sin embargo, los aspectos emocionales, familiares, educativos, socioculturales y de relaciones con amigos, son los más vulnerables, pues presentan un índice de severidad mayor de 30%, lo que ubica a esta parte de la muestra en la categoría de alto riesgo. Al analizar el índice de severidad global se encontró que 22.9% de los adolescentes encuestados tiene un riesgo por encima de 30% de consumir alcohol. La relación entre la autoestima y el riesgo de consumo de alcohol es inversamente proporcional, al aplicar la prueba de Pearson se obtuvo un resultado de $r = - 0.26$; con un nivel de confianza de 95%” (Navarro; 2002).

El escenario en el que se ha llevado a cabo el estudio que presenta esta tesis, está constituido por cuatro centros de rehabilitación de la ciudad de Uruapan, Michoacán. La población que conforma estas clínicas incluye solamente mujeres de muy diversas edades, de diferentes estados civiles y ocupaciones, adicionalmente, la duración de su estancia en rehabilitación es variable.

Planteamiento del problema

Es algo comúnmente aceptado que las personas necesitan el reconocimiento de sus obras, para así sentirse felices y satisfechos. Cuando la persona se siente valorada y querida por aquellos que la rodean (no sólo en su entorno más cercano, como con su pareja, familiares o amigos, sino en entornos más amplios), su autoestima estará en el lugar que le corresponda y esto la hará sentirse bien consigo misma y con las demás personas. Cuando no es de esta forma, se generan problemas de autoestima que producen en el sujeto una falsa percepción de sí mismo, ocasionando sentimientos de minusvalía.

Respecto a la situación anterior, es oportuno considerar que “tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso. Tener una autoestima baja es sentirse inepto para la vida, desacertado como persona y tener una autoestima término medio es fluctuar entre sentirse acertado y desacertado como persona, y por lo tanto, manifestar estas incoherencias en la conducta” (Branden; 1998:11).

De acuerdo con lo anterior, se podría hacer la suposición de que las personas cuya autoestima es baja, a menudo sienten que no poseen fuerza interior para enfrentarse a la vida; experimentan sentimientos de soledad, tristeza, impotencia y minusvalía, lo que las hace más propensas a involucrarse en problemas sociales: drogas, delincuencia, embarazo no deseado, prostitución, por mencionar algunos, mientras que la autoestima positiva facilitaría su camino hacia una vida más plena.

Las drogas han sido utilizadas como herramientas de uso médico, de aquí se ha partido a sus usos socialmente sancionados y a su abuso. La reacción social frente al uso del alcohol y otras drogas por mujeres, ha sido tradicionalmente más negativa que la reacción frente al uso de las mismas drogas por los hombres.

A las mujeres drogadictas se les ha visto con mayor dureza, posiblemente porque ellas representan símbolos morales y sociales cuya capacidad para dar vida y nutrir a las nuevas generaciones ha tenido gran estima en los pueblos y culturas. A pesar de que un gran número de mujeres está comprometido con el uso de las drogas, es poco lo que se ha hecho en materia de investigación para aclarar los probables componentes socioculturales y de personalidad asociables a ese uso.

La ingestión de alcohol, por ejemplo, podría ser consecuencia de la crisis de identidad que la mujer experimenta en la edad madura, cuando los hijos abandonan el hogar o cuando ocurre el divorcio o la muerte del cónyuge. La soledad, el aburrimiento, la depresión, los problemas conyugales o la menopausia han sido también vistos como antecedentes en el empleo de drogas como antidepresivos o tranquilizantes, los cuales supuestamente ayudan a la mujer a resolver situaciones estresantes derivadas de sus complicados roles y responsabilidades, sin embargo, éstas son sólo algunas suposiciones que se han venido haciendo.

De tal manera, que la incógnita mayor para esta investigación ha sido ¿Cuál es el nivel de autoestima que presentan las mujeres drogadictas de los centros de rehabilitación de las ciudades de Uruapan y Morelia, Michoacán?

Objetivos de la investigación

- Objetivo general

Determinar el nivel de autoestima en mujeres de los cuatro centros de rehabilitación.

- Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Explicar los componentes que integran a la autoestima.
3. Definir el concepto de drogadicción.
4. Describir el ciclo de conducta autodestructiva que conduce a la drogadicción.
5. Medir el nivel de autoestima de las mujeres de los cuatro centros de rehabilitación.

Hipótesis de investigación

- Hipótesis de trabajo:

El nivel de autoestima de las mujeres de los centros de rehabilitación en adicciones es bajo.

- Hipótesis nula:

El nivel de autoestima de las mujeres de los centros de rehabilitación en adicciones es igual que el promedio de la población normal.

- Hipótesis alternativa:

El nivel de autoestima de las mujeres de los centros de rehabilitación en adicciones es alto.

Justificación

La importancia que tiene el medir el nivel de autoestima en mujeres drogadictas de los centros de rehabilitación, se debe principalmente a que en los últimos años han crecido de manera alarmante las cifras de mujeres dependientes a las drogas, de tal manera que conocer el nivel de autovaloración que estas mujeres presentan, puede servir de guía para desarrollar programas que permitan el desarrollo adecuado de la autoestima, esto como un recurso que provee a la población femenina de herramientas que las ayuden a combatir la dependencia de las drogas.

Es por esta razón que estudiar los elementos relacionados a las adicciones en las mujeres se vuelve crucial, pues es de suma importancia combatir con urgencia el índice creciente de estas cifras. Para dicho cometido es necesario, antes que

cualquier otra tarea, haber identificado si la autoestima en ellas se encuentra alterada, para entonces proceder a hacer asociaciones entre el nivel de autoestima y la susceptibilidad a caer en la dependencia de las drogas.

La población femenina de los centros de rehabilitación, donde se ha llevado a cabo el estudio, tiene el beneficio de contar con los resultados de un estudio que les ayuda a que estas clínicas mejoren sus programas de desintoxicación y rehabilitación para ellas.

Con esta investigación se pretende arrojar resultados que revelen los índices de autoestima que presentan las mujeres drogadictas de dichos centros, con lo cual se podrá corroborar el valor que tiene la autopercepción y el propio valor que el individuo se otorga para decidir las orientaciones que toma en la vida.

Los resultados que se obtengan no podrán ser generalizados a todas las mujeres del mismo perfil, sin embargo, servirá como referencia para toda la población de los centros de rehabilitación, lo cual garantiza que las mejoras que decidan aplicarse al programa de rehabilitación, a partir de estos resultados, serán más acertadas. El instrumento con el que se ha de evaluar este concepto de autoestima es un cuestionario, que de manera directa arrojará los niveles de autoestima.

Marco de referencia

La presente investigación está realizada en cuatro centros de recuperación femenil, los cuales son: Camino una Nueva Vida A.C., Centro Providencia, I.A.P., Centro de Restauración y Ayuda Comunitaria, A.C., los cuales están ubicados en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Además se integró el centro denominado Fundación Pacífica A.C., ubicado en la ciudad de Morelia, Michoacán.

Estos centros nacen de la necesidad de fundar instituciones que presten un servicio social profesional a mujeres que presentan problemas de conductas adictivas y autodestructivas. Se da atención a las mujeres, no sólo con problemas de adicción sino de violencia intrafamiliar, abuso físico, sexual, psicológico y económico, con esto se motiva cada vez más el interés de conservar albergues que den el cuidado imperioso a la necesidad que manifiesta la mujer de recibir atención a sus problemas y tener un espacio donde encuentre el sentido a la vida; complementariamente, se persigue que refuerce sus valores, se capacite laboral y educativamente.

Estos centros de recuperación están enfocados a la atención de mujeres que llegan a internarse en ellos por problemáticas de adicciones. Las edades de las mujeres que atienden oscilan desde los 12 hasta los 65 años de edad. Actualmente, cada uno de los centros tiene una población variable de internas, de las cuales en su mayoría reciben atención de profesionales de la salud, psicólogos, terapeutas especializados en adicciones, maestros, religiosos, educadores físicos, así como

personal capacitado en las diferentes áreas que comprende esta enfermedad: física, mental y emocional. De igual manera, se le brindan primeros auxilios y medicina alternativa.

El fin de estas clínicas femeniles es ser centros de recuperación contra las adicciones, para lo cual se basan en un programa de recuperación y rehabilitación, que consiste en dos modalidades: cerrada (Internamiento) y abierta (Programa de Prevención de Recaídas).

Para los trastornos de la alimentación se siguen los lineamientos de la APA (Asociación Psiquiátrica Americana). También se trabaja con el programa “12 pasos de AA” que les ayuda en el tratamiento de la adicción hacia el alcohol y otras drogas.

El modelo es ofrecido por profesionales especialistas con el fin de brindar una mayor seguridad para obtener mejores resultados, se maneja de una manera muy importante la atención personalizada que garantiza un adecuado trato humano.

El tratamiento consiste en desintoxicación bajo estricta supervisión médica y rehabilitación. Para aplicar este modelo se hacen varios estudios del paciente, el cual pasa por diferentes procesos de investigación, se evalúa el estado físico, psíquico, espiritual, social y nutricional. Y para garantizar un resultado notable, ofrecen el seguimiento, que les sirve como postratamiento y ayuda a reforzar el crecimiento personal.

En cuanto a las instalaciones, se ha buscado que brinden un ambiente de armonía, tranquilidad y comodidad a las internas con el fin de que se efectúe su rehabilitación de la mejor forma posible. Cada una de las clínicas es diferente en su estructura y división, sin embargo, tienen características similares como: un área médica con consultorio y/o sala de desintoxicación; el área de usos múltiples, que incluye el comedor, la cocina, la sala de terapia, sala de esparcimiento y usos múltiples; el área de dormitorios y el área administrativa, donde se encuentran las oficinas principales de dirección.

Las instituciones cuentan con todos los servicios básicos, como agua, luz, drenaje y teléfono; sus instalaciones físicas se encuentran en estado aceptable y conservado.

Todos los servicios de los centros de Uruapan, Michoacán, como son: aseo, preparación de alimentos, cuidado del lugar, mantenimiento del orden entre las internas y el cuidado de el acceso al lugar, es una labor que es efectuada por todas las internas del centro; entre ellas se dividen las tareas y se calendariza un rol de actividades. Solamente Fundación Pacífica cuenta con personal específico para realizar estas actividades.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

En el presente capítulo se abordará de manera documentada la principal variable de esta investigación: la autoestima. Todas las personas emiten juicios de valor sobre sí mismas, pues constantemente están haciendo una evaluación de los propios actos, conductas, sentimientos y cogniciones que se adoptan ante la vida.

Los aspectos a abordar de la autoestima van desde su conceptualización, los factores que son determinantes para que surja, los elementos que la componen, las situaciones que la desarrollan y las funciones que dicho componente de la personalidad tiene en la vida de las personas.

1.1.- Conceptualización de autoestima

El vocablo autoestima ha estado muy ligado a la palabra autoevaluación, incluso se les ha usado como sinónimos, sin embargo, el segundo término es apenas una de las características del primero. Debido tal situación, es importante esclarecer diferentes definiciones de éste, para comenzar a formar una idea más estructurada.

La autoestima ha sido conceptualizada por Branden (1999) como un estado en el que el sujeto tiene disposición de consciencia para darse cuenta de que es

competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida y de que es merecedor de felicidad. Esta idea se compone de la autoeficacia y el autorrespeto.

Rogers, mencionado por Posse y Melgoza (2001), expresa que la autoestima es una estructura organizada y consciente, compuesta por percepciones, valores e ideales, los cuales son formulados por el individuo de manera provisional acerca de su percepción de la realidad, y no necesariamente de la realidad en sí.

La autoestima, vista como sinónimo de la autovaloración, se puede entender como “el juicio personal que alguien realiza sobre su propio valor, basado en su conducta, está en consonancia con el ideal de sí mismo. La frecuencia con que una persona alcanza sus metas influye de forma directa en los sentimientos de competencia (autoestima alta) o inferioridad (autoestima baja)” (Wiscarz y Laraia; 2006: 305).

La valoración de sí mismo o autoestima no es simplemente el juicio de valor que el sujeto realiza de él, también es una capacidad de sentirse hábil e importante para los otros, involucra el grado de respeto y amor que el propio sujeto se tiene (Eguiluz; 2003).

Al ser un elemento que se encuentra en los individuos de manera permanente y oscilante, es un factor que comienza a desarrollarse desde la infancia y de igual manera tiene funciones específicas en estas etapas de la vida. Posse y Melgoza (2001) menciona que en la infancia, la autoestima es una estructura bien organizada

de la propia imagen, la cual es edificada por el niño partiendo de la percepción de sus capacidades y limitaciones. Esto le permite formar un retrato consciente de sí mismo, con el cual identifica su autenticidad, con base en lo que espera de sí y de su capacidad.

Una integración de los factores que dan origen a la autoestima en los individuos, propone que estima por sí mismo es conceptualizada como “una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo. Interna en cuanto al valor que se le atribuye a el yo y externa se refiere al valor que el sujeto cree que otros le dan” (González-Arratia; 2001: 20).

Dentro de esta investigación, se considerará como base del término autoestima la definición elaborada por Coopersmith, quien la menciona como “la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona respecto a sí misma; expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso. En resumen, la autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí” (citado por Crozier; 2001: 205).

1.2.- Pilares de la autoestima

Este vocablo tiene su importancia como elemento que propicia la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental. Como parte de la autoestima, se encuentran elementos como el autoconcepto, la autoaceptación, el autoconocimiento, la autoimagen, la autoconfianza y el autorrespeto, los cuales se detallarán enseguida.

1.2.1.- Autoconcepto

El autoconcepto “abarca las ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de sí mismo, incluyendo las imágenes que otros tienen de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser” (Beltrán y Bueno; 1995: 213).

Dicho componente de la autoestima es una forma de autopercepción en la que el individuo piensa de sí mismo; está compuesto por actitudes, creencias, percepciones y autoevaluación. Es un elemento que permite que cada sujeto conforme su identidad para así poder llegar a crear un comportamiento consistente y coherente (Lamb et al.; 2006).

El concepto del yo o autoconcepto tiene funciones de una instancia cognitiva, como agente conocedor o como proceso de experiencia activa. A su vez, engloba los aspectos físico y mental que cada persona tiene de sí misma, de tal manera que

dentro del autoconcepto, se encuentra muy vinculada la autoimagen, pues ésta constituye el concepto que el individuo tiene de su imagen corporal y física, la cual, a su vez, representa la imagen visible y material del yo, y refleja las actitudes personales que toma el sujeto consigo mismo y con los demás; de manera relacional, las actitudes y sentimientos que se tienen sobre la imagen corporal brindan una idea del autoconcepto de la persona. De tal forma, que tanto el autoconcepto como la autoimagen se desarrollan en un proceso paralelo (Novel y Lluch; 2000).

En este sentido, “El yo es el centro unificador de la conciencia, el núcleo irreductible de la conciencia del sí mismo: lo que genera y sostiene un sentido del sí mismo, de la identidad personal” (Branden; 2005: 42).

Como conclusión, se puede adoptar el planteamiento de que “el autoconcepto combina la autoimagen ideal (la forma en que el individuo desearía ser) y la autoimagen real (la forma en que el individuo se percibe)” (Lamb et al.; 2006: 178).

1.2.2.- Autoconfianza

La autoconfianza no solamente es un elemento de la inteligencia emocional, sino que representa una característica esencial de la formación de la autoestima, pues es una actitud positiva y equilibrada del yo, una creencia básica de que se puede hacer lo necesario para tener los resultados deseados. Contar con el

elemento de autoconfianza, genera en el individuo fortaleza para superar barreras y perseverancia para cumplir objetivos (Sterrett; 2000).

La confianza en sí mismo significa tener seguridad de que la propia mente es una herramienta fiable de cognición, que da la certeza de pensar, juzgar, saber y respetar la propia realidad (Branden; 2005).

1.2.3.- Autoeficacia

Bandura ha definido la autoeficacia como “los juicios que hacen las personas sobre sus capacidades de organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para alcanzar determinados tipos de resultados. No tiene que ver con las destrezas que tenga la persona, sino con los juicios que pueda hacer, con independencia de las destrezas que posea” (Crozier; 2001: 201).

La eficacia personal es confiar en la capacidad para pensar, aprender, entender, elegir y tomar decisiones, esto genera en el individuo el sentimiento de control sobre la vida, lo cual es asociado con un bienestar psicológico, pues simboliza el sentimiento de vivir como una persona activa frente a los acontecimientos (Branden; 2007).

De igual manera, este concepto representa la confianza que la persona tiene en su capacidad para realizar tareas específicas: cuanto mayor es la percepción de

las propias habilidades, tanto mayor será la confianza del individuo en sí mismo para desarrollar dichas tareas. Los individuos con alta autoeficacia son aquellos que logran exitosamente el cumplimiento de sus metas; por el contrario, el fracaso de estas metas representa un bajo nivel de autoeficacia (Hellriegel y Slocum; 2004).

1.2.4.- Autoaceptación

“La autoaceptación (self-acceptance), es el reconocimiento y aprobación de las propias cualidades y limitaciones” (Anderson et al.; 2003:153).

Este término se refiere a un tipo de orientación en la que el individuo se valora y se compromete consigo mismo, se refleja como un acto de autoafirmación. Cuando el sujeto se rechaza, está negándose la oportunidad del autorreconocimiento de habilidades y capacidades, por tanto se elimina la capacidad del realismo de uno mismo (Branden; 2007).

La confianza en uno mismo simboliza la posibilidad que tiene el sujeto de mejorar la ejecución de las tareas que realiza, puesto que de esta manera, el individuo es capaz de reconocer sus habilidades, y así genera sentimientos de confianza y seguridad en sus propios actos; es un factor que está vinculado a la capacidad de atención del sujeto, esto es, el nivel de cuidado que pone a sus logros y éxitos, para lo cual realiza un análisis de las cualidades que le han permitido gozar de esas satisfacciones (Viadé et al.; 2003).

1.2.5.- Autorrespeto

El autorrespeto como factor de la autoestima, permite reafirmar la valía personal, se manifiesta por actitudes positivas, permite la comunicación no neurótica con los demás y la independencia (Branden; 2007).

El respeto a uno mismo se manifiesta en la congruencia de los actos, es decir, actuar de acuerdo con lo que se dice y se piensa; cada persona ejerce su libertad de elección al establecer sus propios límites y así alimentar la propia confianza, al ser capaz de pedir lo que desea, hablar de manera clara y directa sobre sus sentimientos, alejarse de aquello que le desagrade y establecer límites a los otros (Pick et al.; 2001).

Respecto a lo anterior, “La autoconfianza y el autorrespeto se sostienen viviendo auténticamente. En eso consiste el coraje de ser quienes somos, preservando la coherencia entre nuestro sí mismo interior y el sí mismo que presentamos al mundo. En sentido literal, significa vivir autoafirmativamente; que manifestemos al mundo aquello que pensamos, valoramos y sentimos” (Branden; 1998:153).

1.2.6.- Autoconocimiento

Otro elemento de la autoestima es el conocimiento de uno mismo (autoconocimiento). De manera sencilla, se puede decir que se refiere a conocer el propio yo, o “self”, tomando consciencia de sus partes desconocidas o inconscientes, para conocerse más y mejor.

Norris percibe el autoconocimiento como “el proceso de mirarse a uno mismo, los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, habilidades y conductas en el entorno pasado, presente y futuro, en un camino abierto y honesto” (Novel y Lluch; 2000: 38).

En relación con la misma idea, “El autoconocimiento permite estar en contacto con las diferentes partes del yo y favorece la integración de las mismas de forma que todas constituyan un todo coherente y afín a la persona” (Novel y Lluch; 2000: 40).

Para concluir, se puede aseverar que todos los componentes anteriormente expuestos forman la autoestima, ya que desarrollan habilidades en el sujeto que le ayudan a funcionar de manera más funcional en su entorno; cada elemento brinda características particulares de comportamiento social al individuo y le vincula con distintos niveles de desarrollo de su autoestima. Con esto se entiende que la autoestima se puede evaluar en grados o niveles de estima, los cuales se detallarán más adelante dentro de este capítulo.

1.3.- Elementos: afectivo, cognitivo y conductual

Al mencionar que la autoestima esta compuesta por elementos que le dan significancia al contexto del sujeto, es necesario recordar la consideración realizada por González-Arratia, al mencionar a Coopersmith, quien hace referencia a la autoestima como “la evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre sobre sí mismo, expresa una actitud de aprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso. Es decir, es el juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo. La autoestima es la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue; esta abstracción es representada por el símbolo mí, que consiste en la idea que la persona tiene sobre sí misma” (González-Arratia; 2001: 18).

El componente cognitivo se desarrolla como un reflejo de las experiencias que se tienen con los demás, pues esto genera en el individuo pensamientos que le orientan acerca de su valor y forma creencias de quién es él, ya que la manera en que la gente responda al individuo creará indicios de la importancia o valor que él tiene (Miles y William; 2001).

Coopersmith consideró que para que se desarrollen los elementos cognitivo, conductual y emocional de la autoestima, es necesario que el sujeto viva las siguientes experiencias: “el tratamiento de ciertos factores significantes como consecuencia de que otros nos valoran, la historia de éxitos o el reconocimiento

social de nuestros logros, los valores y las aspiraciones que determinan la consecución de un logro y el estilo particular de defender la autoestima o la forma de responder a los sucesos negativos que nos afectan personalmente” (citado por Pastor; 2002: 71).

El componente afectivo, por su parte, surge de la vinculación emotiva que se forma con las personas significativas para el sujeto, éstas transmiten al individuo mensajes sobre sus sentimientos de valía hacia él y le dan significados que él ira atribuyendo como propios o no. Esto indica que mientras el sujeto se sienta valioso y capaz, podrá entonces tener éxito, mientras que si él mismo no se aprueba y se siente fracasado, le será más difícil tener éxito (Miles y William; 2001).

El elemento conductual se presenta en las actitudes y acciones que el sujeto emprende en su vida, ya sea a manera de proyectos, planteamientos de metas e incluso en sus relaciones interpersonales.

Los componentes cognitivo, emocional y conductual de la autoestima están determinados por cuatro características que según Coopersmith, sirven para que el sujeto pueda fundamentar la imagen de valor que va creando de él. La primera característica es la significación, se refiere al grado en el que la persona siente que es aceptada y valorada por quienes le rodean, esto esta ligado al componente afectivo. La segunda característica es la competencia, que se encuentra asociada al componente conductual, pues se enfoca a la capacidad que el sujeto percibe que tiene para desempeñar tareas que considera importantes. La virtud es la tercera

característica y está más vinculada a lo cognitivo, ya que se refleja como la capacidad o facilidad mental de la persona para obtener e incorporar a su esquema mental niveles morales y éticos. La última característica es el poder, que es afín con todos los componentes, pues representa la suma de todas las características y permite al sujeto manifestar en menor o mayor grado influir en su vida y en la de los demás (Tito et al.; 2006).

1.4.- Origen y formación de la autoestima

El desarrollo de la autoestima no es más que un reflejo de las experiencias, ya que se vincula con la forma en que las personas le responden o proporcionan un indicio de valía al individuo. En el caso de un recién nacido, aún no tiene un concepto de sí mismo ni experiencias pasadas de los otros para poder juzgar su propio sentido de valía personal, así que conforme el niño va creciendo, almacena experiencias de sus relaciones con los otros, las cuales le permiten ir formando su sentido de autoestima. Si las experiencias con los otros han sido positivas, se esperaría que la autoestima sea más elevada, que la de aquel que ha tenido relaciones interpersonales en las que se ha sentido ignorado o poco amado (Miles y William; 2001).

“La autoestima procede de dos fuentes principales: el yo y los demás. En primer lugar, está en función de ser amado y obtener el respeto de los demás. La autoestima disminuye cuando se pierde el amor y cuando no se percibe la

aprobación de los demás. A la inversa, aumenta cuando se recupera el amor y se es aplaudido y elogiado” (Wiscarz y Laraia; 2006: 305).

Coopersmith enuncia el orden en el que se compone la autoestima y los factores que se van formando en cada etapa de su estructuración, los cuales se describirán a continuación de manera general. El primer elemento que nace para que surja la autoestima es el autorreconocimiento, que surge alrededor de los 18 meses de edad, cuando el infante es capaz de reconocer su propia imagen en el espejo; continúa con la autodefinición, que se presenta a los 3 años, es el momento en el que el niño reconoce las características que le definen de manera externa; después, entre los 6 y 7 años la descripción es ya de forma psicológica, cuando el sujeto introyecta el concepto de yo verdadero e ideal. Le sigue el autoconcepto, que se forma de los 6 a los 12 años, o en la edad escolar, donde se manifestarán las ideas que dan el valor personal, es en este momento cuando ya se elabora de forma más estructurada y organizada una concepción de la autoestima como un sentimiento positivo o negativo (Tito et al.; 2006).

Posse y Melgoza (2001) menciona que para que la autoestima se forme, influyen aspectos biológicos y sociales, sin embargo tienen mayor peso los sociales pues incluyen factores como: el grado de aspiración, la aprobación del mundo adulto, el grado de responsabilidad asignada, el efecto de los medios de comunicación, el estilo de vida y la escala de valores. De tal manera que la autoestima es el resultado de un proceso interior y personal, que de manera directa se ve influido por otros

agentes como los padres, adultos, maestros, amigos y del medio social en el que el individuo se desenvuelve.

En el desarrollo de la autoestima, se ha destacado la familia, en especial los padres, como una influencia reveladora, pues el contexto familiar provee al sujeto de las experiencias interpersonales necesarias para aprender su propia valoración; la familia se convierte en un factor que, de acuerdo con el ambiente, puede favorecer o inhibir una autoestima adecuada (Medina; 1990).

Pick (citada por Juárez; 2006) menciona que la autoestima comienza su formación en las personas incluso antes del nacimiento, pues el hecho de que un hijo sea deseado y esperado por los padres, hará que el niño se sienta querido y aceptado. El núcleo familiar proveerá al niño de las herramientas necesarias para que construya su autoestima, ya sea de forma adecuada o inadecuada. Además, tanto las actitudes como las características personales de la madre y del padre serán generadoras de sentimientos de confianza y valía en el infante, o de lo contrario, producirán desconfianza y temores.

La autoestima tiene su origen en la infancia, con base en aspectos que la familia potencia en el niño como la calidez, la implicación, la coherencia, los elogios y el respeto. Asimismo, Coopersmith y Mruk (citados por Wiscarz y Laraia; 2006) mencionan que las formas en las que se puede estimular la autoestima en el niño consisten en proporcionarle experiencias para el éxito, inculcarle ideales, animarle en

sus aspiraciones y ayudarle a construir defensas contra el ataque que recibirán sus percepciones sobre sí mismo

El niño comienza a buscar su propia identidad desde que nace y ésta va aumentando conforme él va creciendo, mientras recibe estimulación de su medio ambiente, por el cuidado y lecciones que los padres le dan. Desde el momento de la lactancia y especialmente durante la interacción madre-hijo, el niño va adquiriendo la consciencia de sí mismo; así, poco a poco el infante va evolucionando desde su sentido de egocentrismo hasta adoptar paulatinamente el concepto del yo en relación con los demás, de este modo es como la autoestima se va reafirmando, lo anterior ayuda a que el niño forme una madurez plena, tanto en el aspecto físico como en lo psicológico, moral, social y espiritual (Posse y Melgoza; 2001).

Para que la autoestima pueda surgir, primeramente se desarrolla la autoimagen, que es el resultado de la propia identificación y se da los tres a los seis años de edad, esto es, cuando comienza el periodo de identificación del niño o niña con la madre o el padre, respectivamente, lo cual, dentro de la corriente del psicoanálisis correspondería al complejo de Edipo. En esta época el niño o niña toman de los padres, características que sirven como moldes de su propia imagen y comienzan a estructurar su personalidad (Duravia; 1999).

Coopersmith, en las investigaciones que realizó sobre la autoestima, remarcaba la importancia que tienen las actitudes de los padres como factor que influye en el concepto de sí mismo que el sujeto va formando. Menciona que las

sujetos de estudio con altos niveles de valía personal, han sido educados de forma que pueden ver el mundo como ordenado y seguro, sus padres han ejercido una disciplina firme, con normas claras y estables, a la vez que reconocen los logros y aceptan a sus hijos; mientras que quienes tienen un sentimiento de autoestima bajo han sido educados por padres que se han esforzado en que sean hijos obedientes y sumisos a los deseos de los demás (Medina; 1990).

“La autoestima es para el niño como su retrato consciente, su autenticidad, cómo se considera a sí mismo, lo que espera de sí y de su capacidad, es su documento de identidad interior” (Posse y Melgoza; 2001: 151).

De acuerdo con Wiscarz y Laraia (2006) conforme se avanza en edad, la autoestima va aumentando, y el momento en que se aprecia mayormente perturbada es durante la adolescencia, debido a los múltiples cambios por los que se atraviesa, como la modificación en el concepto del yo. Con la llegada de la edad adulta, la autoestima se estabiliza, pues el autoconcepto está más maduro y proporciona una idea clara del propio yo, entonces comienza una mejor autoaceptación. Cabe mencionar, sin embargo, que la autoestima siempre está cambiando, pues incluso en la vida adulta se ve afectada por los nuevos desafíos a los que se enfrenta el individuo constantemente, tales como la jubilación, pérdida del cónyuge, el cambio en el estilo de vida, por mencionar algunos.

1.5.- Niveles de autoestima

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, “una autoestima saludable es fundamental para una percepción vital y una competencia emocional, que se refleja en la calidad de las relaciones. En cambio, una baja autoestima se encuentra presente en una buena parte de los diagnósticos psiquiátricos y por lo tanto, en relaciones disfuncionales con el entorno” (González-Arratia; 2001:17).

La autoestima es un elemento psicodinámico, es decir, está en constante cambio y su nivel permanece fluctuante a lo largo de la vida del sujeto, pues está vinculada a factores externos que la pueden modificar. El éxito o fracaso individual o colectivo, suelen contribuir a la elevación o disminución de la autoestima (Posse y Melgoza; 2001).

Se puede determinar que un bajo nivel de autoestima está determinado por una gran discrepancia entre el autoconcepto y el ideal de sí mismo, mientras que la persona con un nivel de estima elevado se caracterizaría por gozar de una mayor conformidad entre su autoconcepto y su ideal de sí mismo (Wiscarz y Laraia; 2006).

La baja estima o carencia de ésta es el producto de una espiral en el que las experiencias han sido percibidas como fracasos, lo cual se deriva en fuerzas negativas que orillan a que el sujeto busque de forma inconsciente más situaciones que le resulten vividas como fracasos, esto a su vez le genera un autoconcepto de

incapacidad ante la ejecución de algunas tareas, pues se genera la convicción de que fracasará (Duravia; 1999).

“Sin autoestima positiva, el crecimiento psicológico se ve perturbado. La autoestima positiva actúa, en efecto, como el sistema inmunológico del espíritu, proporcionándonos resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando el nivel de autoestima es bajo se reduce nuestra resistencia ante los problemas de la vida. Tendemos a dejarnos influenciar más por el deseo de evitar el dolor que por el de experimentar alegría” (Branden; 1999: 18).

Los éxitos o fracasos que en su vida pueda tener una persona, pueden estar determinados por su nivel de autoestima, ya que ésta, en un nivel elevado, hace que la capacidad personal se potencie y aumente el desarrollo de sus habilidades y, en consecuencia, el nivel de seguridad y confianza que el sujeto se tiene a sí mismo; por otra parte, la autoestima en un nivel bajo enfocará a la persona hacia sentimientos de derrota y fracaso, puesto que no desarrollará con la misma fuerza la capacidad de la autoconfianza (Novel y Lluch; 2000).

La autoestima es un factor que promueve la búsqueda de desafíos en la vida, Branden (1999) establece diferentes características que dan una autoestima alta o baja al sujeto. La autoestima alta da sentido de ambición al sujeto, pues le proporciona una guía de lo que espera experimentar en su vida y el sujeto, en consecuencia, va a manifestar un mayor deseo por expresarse y reflejar su riqueza interior, empleará con mayor facilidad momentos de comunicación abierta, sincera y

asertiva, contará con mayor disposición para establecer relaciones interpersonales positivas; mientras que quien tiene una estima baja presenta menos aspiraciones y por ende menos posibilidades de éxito, siente mayor necesidad de aprobación olvidándose de las necesidades propias para satisfacer a los demás, vive de manera mecánica e inconsciente, la forma de comunicación que utiliza con los otros es turbia, evasiva e inadecuada, desconfía de sus propios pensamientos y sentimientos; estas personas se involucran con mayor facilidad en relaciones perjudiciales y destructivas.

En los niños, la autoestima alta o baja se manifiesta con características particulares. Referente a esto, Duravia (1999) ha expresado que los niños con autoestima adecuada son seguros, no presentan problemas para relacionarse con otras personas, defienden sus derechos y puntos de vista, no se intimidan frente a los mayores, aunque buscan ser independientes al realizar algunas tareas sin ayuda de adultos; por el contrario, los niños con la estima baja o inadecuada se mostrarán temerosos de los adultos y los propios compañeros, huyen a las competencias, pues no se perciben como capaces, constantemente se repiten a ellos mismos que no pueden y rara vez toman la iniciativa en actividades, en ocasiones se aíslan porque se sienten perdedores, desconfían de la compañía de los demás y temen al fracaso.

La autoestima positiva es el sentimiento de ser apto para la vida y sus desafíos, el pilar central para que esta autoestima sea saludable, está centrado en vivir de forma consciente, es decir, ser responsable hacia la realidad, los hechos, el conocimiento y la verdad de las propias acciones (Branden; 1998).

Las características que puede presentar una persona con una baja autoestima consisten en que por lo regular, culpa a los demás de lo que le sucede, por lo tanto no acepta sus responsabilidades, manifiesta incapacidad de iniciar proyectos y enfrentar retos, puede ser una persona tímida y retraída, realiza comentarios negativos acerca de los demás, pues su forma de ver la vida esta basado en el negativismo (Duravia; 1999).

A manera de conclusión se puede decir conforme a el autor antes mencionado, que los sujetos que tienen un nivel de autoestima alto o elevado son personas que afrontan las tareas de la vida con expectativa de éxito y se sienten triunfadores, mientras que quienes se encuentran con la autoestima baja o disminuida afrontan las tareas de la vida con expectativas de posible fracaso y sentimientos de derrota que a su vez refuerzan el bajo concepto de sí mismos.

1.6.- Importancia de la autoestima

Segal y Yaharaes afirman que “la autoestima sana es esencial para el funcionamiento, motivación, comportamiento y adaptación eficaz del individuo a su medio ambiente. Además se ha encontrado que a medida que se tiene una mejor autoestima, se tiene mejor salud mental” (citados por González-Arratia; 2001: 13).

La autoestima, en cualquier nivel, genera una especie de profecías que se cumplen por sí mismas, las cuales se forman por un conjunto de expectativas acerca de lo que es posible y apropiado para uno mismo, lo cual lleva al individuo a generar acciones que sean congruentes con estas perspectivas, que terminan convirtiéndose en realidades confirmadas y reforzadas (Branden; 2007).

Para que se forme una personalidad sana es necesario que exista un concepto satisfactorio de sí mismo, por esa razón, Rogers menciona que “no hay duda de que la personalidad que se denomina adaptativa sólo existe cuando el concepto de uno mismo es tal que las experiencias sensoriales y viscerales del organismo son o pueden ser asimiladas en un nivel simbólico a una relación congruente con aquel concepto. Podemos, pues, llegar a la conclusión de que una personalidad adaptada se produce, por lo menos parcialmente, como resultado de una imagen de uno mismo que funciona plenamente” (Novel y Lluch; 2000: 46).

Posse y Melgoza (2001) menciona que la autoestima se construye con la valoración de la propia imagen, de tal forma que los recuerdos significativos, el autoconcepto, las influencias del entorno, las aspiraciones y el grado de satisfacción, pueden generar una personalidad equilibrada o problemática.

La autoestima puede ser generadora de una personalidad sana que se describe, conforme lo menciona Wiscarz y Laraia (2006) con base en la teoría del desarrollo y la dinámica del yo, como aquel sujeto que tiene la capacidad necesaria para formar una imagen corporal positiva y exacta, evaluando su propio potencial,

aspecto y función. Presenta un ideal realista de sí mismo, esto es, tiene objetivos vitales que son valiosos; el autoconcepto que manifiesta es positivo, lo cual implica que el sujeto se siente merecedor de éxito en la vida y su enfrentamiento ante las dificultades de la vida es realista y directo. En el tipo de personalidad sana, la autoestima también está presente de forma benéfica o en un nivel alto, lo cual garantiza que la persona se siente merecedora de respeto y dignidad, cree en su propio nivel de valía, es asertiva y entusiasta; como resultado de esto, se encuentra con un sentido claro de identidad, pues experimenta una unidad en su personalidad al ser muy parecida a la persona que quiere ser, propiciando en su sentido del yo, dirección y propósito ante la vida.

La autoevaluación que el sujeto elabora afecta profundamente sus pensamientos, emociones, deseos, objetivos e incluso valores. Se cree que este proceso es un factor clave en el desarrollo de ciertas conductas y que permite comprender de forma psicológica a una persona, aunque cabe considerar que la autoestima no es un valor que una vez obtenido, se conserve de manera permanente, sino que al ser un aspecto propio, requiere de la acción para que se pueda conservar (Branden; 2001).

La autoestima es un elemento esencial para el desarrollo del individuo, pues desde el nacimiento el individuo necesita sentirse seguro, protegido y amado por su entorno, para poder desarrollarse psicológicamente de manera sana. El sentido de estima propia que se forme desde la infancia será un pilar de la vida adulta, ya que proporcionará al sujeto las herramientas necesarias para desenvolverse

adecuadamente en su contexto, tales instrumentos pueden ser seguridad, confianza, eficacia, entre otros, todos ellos le permitirán saber claramente con qué recursos y limitantes cuenta en su personalidad.

La autoestima es más que una visión general del propio yo: indica un factor de evaluación individual, que permite al sujeto el ajuste y funcionamiento óptimo de su persona, ya que está íntimamente ligada al logro de éxitos o fracasos personales.

El desarrollo y el efecto de la autoestima resultan diferentes en cada individuo, y esas características individuales tienen efectos en la conducta, en la mentalidad, los sentimientos y el desempeño en la vida cotidiana.

Como culminación del presente capítulo, se puede afirmar que la autoestima es una clave importante en el desempeño del sujeto en su vida, ya que la manera en la que éste se sienta y se perciba afectará en forma directa su modo de actuar, y condicionará su estructura para reaccionar de forma particular ante las vivencias diarias.

CAPÍTULO 2

DROGADICCIÓN

Después de explicar en el capítulo anterior los tópicos relacionados con la variable principal de investigación, se abordará en el presente la descripción teórica de la drogadicción, en función de que es la característica común de la población a estudiar, y la variable sobre la cual se podrán establecer algunas conclusiones exploratorias.

La drogadicción ha sido un problema social, del cual se han venido estudiando sus causas y postulando diversas teorías que ofrecen, cada una desde su concepción filosófica, diferentes propuestas que pretenden dar una explicación científica y razonable a esta problemática.

Sin embargo, aún son muchas y variadas las opiniones que emergen de las causas de este tema, “para algunos la causa se encuentra en la dinámica del desarrollo infantil, la neuro-química del cerebro, la incapacidad de escuchar el propio cuerpo, el deseo de eliminar el malestar, la búsqueda de sentimientos de gozo, el afán de poner un amortiguador a los sentimientos negativos, anestesiar los sentimientos desagradables, el sistema de pensamiento con sus creencias e ideas y la dependencia psicológica” (González; 2000: 96).

El consumir periódicamente una droga implica por lo general experimentar un estado afectivo pasivo o liberarse de un estado afectivo negativo.

La drogadicción es una enfermedad, que se caracteriza porque el sujeto presenta abuso y dependencia de sustancias químicas, las cuales generalmente provocan problemas físicos, familiares, laborales y sociales.

2.1.- Definición de drogadicción y conceptos relacionados

El término drogadicción está compuesto de las palabras separadas de adicción y droga. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la adicción a las drogas como “un estado de intoxicación periódica o crónica, provocado por el consumo repetido de una droga.

Sus características son:

- 1) Un deseo o necesidad (compulsión) irresistible de seguir consumiendo la droga y de procurársela por todos los medios;
- 2) Una tendencia a aumentar progresivamente la dosis;
- 3) Una dependencia psíquica y casi siempre física en cuanto a los efectos de la droga.
- 4) Un efecto perjudicial para el individuo y la sociedad” (Becerra; 1999: 143).

Del término drogadicción se ha derivado la palabra drogadicto que, como lo menciona Becerra (1999), se ha usado para referirse a la persona que es consumidor habitual de drogas, y que al mismo tiempo depende y se sirve de ellas.

Callahan define el concepto de adicción en sentido de una dependencia a sustancias o actividades que de cierta forma ocasionan daño a la vida de la persona (citado por González; 2000).

Otro término que surge a la par de la drogadicción es la toxicomanía, que se puede considerar como un “irresistible deseo o necesidad de consumir droga; la tendencia a ir aumentando la dosis y la sumisión psíquica y física a los efectos del fármaco” (Becerra; 1999: 146).

Conviene ahora definir lo que se entiende por droga. Tomando como referencia a Llanes (1982) una droga o fármaco es toda aquella sustancia que al ser introducida en el organismo del individuo puede ocasionar la modificación de sus funciones.

Una droga puede ser cualquier sustancia simple o compuesta, ya sea natural o sintética, que por su composición es capaz de alterar el proceso biológico o químico de un organismo; lo cual da como resultado en algunas ocasiones una alteración de la conciencia, aumento de la resistencia física y modificaciones en las respuestas inmunológicas, entre otros efectos.

Popularmente el término droga se ha utilizado para referirse a una sustancia de uso ilegal, mientras que en cuanto a su empleo médico es más común el término fármaco o medicamento. Aunque en ocasiones se han usado de indistinto modo los vocablos drogadicción y farmacodependencia.

Conforme el sujeto se inicia y luego continúa en el camino del consumo de drogas, va desarrollando niveles de mayores tolerancia, esto es “una necesidad de dosis cada vez mayores de la sustancia para lograr el efecto deseado” (Sue et al; 1996: 277).

La ley considera que el abuso de la droga se da cuando ésta es fabricada y distribuida dentro del ámbito farmacéutico, pero es usada sin prescripción y con otros fines; en cambio, para otros el abuso se refiere a cuando el consumidor daña su salud y la relación con su entorno.

2.2.- Características de la drogadicción

Como ya se ha mencionado, la drogadicción origina problemáticas sociales, conforme a esto, Sue et al. (1996) mencionan que cuando el consumo de alguna droga produce en la persona deterioro del funcionamiento social u ocupacional, incapacidad de abstinencia de su uso, aun conociendo sus efectos dañinos para el organismo, el consumidor de la droga se convierte en un peligro para quienes le rodean y recurre a actividades criminales para poder sostener su hábito hacia la

droga; es cuando las instituciones públicas y las personas se preocupan por la drogadicción y los resultados que de ésta emergen.

En relación con lo anterior, “Abuso de drogas es el empleo autoadministrado de cualquier droga de modo que se desvía de los patrones médicos o sociales aprobados en una cultura determinada” (Rosenzweig y Leiman; 2004: 225).

El abuso de drogas es definido por Becerra (1999) como un estado donde por lo general, la persona se autoadministra una droga de forma desviada y desaprobada por la medicina o la aceptación social dentro de una determinada cultura.

2.2.1.- Alteraciones fisiológicas

Dentro del abuso y la adicción a las drogas, la persona experimenta un estado de intoxicación, el cual “se refiere a la ingestión de una sustancia que afecta al sistema nervioso central en la que son evidentes ciertas conductas desadaptadas o cambios psicológicos (tales como agresividad, juicio y funcionamiento deteriorados)” (Sue et al.; 1996: 277).

El consumo repetido de la droga provoca en el sujeto un nivel de tolerancia, la cual “es un estado fisiológico que implica que quien consume necesita progresivamente una mayor dosis de la droga para alcanzar el mismo efecto” (Bodino; 2001:17).

La tolerancia a alguna sustancia se produce cuando el efecto de ésta disminuye tras estar aumentando de manera progresiva la dosis de la droga, lo cual lleva al sujeto a requerir dosis cada vez mayores para poder mantener el efecto deseado (Harre y Lamb; 1990).

2.2.2.- Alteraciones de conducta

El uso de sustancias adictivas ocasiona trastornos del estado psicológico o la conducta; en el caso de esta última, convirtiéndola en desadaptada por una asociación del uso patológico de la sustancia (Sue et al.; 1996). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV) hace una clasificación de trastornos relacionados con el uso de sustancias, pues refiere que el sujeto evidencia una conducta desadaptada, la cual está asociada al uso de las sustancias.

“El abuso de sustancias es un patrón desadaptativo de uso desmedido que lleva a un deterioro o angustias notables. La persona no puede cesar o reducir su ingestión de una sustancia, aun cuando puede causar daño físico o problemas legales, poner en peligro la seguridad o deteriorar la capacidad de cumplir las obligaciones principales en el trabajo, la escuela o el hogar. La necesidad de una sustancia puede conducir a una preocupación por su adquisición y uso” (Sue et al.; 1996: 277).

Para Rosenzweig y Leiman (2004) la adicción a las drogas se experimenta en el sujeto como una compulsión por el uso de alguna sustancia de ese tipo, ya que busca las formas de proveerla para su consumo, lo cual eleva la tendencia a la recaída.

La OMS ha definido la adicción a la droga “como un estado de intoxicación periódica o crónica causado por el consumo regular de sustancias, tanto sintéticas como naturales” (Bodino; 2001: 16).

2.2.3.- Dependencia

El consumo de sustancias genera en el sujeto un estado de dependencia, la cual puede ser física, psíquica o de ambos tipos; los síntomas que se presentan por tal situación, están relacionados con el tipo de sustancias que se ha utilizado.

La dependencia hacia las drogas es el estado en que el individuo siente la necesidad del consumo del estupefaciente para poder funcionar normalmente (Rosenzweig y Leiman; 2004).

La OMS define la dependencia a las drogas como un estado físico o psíquico que surge en el individuo en relación con la droga, por su administración repetida en forma periódica o continua, debido a lo cual se presentan respuestas conductuales

que incluyen el deseo compulsivo o la necesidad continua de usar la droga, ya sea para experimentar sus efectos o para eliminar los efectos de su supresión.

“Dependencia física es el estado adaptativo producido por el empleo de una droga, manifestado por intensos trastornos fisiológicos cuando se interrumpe el consumo de droga” (Rosenzweig y Leiman; 2004: 225).

La dependencia física es descrita por Harre y Lamb (1990) como un estado en el que el individuo necesita del efecto de la droga para que su organismo funcione adecuadamente, mientras que al eliminarse el uso de la sustancia adictiva se produce el síndrome de abstinencia.

Por otro lado, “dependencia psíquica es una condición caracterizada por una intensa intensión o deseo vehemente de una droga, cuyos efectos el consumidor siente como necesarios para tener una sensación de bienestar.” (Rosenzweig y Leiman; 2004: 225).

Este tipo de dependencia es de origen mental, ya que los efectos que la droga le produce al individuo le brindan una sensación de bienestar, satisfaciendo las necesidades de carácter emocional o de personalidad del individuo (Becerra; 1999).

Aunque la dependencia psíquica no conlleva trastornos fisiológicos cuando la sustancia se suspende, sí genera en el individuo una intensa angustia y necesidad de consumir la droga, poniendo así en peligro su integridad psíquica (Llanes; 1982).

Para considerar que una persona es dependiente a alguna sustancia, se deben considerar cuatro criterios, que son: 1) Incapacidad de cortar o controlar su uso, aun conociendo los efectos dañinos de la droga, 2) inversión de mucho tiempo para conseguir la sustancia, abandonando así otras actividades que realizaba el sujeto, 3) la tolerancia y 4) la abstinencia (Sue et al.; 1996).

2.2.4.- Síndrome de abstinencia

Depender físicamente de la droga involucra que el organismo se ha adaptado a los efectos de la sustancia en él, por lo que surge la necesidad de usarla de manera habitual; de esa manera, se espera que cuando se suspenda el uso de la droga se produzcan en el individuo los síntomas del síndrome de abstinencia; la intensidad de éste dependerá de la frecuencia del consumo y del tipo de sustancia que se consumía (Becerra; 1999).

El síndrome se presenta tras haber un periodo de consumo frecuente y se desencadena cuando el sujeto disminuye o cesa el consumo habitual de la sustancia. Los síntomas de la abstinencia pueden comenzar a presentarse desde las primeras seis horas hasta los dos o tres días de parar el suministro de la droga (García; 2006).

“La primera experiencia con las drogas causa un efecto químico en el cerebro (la recompensa química), que desequilibra de algún modo la química cerebral. Si el consumo de la droga se repite frecuentemente, el cerebro comienza a iniciar

adaptaciones en su química para oponerse a los efectos de la droga. En este momento la actividad del sistema nervioso central (SNC) vuelve a la normalidad a pesar de la presencia de la droga, produciendo tolerancia a la misma. Sin embargo, si la droga se elimina ahora rápidamente (deprivación), no existe nada que equilibre la adaptación química del cerebro, y la actividad del SNC se desequilibra en la dirección opuesta. Esta alteración en la función cerebral produce entonces el síndrome de abstinencia, que durará hasta que el cerebro pueda recuperar su función normal mediante la eliminación de la adaptación química” (Page et al.; 2006: 543).

Cuando se suministra una droga, se producen adaptaciones biológicas instauradas en el organismo, las cuales en numerosas ocasiones permanecen ocultas durante el tiempo que la droga se sigue suministrando; es a partir de que se suspende su uso cuando los síntomas de la deprivación aparecen, los cuales son de naturaleza opuesta a las reacciones favorables que ocasionaba la sustancia en el organismo del individuo (Fernández y Ruiz; 2005).

2.3.- Sustancias adictivas

Las drogas se pueden clasificar de acuerdo a varios criterios, ya sea por los efectos que producen, la procedencia, la intensidad de la adicción que provocan, el tipo de dependencia, la potencialidad farmacológica, suaves o duras e incluso si son legales o ilegales. Por ejemplo: para determinar si una droga es legal o ilegal, se

toman en cuenta los factores culturales, económicos y políticos. Por otra parte, se puede determinar que las drogas blandas son aquellas que no producen dependencia física en el consumidor y se pueden dejar de consumir sin sufrir consecuencias graves; en tanto que las drogas duras son aquellas de efectos más enérgicos como los opiáceos, barbitúricos, alcohol, cocaína y anfetaminas (Rossi; 2008).

La OMS ha hecho una clasificación de las drogas en tres grupos que son: estimulantes del sistema nervioso central, depresores del sistema nervioso central y alucinógenos (Rossi; 2008).

Conforme lo menciona Becerra (1999) las drogas que entran dentro de la clasificación de estimulantes del sistema nervioso central (SNC) son: las anfetaminas, cocaína, éxtasis, metilxantinas, piperidinas y los derivados del ácido benzoico. Estas drogas producen en el individuo una alteración del estado mental, estimulando así el cerebro y el SNC, actúan directamente provocando un aumento y aceleración de la actividad funcional del sujeto. Se pueden administrar de formas diversas: mediante ingestión, inyectadas o aspiradas.

“Un estimulante es una sustancia que es un energizante del sistema nervioso central, induciendo júbilo, grandiosidad, hiperactividad, agitación y supresión del apetito” (Sue et al.; 1996:284).

En la clasificación de drogas depresoras del SNC, Rossi (2008) y Becerra (1999), coinciden que son las drogas cuya función es tranquilizante, hipnótica, analgésica y anestésica en quien la consume. Estas drogas incluyen los barbitúricos, monoureidos, cloral y derivados, benzodiazepinas, alcoholes, codeína, morfina, heroína, metadona y disolventes inhalantes. Estas sustancias pueden inducir el sueño, relajar al SNC, produciendo depresión y disminución de la actividad corporal del sujeto. La vía de administración suele ser oral, intravenosa o fumando.

Las drogas que son depresoras o sedantes causan un tipo de depresión generalizada del SNC y por ende se disminuyen las respuestas, como producto de la experimentación de un estado de relajación y calma; de igual forma, el sujeto que consume este tipo de sustancias puede percibirse como sociable y abierto a causa de la disminución de las inhibiciones interpersonales (Sue et al.; 1996).

El grupo de los alucinógenos se divide en dos subgrupos, de acuerdo con Becerra (1999), son los derivados indólicos y los provenientes de la fenilalanina, los cuales engloban sustancias como: LSD, peyote, mezcalina, PCP, cannabis, hachís, aceite de hash y marihuana. Estas drogas, como lo refiere Rossi (2008) producen principalmente un estado de alienación psíquica en el sujeto, con distorsiones perceptuales y desplazamiento de la imaginación, lo cual resulta en delirios, despersonalización, alucinaciones y estados de confusión.

“Los alucinógenos no son considerados adictivos desde el punto de vista fisiológico. Su uso no lleva a una dependencia física (es decir, aumento en la

tolerancia o reacción de abstinencia), aunque puede ocurrir dependencia psíquica” (Sue et al.; 1996: 287).

A continuación se presenta de manera sintetizada una tabla que muestra una clara clasificación de los tres grupos de drogas (Bodino; 2001: 43).

DEPRESORES	ESTIMULANTES	ALUCINÓGENOS
I) OPIÁCEOS * Opio * Alcaloides derivados (morfina, heroína, codeína, metadona, meperidina, etc.)	* Cannabis (marihuana, hachís) * LSD * Cafeína * Tabaco * Cocaína * Anfetaminas * Éxtasis	I) NATURALES * Peyote * Hongos alucinógenos * Solanáceas (belladona, mandrágora)
II) HIPNÓTICOS O SEDANTES * Barbitúricos (tiopental, pentobarbital, butalbital, barbital, etc.) * Ansiolíticos (propanodiolos, benzodiazepínicos, etc.) * Tranquilizantes (reserpina, clorpromazina, meprobamate, etc.)		II) SINTÉTICOS *PCP
III) ALCOHOL		III) INHALANTES *Pegamentos, colas, combustibles, anestésicos, disolventes, aerosoles, pinturas, etc.

2.4.- Teorías globales del proceso de adicción

La adicción a las drogas ha sido explicada desde diversos enfoques teóricos, los cuales hacen propuestas acerca de las causas, los elementos e incluso los tratamientos que deberían seguirse para combatir el problema.

Dentro de este apartado, solamente se mencionaran las teorías que se han considerado como primordiales al fin de este estudio. Para lo cual, se han seleccionado dos de ellas que hablan sobre la codependencia en relación con el adicto y la personalidad adictiva.

2.4.1.- Codependencia en relación al adicto

La codependencia en el caso de este estudio, está dirigida a las personas que se relacionan con el adicto y al afán que manifiestan por salvarle de la adicción.

Para las personas que interactúan con el adicto, es complicado poner límites que les ayuden a no ser afectadas por la conducta adicta del sujeto; en muchos de los casos quienes se encuentran en convivencia con el adicto son también parte de la enfermedad, por esa razón pueden incluso contribuir para que el padecimiento pueda permanecer en el sujeto, al formar una actitud de ayuda incondicional (Pierce; 2003).

Subby ha considerado la codependencia como: “un estado emocional, psicológico y conductual que se desarrolla como resultado de que un individuo haya estado expuesto prolongadamente a, y haya practicado, una serie de reglas opresivas, reglas que previenen la abierta expresión de sentimientos al igual que la

discusión abierta de problemas personales e interpersonales” (citado por Beattie; 1991:51).

“La codependencia es considerada una adicción en sí misma, pues presenta iguales características que otras adicciones: pérdida de control, imposibilidad de fijar límites, obsesión, persistencia en la conducta aun cuando sea dañina y negación de la realidad” (Bodino; 2001: 39).

Beattie (1998) cita a Larsen, quien menciona que la codependencia se cristaliza en las conductas que se han aprendido, que tienen como característica las ideas de autoderrota y producen en el individuo una disminución de la capacidad para iniciar o participar en relaciones amorosas.

De tal manera se puede concluir que “la codependencia es una enfermedad y una falta de serenidad interior (dis-ease) que se origina cuando el yo se desarrolla causando varios grados de pérdida del yo. La codependencia no es una enfermedad médica, es un sentimiento de vacío; es no estar en paz con uno mismo” (Bradshaw; 2000: 247).

En ocasiones el adicto está rodeado por personas que son codependientes a él, pues han permitido que su conducta se vea afectada por la del adicto y constantemente hacen grandes esfuerzos por tratar de controlar la conducta de éste (Pierce; 2003).

“La relación de codependencia se dispara en un momento crítico, especialmente en situaciones de amenaza o tensión que despiertan los miedos más profundos del sujeto” (Armendáriz; 2002: 48).

La codependencia es un proceso de reacción, pues quien experimenta esta condición reacciona excesivamente a los estímulos externos que recibe del medio ambiente y de los otros sujetos, aunque rara vez actúa. Algunas veces la reacción codependiente es un efecto ante el estrés, el temor a la incertidumbre de vivir, crecer junto al alcoholismo, entre otros problemas. (Beattie; 1991).

Armendáriz (2002) refiere que en el individuo, las primeras experiencias son muy importantes para su vida, ya que le permiten crear modelos para sus futuras formas de relacionarse.

Los adultos codependientes están expresando sus necesidades de una manera infantil e inmadura, pues de niños seguramente en casa no les permitieron satisfacer sus necesidades de independencia; de haber sido de forma contraria, es decir, si de niños se les hubiera permitido que sus necesidades de dependencia a los otros quedaran cubiertas, se habrían convertido en adultos autónomos. En conclusión, si estas necesidades no son cubiertas en la infancia, lo mas posible es que los individuos en cuestión se conviertan en adultos con necesidades infantiles (Bradshaw; 2000).

Otro factor que puede ocasionar que un sujeto sea codependiente es crecer y desarrollarse en un núcleo familiar disfuncional, pues el patrón de relación que se tuvo en la infancia tiende a repetirse en las relaciones adultas. Este tipo de personas, por lo general, provienen de familias disfuncionales, en las que se dejó a los hijos solos, se les desvalorizó, les cargaron responsabilidades que no les correspondían y se presentaron episodios emocionales muy tormentosos (Armendáriz; 2002).

Esto está relacionado con el concepto de impronta que fue desarrollado por Lorenz. Este autor explica ese término como un proceso que ocurre desde el momento del nacimiento, el cual consiste en la formación de una creencia que está conformada a raíz de una experiencia que tuvo un significado emocional importante, lo cual llega a modelar identidades, pues es un tipo de aprendizaje que se manifiesta en la vida del sujeto (citado por Armendáriz; 2002).

Norwood hace una descripción de las características que identifican a una relación de codependencia. Algunas de ellas son: emociones desagradables intensas y frecuentes, difusión de los objetivos centrales de la vida, pérdida del control de las conductas, afectación de la vida social y física, economía desgastada, estancamiento personal sin crecimiento auténtico, relaciones de supervivencia y no de evolución, aburrimiento ante relaciones sanas y menor capacidad para disfrutar la vida (citado por Armendáriz; 2002).

Algunas de las razones por las cuales se ha considerado que la codependencia es una enfermedad, son: muchos codependientes están

reaccionando de la misma manera que ante un padecimiento como el alcoholismo; otra razón se centra en que es una perturbación progresiva y por último porque las conductas codependientes se vuelven habituales involucrando el aspecto de pensamiento, sentimiento y comportamiento hacia el sujeto mismo y hacia los demás (Beattie; 1991).

Respecto a la codependencia, es oportuno recalcar que “Alcohólicos anónimos fue una de las primeras instituciones en reparar que detrás del enfermo había una persona obsesionada por el control y la necesidad de rescatar al adicto de su enfermedad. El codependiente necesita que alguien lo necesite y se refugien en él. Sus actitudes son inconscientes y esto le permite combatir su baja autoestima” (Bodino; 2001: 40).

Existen factores inconscientes que predisponen al individuo a ser codependiente, éstos son: 1) Baja autoestima, por tener miedo a la desvalorización y al abandono, 2) Las expectativas creadas en la relación con el otro, 3) El rol social que el sujeto desempeña y 4) La proyección de cualidades positivas en el otro, que no han sido contactadas en sí mismo (Armendáriz; 2002).

“Si bien el codependiente no genera la enfermedad en el adicto, los especialistas creen que la sostiene y, en algunos casos la acentúa [...] Así se convierte en protagonista de una relación compleja y suele ser visto como la víctima, como el que ayuda al que tiene el problema, es decir, el adicto” (Bodino; 2001: 40).

2.4.2.- Personalidad adictiva

Se han hecho consideraciones por diversos autores que manifiestan la existencia de una serie de rasgos de personalidad, comunes en las distintas conductas adictivas, los cuales constituyen lo que se ha denominado personalidad adictiva (Ibáñez y Saiz; 2001).

A ésta se le define como un tipo de “personalidad marcada por rasgos propios del uso compulsivo y habitual de una sustancia o una práctica para superar el dolor psíquico generado por un conflicto determinado o por la ansiedad” (Anderson et al.; 2003: 1203).

La personalidad adictiva se ha considerado una característica que predispone al individuo a comenzar la ingesta de sustancias, debido a los factores que están relacionados con este tipo de personalidad, tales como: poca asertividad, escasa tolerancia a la frustración, baja autoestima e incapacidad para desarrollar habilidades sociales (Cañal; 2003).

Otra postura sobre la personalidad adictiva es la de Nakken, quien menciona que “esta personalidad no existe antes de tener la enfermedad de la adicción ni representa una predisposición a ésta; por el contrario, emerge del proceso de adicción” (citado por Ehrler; 2003: 34).

La personalidad adictiva se experimenta como una necesidad físico-química; es un estado emocional particular, que suele ocurrir generado por sentimientos de soledad que llevan procesos químicos específicos, debido a que los neurotransmisores y los neurorreceptores están conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas del sujeto (Ravenna; 2006).

El sujeto con personalidad adictiva forma también un tipo de pensamiento adictivo, que de acuerdo con Cañal (2003) quien hace referencia a Sedlack, es aquel tipo de pensamiento en el que la persona es incapaz de tomar decisiones sanas por sí misma, se caracteriza por imposibilitar al sujeto para razonar con él mismo y para usar su voluntad.

El tipo de personalidad adictiva produce en el sujeto ciertas características de desequilibrio, que involucran: inestabilidad emocional, carencia de habilidades sociales, baja autoestima, autoconcepto negativo e inmadurez emocional. Todas estas características hacen que el sujeto tenga mayor probabilidad de desajuste socioemocional en su ciclo vital (Pons; 2006).

De esta manera concluye el presente capítulo, en el cual se plasman los aspectos relativos a la drogadicción; con él, concluye también el marco teórico. En la siguiente parte, se describirá el diseño de investigación que se manejó, así como la metodología utilizada para recolectar e interpretar la información sobre los sujetos de estudio y los resultados obtenidos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se abordará la descripción metodológica de la investigación, especificando el tipo de estudio, el nivel de alcance, el enfoque metodológico, los modelos y diseños que se siguieron durante todo el proceso de la investigación; además, se hará mención de las técnicas utilizadas para la recolección de datos.

De igual manera, se darán a conocer las características que tienen los sujetos con los cuales se trabajó durante este proceso, y se mencionarán los parámetros que se siguieron para considerar a esta población cautiva como susceptible para ser evaluada con la finalidad de medir la variable principal.

Conjuntamente, se hará una descripción del proceso de investigación que se llevó a cabo. Se hablará de manera descriptiva de los resultados prácticos que se obtuvieron, lo cual se complementará con un análisis considerando los planteamientos teóricos de este estudio.

3.1.- Descripción metodológica

En el presente apartado se describirán los procesos metodológicos que se siguieron para llevar a cabo esta investigación, haciendo una descripción general del proceso de investigación.

La investigación que se presenta en este estudio es, de acuerdo con Hernández et al. (2006), de tipo básica, ya que solamente se enfocó a tratar de responder a la interrogativa que fue identificar el nivel de autoestima de las mujeres de los centros de adicciones. De igual manera, arrojó información teórica adicional, que permitirá que este tipo de problemáticas sean estudiadas de forma más integral.

3.1.1.- Enfoque cuantitativo

El enfoque metodológico está sentado en el paradigma científico cuantitativo, el cual le da al estudio la garantía de que se ha “empleado un proceso cuidadoso, sistemático y empírico” (Hernández et al; 2006: 4), en un esfuerzo por evaluar al fenómeno de estudio y establecer suposiciones que puedan ser esclarecidas y fundamentadas. El enfoque que se ha usado es de tipo cuantitativo, ya que está apoyado principalmente en la medición de las variables contenidas en las hipótesis de investigación.

Conforme a lo que menciona Cozby (2005) el enfoque cuantitativo se emplea cuando el estudio se hace a través de la utilización de algún cuestionario que es otorgado a la población para que ésta lo conteste, evaluando de esta manera al asignar valores numéricos a las respuestas y posteriormente sometiendo los datos a un análisis estadístico. Precisamente esta descripción del proceso es la que se ha seguido en el presente estudio.

La utilización de la descripción cuantitativa permite que los resultados estadísticos se puedan mostrar en forma de porcentajes y eventualmente correlacionarlos con las proporciones de la población que varían en los resultados.

3.1.2.- Estudio no experimental

El estudio que se ha realizado ha sido de tipo no experimental, pues lo que se hizo fue observar el fenómeno de estudio tal y como se presenta en su contexto natural, para después poder analizarlo.

La investigación no experimental se puede definir como aquella “que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se trata de estudios donde no se modifican en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (Hernández et al.; 2006: 205).

En este estudio, en concordancia con la definición anterior, se ha respetado el ambiente natural en el que se presentan las variables: no se ha construido ninguna situación, ni el fenómeno de estudio ha sido provocado intencionalmente; simplemente se han observado situaciones que ya existen.

En este estudio resulta imposible manipular las variables, ya que no se tiene control directo ni se puede influir en ellas, debido a que cuando el estudio se lleva a cabo, las manifestaciones de las variables ya sucedieron, al igual que sus efectos (Hernández et al; 2006).

3.1.3.- Diseño transeccional

El diseño de la investigación ha sido transeccional o trasversal, ya que “recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández et al; 2006: 208). Está enfocada a un grupo de mujeres con problemas de drogadicción y la finalidad es medir la autoestima.

3.1.4.- Estudio exploratorio

El tipo de diseño transeccional es, en la presente investigación, de alcance exploratorio. De acuerdo con Hernández et al. (2006), consiste en comenzar a

conocer una variable o una situación, se hace una exploración inicial en un momento específico y es el preámbulo de otros diseños. El objetivo principal que se ha tenido en este proceso es el de solamente examinar más a fondo el tema de esta investigación, ya que hasta hoy es muy poco lo que se ha hecho al respecto en investigaciones de este tipo.

De acuerdo con Hernández et al. (2006), los estudios exploratorios sirven al investigador para familiarizarse con fenómenos que son un tanto desconocidos, lo cual le da la oportunidad de obtener información que le permita realizar un estudio más completo o sugerir afirmaciones y postulados.

Al realizar la presente tesis como estudio exploratorio, se ha pretendido que ayude a determinar las tendencias del contexto de estudio y que establezca un precedente para investigaciones posteriores más rigurosas.

3.1.5. Técnicas de medición

La forma que se utilizó para medir la variable autoestima en esta investigación fue a través de las técnicas estandarizadas de recolección de datos, que en este caso concreto consisten en aplicar un inventario que evalúa la autoestima, el cual ya ha sido generalizado y utilizado con el mismo fin en otras poblaciones; se ha encontrado que es válido y confiable.

Una técnica estandarizada es, como lo mencionan Hernández et al. (2006), una prueba que mide una variable de manera específica, refleja la proyección del sujeto para determinar en qué estado de la variable se encuentra y puede contener valores cuantitativos y cualitativos.

La prueba estandarizada que se utilizó fue el Coopersmith Self Esteem Inventory (Coopersmith's SEI y en español Inventario de Autoestima de Coopersmith). La versión adaptada al español del Coopersmith's SEI, fue elaborada por el Dr. O. Prewitt-Díaz de la Pennsylvania State University, en 1984. Con una adaptación posterior para Chile, hecha por Hellmut Brinkman, de la Universidad de Concepción, en 1987.

El instrumento es un inventario que consta de 58 declaraciones, a las cuales el examinado responde con una de dos opciones: 1) igual que yo ó 2) distinto de mí. Cada respuesta que el sujeto da es computada para obtener las subescalas de autoestima del inventario. Las que evalúa el inventario son; autoestima general (G), autoestima social (S), autoestima escolar-académica (E), autoestima familiar, en relación con el hogar (H) y la escala de autoestima total. Además se complementa con una escala de mentira (M) que indica si las respuestas dadas por las personas son confiables o no. Los valores obtenidos en estas escalas permiten evaluar y clasificar en un rango de muy baja, baja, normal, alta y muy alta, los distintos niveles de autoestima que mide este inventario.

3.2.- Descripción de la población y la muestra

Al momento de realizar una investigación y determinar que se medirá o evaluará una variable, es necesario contar con una población de estudio, será aquella a la que se apliquen los instrumentos necesarios para identificar la presencia de la variable de estudio y deberá contar con las características necesarias para que sea considerada la indicada para dicho estudio.

Una población o universo es el conjunto de todos aquellos casos que de manera individual concuerdan con las mismas especificaciones. Dentro de una población es importante delimitar y esclarecer las características que sirven para dicha tarea, con el fin de establecer de manera clara los parámetros muestrales de contenido, tiempo y lugar bajo los cuales se guiará la investigación (Hernández et al; 2006).

De tal forma, que la población que se necesitó para esta investigación fueron mujeres drogadictas que se encontraban internas en centros de rehabilitación, sin especificar edad, estado civil y tiempo de tratamiento en rehabilitación.

Se trabajó con la población de los Centros de Recuperación Femenil: Camino una Nueva Vida A.C., Centro Providencia, I.A.P., Centro de Restauración y Ayuda Comunitaria, A.C., los cuales están ubicados en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Además se integró el centro Fundación Pacífica A.C., ubicado en la ciudad de

Morelia, Michoacán. Los estados civiles de las mujeres estudiadas incluyen casadas, solteras y divorciadas, su edad varía desde los 15 hasta los 65 años.

Las internas de estos centros están sometidas a un proceso de rehabilitación que va de los tres a los seis meses de internamiento mínimo, en este periodo las mujeres están internadas dentro de la clínica y pueden ser visitadas de manera ocasional por sus familiares.

Las mujeres que están internadas en estos centros femeniles de recuperación han consumido mayormente drogas sintéticas como el hielo, alcohol, heroína, cristal, marihuana y pastillas como sedantes y ansiolíticos. Su entrada a los centros es iniciada por algún familiar que las lleva, usualmente son los padres quienes las ingresan al convertirse en una carga excesiva que la familia ya no puede controlar ni sostener.

Se ha observado que las causas más frecuentes por las que estas mujeres se han iniciado en el consumo de la droga son: el abuso sexual, el cual ha sido efectuado por algún familiar cercano en la mayoría de las ocasiones, la falta de atención y cuidado familiar en la niñez, los conflictos de identidad en la adolescencia, los problemas económicos y niveles bajos de autoestima.

El proceso de rehabilitación que llevan las mujeres en estos centros incluye actividades diversas, que van desde el seguimiento de los doce pasos de Alcohólicos

Anónimos, hasta la inclusión de terapia psicológica y médica tanto de la paciente como de sus familiares.

Las internas pueden disfrutar de talleres opcionales como: Tae Kwon Do, manualidades, cultura de belleza, medicina alternativa, costura, aeróbicos, pláticas educativas, cine-debate, alfabetización, primaria y secundaria. De manera obligatoria, las mujeres llevan un programa de vida que tiene como finalidad buscar la superación personal y el desarrollo humano.

A las mujeres que llevan mayor avance en el tratamiento, los centros les permiten seguir el programa de prevención de caídas, en el que se les permite tener la opción de continuar en un proceso de recuperación, que consiste en tener libertad para salir de manera esporádica del centro a realizar alguna actividad alterna, es decir, pueden realizar actividades fuera del centro y después regresar. De esta forma se están trabajando aspectos como la autoafirmación, confianza, independencia y ante todo la preparación previa para el momento de salir por completo del centro y regresar a sus vidas normales en casa.

3.3.- Descripción del proceso de investigación

En este apartado se describen los pasos que se siguieron para llevar a cabo esta investigación; se comienza por mencionar desde el surgimiento de la idea del

tema, hasta concluir con el paso final que fue el análisis de resultados y las conclusiones a las que se han llegado.

Primeramente, se seleccionó el tema de estudio, determinando que la investigación se enfocaría solamente a conocer el nivel de autoestima que las mujeres drogadictas de centros de rehabilitación presentaban. De aquí se partió a identificar las variables que estarían presentes en la indagación y a determinar cuáles serían las que se tomarían en cuenta como factores influyentes para el proceso del estudio.

Enseguida se hizo una delimitación de los alcances y parámetros que seguiría la investigación, se determinaron los objetivos que se perseguirían, se formularon las hipótesis con las que se trabajaría y se delimitó el universo de la población a una muestra de mujeres drogadictas de cuatro centros de rehabilitación de las ciudades de Uruapan y Morelia, Michoacán, en dicha muestra se realizó la medición de la autoestima.

Fue necesario realizar una justificación que explicará las razones objetivas de la viabilidad de este estudio, manifestando los beneficios que se aportarían a la población del estudio, a la sociedad en general y la contribución teórica que una investigación como ésta aporta a la psicología. Parte de la justificación incluyó hacer referencia a investigaciones que se han hecho con anterioridad y que están relacionadas con las variables de este estudio, con lo cual se buscó sustentar su importancia y viabilidad.

Enseguida se procedió a formar un marco teórico que le diera sustento a la investigación, lo cual permitió conceptualizar y describir las variables de este estudio, formando así dos capítulos al respecto, que explican desde los puntos de vista de diversos autores la autoestima y la drogadicción.

Fue necesario realizar un encuadre metodológico que brindara la orientación necesaria sobre el rumbo que seguiría la investigación, y que al mismo tiempo estableciera los límites bajo los cuales se guiaría el proceso. Dentro de este apartado, se determinó de qué manera se mediría la variable autoestima y se definió el instrumento de medición que se utilizaría. De tal forma, se decidió utilizar el Inventario de Autoestima de Coopersmith, utilizando una versión en español del Dr. O. Prewitt.

Se aplicó el Inventario de Autoestima a la muestra de la población seleccionada, se calificó el test para obtener las puntuaciones y se procedió a vaciar los puntajes en una matriz de datos, con la cual se calcularon las medidas estadísticas de media, mediana, moda y desviación estándar. Con esto se pudieron determinar los rangos de autoestima presentados entre la mayoría de la población y conocer así los niveles y los diferentes tipos de autoestima que estaban predominando en las mujeres de los centros de rehabilitación estudiados.

Finalmente, al haber obtenido estos puntajes, se realizó el análisis de resultados, mediante una comparación entre los hallazgos empíricos y las evidencias teóricas encontradas, tomando como referencia las hipótesis y los objetivos planteados durante el proceso de la investigación.

3.4.- Análisis de resultados

Se hizo un análisis de cada uno de los componentes de autoestima descritos en el inventario utilizado para su medición en la población de estudio, realizando una triangulación entre los datos empíricos obtenidos, el sustento teórico y la interpretación que de éstos se desprende.

Las medidas estadísticas que se utilizaron para conocer el resultado del estudio realizado, fueron la media, moda, mediana y desviación estándar, sin embargo, para fines del análisis de estos resultados se tomó como punto de referencia la media para realizar la interpretación de los datos obtenidos, ya que permite conocer con mayor exactitud la proporción de los datos entre la población.

3.4.1.- Autoestima familiar

El contexto familiar formado principalmente por los padres, es una gran influencia para la formación de niveles adecuados o inadecuados de autoestima, pues se posibilita o inhibe su adecuado desarrollo de acuerdo con el ambiente familiar, ya que al ser éste el primer microsistema en el que el individuo interactúa, le da las herramientas necesarias para autovalorarse y evaluar las experiencias interpersonales (Medina; 1990).

Además, las actitudes y características personales de la madre y del padre serán generadoras de sentimientos de confianza y valía en el individuo, o de lo contrario producirán desconfianza y temores (Juárez; 2006).

Al respecto, se encontró que al medir el nivel de autoestima en las mujeres drogadictas de los centros de rehabilitación, la puntuación para el factor de autoestima familiar o del hogar está situada en la media aritmética de 3.32, lo cual en la escala de medición de Coopersmith correspondería al rango de puntajes situados en valores mayores o iguales a 3 y menores a 4, los cuales evidencian un nivel bajo en la autoestima (ver anexo 2). Esto lleva a atribuir que la formación de la autoestima familiar está basada en el trato que los padres dan al individuo, tales como: la calidez, la forma en la que se implican en sus actividades, la coherencia con que se le educa, los elogios y el respeto del que goza. De tal forma que si estas mujeres no han desarrollado adecuados niveles de estima en este factor, se puede considerar que la familia no contribuyó de manera adecuada en la generación de experiencias que lleven al éxito, inculcando ideales, animando y dando apoyo para que ellas pudieran construir defensas fuertes contra el ataque que sus percepciones de ellas mismas estarían recibiendo del medio exterior.

Coopersmith remarcó la importancia que las actitudes de los padres tienen en la formación del concepto de sí mismo que el individuo va creando, pues al respecto de los resultados de esta investigación él ha mencionado que las personas con altos niveles de valía personal, habían sido educadas de forma que pueden ver el mundo como ordenado y seguro, sus padres han ejercido una disciplina firme, con normas

claras y estables a la vez que reconocen los logros y aceptan a sus hijos; mientras que quienes tienen un sentimiento de autoestima bajo han sido educados por padres que se han esforzado en que sean hijos obedientes y sumisos a los deseos de los demás (Medina; 1990).

Como Duravia (1999) lo menciona, para que la autoestima pueda surgir, primeramente se desarrolla la autoimagen, que es el resultado de la propia identificación, y se da en un periodo de la vida que abarca de los tres a los seis años, esto es, cuando comienza el periodo de identificación del niño o niña con la madre o con el padre respectivamente, lo cual para el psicoanálisis correspondería al complejo de Edipo. En esta época el niño o niña toman características de los padres que sirven como moldes de su propia imagen y comienzan a estructurar su personalidad.

De manera que si durante la infancia, éstas mujeres de los centros de rehabilitación que han sido adictas a las drogas, se puede afirmar que no tuvieron modelos adecuados en las personas cercanas a ellas o en sus padres, que pudieran servir para desarrollar estructuras fuertes de su propia personalidad, y en consecuencia han formado niveles muy bajos de autoestima; de tal manera que, al crecer, han tenido que buscar su propia identidad en lo que el medio ambiente exterior les ha brindado como recursos en un intento de conseguir el equilibrio necesario físico y psicológico.

3.4.2.- Autoestima social

La autoestima se construye por la influencia de diversos factores, entre ellos el social, pues es la interacción con los demás lo que forma en el sujeto la experiencia evaluativa de él mismo, ya que se puede percibir a sí mismo a través de los otros; la influencia social condiciona las evaluaciones internas y externas del yo, de tal manera que la autoevaluación se ve afectada por la evaluación que se recibe de los otros (González-Arratia; 2001). De esta manera, se esperaría que el individuo que ha sido reforzado positivamente por su contexto social, muestre niveles de autoestima sanos, mientras que aquel individuo que ha sido evaluado de manera negativa por su contexto poseería niveles bajos de autoestima.

Es así como en la población de estudio se encontró, que el nivel de autoestima que presentan en la escala social, corresponde al grado de bajo, ya que la población obtuvo un puntaje de 4.68 en relación al valor de la media aritmética, lo cual en comparación con las puntuaciones que el inventario de Coopersmith da como referencia para el nivel de autoestima social, corresponde a la interpretación de que los puntajes mayores o iguales a 4 y menores a 5, están ubicados en el parámetro de autoestima baja (ver Anexo 2). Por lo tanto, se puede inferir que la descripción teórica corresponde a los hallazgos empíricos, y que estas mujeres han sido evaluadas de manera negativa por sus contextos sociales, es así, como ha influido en su experiencia autoevaluativa y las ha llevado a expresar conductas negativas sobre ellas mismas, las cuales efectivamente corresponden a la evaluación y el valor que reciben de los otros.

Miles y Williams (2001), mencionan que el desarrollo de la autoestima parte de ser un reflejo de las experiencias que se han tenido con las demás personas, ya que éstas responden o proporcionan un sentido de valía al individuo. Cada persona almacena recuerdos de las experiencias que las relaciones con los otros le han proporcionado, y son éstas las que le permiten ir formando un sentido de su autoestima. Cabe mencionar que cuando las relaciones interpersonales han sido positivas, los individuos tienen una autoestima elevada, al contrario de quienes han tenido relaciones interpersonales negativas, en las cuales se le ha hecho sentir poco amados o ignorados, su autoestima es baja, tal como se ha podido apreciar en la medición de autoestima de este estudio en la escala social.

La explicación respecto a la baja autoestima en personas que han vivido en contextos sociales que refuerzan las evaluaciones negativas, es descrita por Wiszarz y Laraia (2006), cuando habla de que la autoestima se construye por dos fuentes primarias que son: el yo y los demás. En este sentido, la valoración propia se encuentra en función del amor y el respeto que se recibe de los demás, de tal forma que el nivel de la autoestima tiende a disminuir cuando hay una percepción de pérdida del amor o la aprobación de los otros, y viceversa, aumentará cuando se recupere el amor y sea aplaudido y elogiado por las otras personas.

Finalmente, y en relación con las inferencias sobre la forma en la que el entorno social afecta para que se presente un nivel bajo de autoestima en el individuo, Posse y Melgoza (2001) mencionan que para que la autoestima se forme, influyen aspectos biológicos y sociales, sin embargo, tienen mayor peso los sociales,

pues incluyen factores como el grado de aspiración, la aprobación del mundo adulto, el grado de responsabilidad asignada, el efecto de los medios de comunicación, el estilo de vida y la escala de valores. De tal manera que la autoestima es el resultado de un proceso interior y propio de cada individuo, que de manera directa se ve influido por otros factores como los padres, maestros, otros adultos, amigos y el medio social en el que el individuo se desenvuelve.

3.4.3.- Autoestima general

Se ha considerado que la autoestima brinda al sujeto la capacidad de generar la consciencia necesaria para darse cuenta de que es competente para enfrentar los desafíos de la vida y que, por lo tanto, es merecedor de crear su propia felicidad, dichas capacidades son movidas por niveles de autoestima normal o alta (Branden; 1999).

Al evaluar la población de estudio se encontró, que el puntaje que obtuvieron para la media aritmética es de 12.72, lo cual, en la interpretación del inventario para autoestima de Coopersmith, está situado en los puntajes mayores o iguales a 12 y menores a 15, se interpretan como nivel de autoestima general bajo (ver anexo 2). Por lo tanto, al hacer una comparación de los referentes teóricos y los hallazgos reales, se descubre que existe una fuerte correspondencia entre éstos, pues conforme a lo que las teorías plantean, se esperaba que el nivel de autoestima en esta población no estuviera en los límites normales. La razón es que las mujeres del

estudio tienen características comunes como la falta de consciencia sobre su capacidad y la habilidad para crear su propia felicidad, por lo cual recurren a factores externos que les den la sensación de poseer la capacidad de enfrentar las dificultades en su vida.

De igual manera, la autoestima genera en el individuo una estructura que le permite organizar su conexión con el mundo exterior, formar valores, percepciones e ideales, de tal manera que todo esto unido crea una visión de él y su relación con la realidad (Posse y Melgoza; 2001). En las mujeres drogadictas, estas dimensiones están mal desarrolladas, lo que da como resultado una dificultad para conectarse con el mundo real y tener de éste una adecuada percepción; además, existe una carencia de valores que provoca conductas autodestructivas y degenerativas, debido a su dificultad para estructurar y organizar las conexiones internas y externas.

Conforme a lo que menciona Wiscarz y Laraia (2006), al tener estas mujeres un nivel bajo de autoestima general, se puede esperar que el juicio personal que han realizado en la vida sobre su propio valor sea negativo. Lo cual genera conductas que van dirigidas hacia reforzar este juicio, y disminuye así la frecuencia con la que alcanzan sus metas y esto provoca a su vez sentimientos de incompetencia, pues es necesario recordar que al contrario de la autoestima baja, en el nivel alto las personas realizan juicios positivos de sí mismos y alcanzan sus metas sintiéndose competentes frente a los demás.

De acuerdo con Wiscarz y Laraia (2006), conforme se avanza en la edad la autoestima va aumentando, y el momento en que se ve mayormente perturbada es durante la adolescencia, debido a los múltiples cambios por los que atraviesa la persona, como la modificación en el concepto del yo. Con la llegada de la edad adulta, se estabiliza la autoestima, pues el autoconcepto está más maduro y proporciona una idea clara del propio yo, entonces comienza una mejor autoaceptación. Cabe mencionar, sin embargo, que la autoestima siempre está cambiando, pues incluso en la vida adulta se ve afectada por los nuevos desafíos a los que se enfrenta el individuo constantemente, tales como la jubilación, pérdida del cónyuge, el cambio en el estilo de vida, entre otros. Sin embargo, se puede determinar que un bajo nivel de autoestima está determinado por una gran discrepancia entre el autoconcepto y el ideal de sí mismo, mientras que la persona con un nivel de estima elevado se caracteriza por gozar de una mayor conformidad entre el autoconcepto y el ideal de sí mismo.

Duravia (1999), proporciona una explicación bastante razonable a la causa por la cual estas mujeres con un nivel de autoestima general bajo, han recurrido a las drogas como fuentes de salida o escape. Este autor menciona al respecto que la baja estima o carencia de ésta es el producto de una espiral en el que las experiencias han sido percibidas como fracasos, lo cual se convierte en fuerzas negativas que orillan a que el sujeto busque de forma inconsciente más situaciones que le resulten vividas como fracasos, esto genera en la persona un autoconcepto de incapacidad ante la ejecución de algunas tareas, pues se genera la convicción de que fracasará.

CONCLUSIONES

Durante el curso de esta investigación se buscó estudiar la relación que existe entre el nivel de autoestima y la adicción a las drogas en las mujeres. Partiendo de la premisa particular que indica que el nivel de autoestima de las mujeres de los Centros de Rehabilitación en adicciones, es significativamente bajo.

Para llegar a comprobar esta hipótesis se siguieron algunos objetivos de trabajo. A continuación se hará mención de ellos y de los hallazgos encontrados durante este estudio.

Se partió del objetivo general que fue determinar el nivel de autoestima en mujeres de los cuatro centros de rehabilitación, lo cual se pudo realizar con la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith y el análisis estadístico de sus resultados. El objetivo se cumplió al obtener los valores que, interpretados de acuerdo con la escala del Inventario, indican que el nivel de autoestima en esta población es bajo.

Además se cumplió con el objetivo particular en el que se buscaría definir el concepto de autoestima, pues en el capítulo uno se hace referencia a varias definiciones de autoestima que han sido propuestas por diversos autores, especificando cuáles serían tomadas en consideración para el caso de esta investigación.

Otro de los objetivos particulares que se planteó fue explicar los componentes que integran la autoestima, al cual se le dio alcance en el capítulo uno del marco teórico, en el apartado 1.2, donde precisamente se hizo una descripción detallada de estos componentes como son: autoconcepto, autoconfianza, autoeficacia, autoaceptación, autorrespeto y autoconocimiento. Se ha explicado de manera clara cuál es la forma en que cada uno de estos elementos forma la autoestima, la importancia y el valor que representan como componentes de ésta.

También se plantearon objetivos particulares que estaban dirigidos hacia la otra variable de la investigación, la drogadicción, para lo cual se determinó como objetivo definir éste concepto. Para alcanzar el cumplimiento de dicho objetivo, se consultaron diversas fuentes de información, seleccionando aquellas definiciones que resultaron encajar de manera más adecuada con las orientaciones de esta investigación. Se retomaron las definiciones que diversos autores y organizaciones han hecho sobre el término drogadicción, como es el caso de la OMS, la cual en la definición incluye no solamente la descripción de la drogadicción, sino además para hacer uso adecuado de este término, presenta un panorama de criterios que orientan a los individuos en cuestión.

En el marco de esta investigación, se buscó describir el ciclo de conducta autodestructiva que conduce a la drogadicción, como uno de los objetivos particulares, para conseguir el cumplimiento de éste, fue necesario recurrir a la explicación de dos teorías globales que describen desde su enfoque el proceso de adicción y los elementos que integran una conducta dirigida hacia la drogadicción.

El último objetivo particular planteado, estaba orientado hacia medir el nivel de autoestima de las mujeres de los cuatro centros de rehabilitación, el cual se alcanzó con la aplicación del Inventario de Coopersmith y la interpretación de las puntuaciones obtenidas de las mujeres; con dicha medición se determinaron tres factores del nivel de autoestima: el factor de autoestima social, en el hogar y el general. En los resultados de los tres factores se encontraron niveles bajos de autoestima.

Finalmente, con la realización de este estudio, se ha corroborado la veracidad de la hipótesis de trabajo, la cual menciona que, el nivel de autoestima de las mujeres de los centros de rehabilitación en adicciones de Uruapan y Morelia, Michoacán, es significativamente bajo, pues al realizar el análisis de los resultados obtenidos y tomar la medida estadística de la media aritmética del total de la población, se obtuvo que al tener un puntaje de 12.72, corresponde al parámetro que marca el nivel de autoestima baja. Por lo tanto, la hipótesis nula que indicaba que el nivel de autoestima de las mujeres de los centros de rehabilitación en adicciones de Uruapan y Morelia, Michoacán, es igual que el promedio de la población normal, y la hipótesis alternativa que hacía mención a que el nivel de autoestima de las mujeres de los centros de rehabilitación en adicciones de Uruapan y Morelia, Michoacán, es significativamente alto, quedan descartadas.

Al realizar esta investigación se ha podido determinar que el nivel de autoestima bajo en las mujeres que son drogadictas, es un factor que se encuentra presente y que de tal forma puede estar generando mayor susceptibilidad a caer en

conductas autodestructivas, como son las propias adicciones a las drogas. Obtener este conocimiento permite generar una visión sobre las posibles alternativas que se pueden seguir para atacar de raíz el problema de las adicciones, además de integrar herramientas que se enfoquen hacia el fortalecimiento de una autoestima sana, que sea el pilar principal para la prevención de las adicciones a las drogas.

Es necesario continuar realizando investigaciones más profundas, que aborden la relación que existe entre el nivel de autoestima y la tendencia a las adicciones a las drogas, pues sólo de esta forma se podrá trabajar en la creación de programas preventivos de adicciones para la población femenil, y buscar el constante desarrollo sano de la autoestima, proporcionando a las mujeres las herramientas necesarias que les ayuden a construirla.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson M. Douglas.; Anderson, Keith Jeff.; Novak, Patricia D.; Elliot, Michelle A. (2003).

Diccionario Mosby: Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud.
Madrid: Elsevier Science.

Armendáriz Ramírez, Rubén. (2002).

PNL: Ayudando a Amar Amando.
Colombia: Pax México.

Beattie, M. (2007).

Ya No Seas Codependiente.
México: Patria.

Becerra, Rosa Ma. (1999).

Trabajo Social en Drogadicción.
Argentina: Lumen-Humanitas.

Beltrán Llera, Jesús.; Bueno Alvarez, José Antonio. (1995).

Psicología de la Educación.
España: Boixareu Universitaria.

Bodino, Celeste. (2001).

Las Adicciones.
Buenos Aires: Longseller.

Bradshaw, John. (2000).

La Familia.
México: Selector.

Branden, Nathaniel. (1998).

Cómo Mejorar Su Autoestima.
México: Paidós.

Branden, Nathaniel. (1999).

La Autoestima de la Mujer.
México: Paidós.

Branden, Nathaniel. (2001).

La Psicología de la Autoestima.
México: Paidós.

Branden, Nathaniel. (2005).

El Respeto Hacia Uno Mismo.
México. Paidós.

Branden, Nathaniel. (2007).
Los Seis Pilares de la Autoestima.
México: Paidós.

Cañal, María Josefa. (2003).
Adicciones: Cómo Prevenir las en Niños y Jóvenes.
Bogotá: Norma.

Cloninger, Susan C. (2003).
Teorías de la Personalidad.
México. Pearson: Prentice Hall.

Cozby, Paul C. (2005).
Métodos de Investigación del Comportamiento.
México: McGraw Hill.

Crozier, W. Ray. (2001).
Diferencias Individuales en el Aprendizaje.
Madrid: Narcea.

Duravia, Luigi. (1999).
Íntimos y Libres.
Santa-Fe de Bogotá: San Pablo.

Eguiluz, Luz de Lourdes. (2003).
Dinámica de la Familia: Un Enfoque Psicológico Sistémico.
México: Pax México.

Ehrler, Brenda. (2003).
Aprende a Ser Tú Mismo; Comienza en Tu Interior.
Salt Lake City: Just Be Publishing.

Fernández Alfonso, María Soledad.; Ruiz Gallo, Mariano. (2005).
Fundamentos de Farmacología Básica y Clínica.
Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

García Monco, Juan Carlos. (2006).
Manual del Médico de Guardia 2006-2007.
Madrid: Díaz de Santos.

González, Luis Jorge. (2000).
Terapia del Estrés, Fobias y Adicciones: Campo Mental y Espiritualidad.
Roma: Edizioni del Teresianum.

- González-Arratia López Fuentes, Norma Ivonne. (2001).
La Autoestima: Medición y Estrategias de Intervención a través de una Experiencia en la Reconstrucción del Ser.
México: Consorcio de Universidades Mexicanas.
- Harre, Rom.; Lamb, Roger. (1990).
Diccionario de Psicología Fisiológica y Clínica.
España: Paidós.
- Hellriegel, Don.; Slocum Jr., John W. (2004).
Comportamiento Organizacional.
México: International Thomson.
- Hernández Sampieri, Roberto.; Fernández Collado, Carlos.; Baptista Lucio, Pilar. (2006).
Metodología de la Investigación.
México: McGraw-Hill.
- Ibáñez Cuadrado, Ángela; Sáiz Ruiz, Jerónimo. (2001).
La Ludopatía: una nueva enfermedad.
Barcelona: Masson.
- Juárez Martínez, Andrés. (2006).
Psicología. Texto para Bachilleres.
México: Umbral.
- Lamb Jr., Charles W.; Hair Jr., Joseph F.; McDaniel, Carl. (2006).
Marketing.
México: Cengage Learning.
- Llanes Briceño, Jorge. (1982).
Drogas: Mitos y Falacias.
México: Concepto, S.A.
- Medina Rubio, Rogelo. (1990).
La Educación Personalizada en la Familia.
España: Ediciones Rialp.
- Miles Gordon, Ann; Williams Brouwne, Kathryn. (2001).
La Infancia y su Desarrollo.
Delmar: Thomson Learning.
- Novel Martí, Gloria.; Lluch Canut, Ma. Teresa. (2000).
Enfermería Psicosocial y Salud Mental.
Barcelona: Elsevier Masson.

Page, Clive P.; Curtis, Michael J.; Sutter, Morley.; Walker, Michael B.; Hoffman S. (1998).

Farmacología Integrada.

España: Harcourt España.

Pastor Pradillo, José Luis. (2002).

Fundamentación Conceptual para una Intervención Psicomotriz en Educación Física.

España: INDE Publicaciones.

Pick, Susan.; Givaudan, M.; Troncoso, A.; Tenorio, A. (2001).

Formación Cívica y Ética 2: Yo Quiero, Yo Puedo.

México: Limusa Noriega.

Pierce, Víctor; (2003).

Adicción: Prevención, Rehabilitación y Crecimiento Personal.

México: Trillas.

Pons Díez, Xavier. (2006).

Materiales para la Intervención Social y Educativa ante el Consumo de Drogas.

España: Club Universitario.

Posse, Raúl.; Melgoza, Julian. (2001).

Para el Niño: el Arte de Saber Educar.

España: Safeliz.

Ravenna, Maximo. (2006).

Una Delgada Línea... Entre el Exceso y la Medida.

Buenos Aires: Galerna.

Rosenzweig, Mark R.; Leiman, Arnold I. (2004).

Psicología Fisiológica.

Colombia: McGraw Hill.

Rossi, Pablo. (2008).

Drogas y los Adolescentes: lo que los padres deben saber sobre las adicciones.

Madrid: Tébar.

Sterrett, Emily A. (2000).

Guía del Directivo para Inteligencia Emocional.

Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Sue, David.; Sue Derald.; Sue, Stanley. (1996).

Comportamiento Anormal.

México: McGraw-Hill.

Tito Mendoza, Rebeca.; Escartín, Maggie.; Gómez, Juan F. (2006).
Del Maltrato a la Ternura.
Bogotá: San Pablo.

Viadé Sanzano, Albert.; De Gracia, F.; Gutiérrez, R.; Portillo, R. (2003).
Psicología del Rendimiento Deportivo.
Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Wiscarz Stuart, Gail.; Laraia, Michele T. (2006).
Enfermería Psiquiátrica: Principios y Práctica.
España: Elsevier Mosby.

HEMEROGRAFÍA

Musitu, Gonzalo; Jiménez, Teresa I.; Murgui, Sergio. (Enero-febrero 2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*. Vol. 49, no. 1, 3-10.

Navarro, María; Pontillo, Vincenzo. (Marzo 2002). Autoestima del Adolescente y Riesgo de Consumo de Alcohol. *Actualizaciones en Enfermería*. Vol. 5, No. 1, 7-12.

Olivari Medina, Cecilia; Barra Almagia, Enrique. (2005). Influencia de la Autoeficacia y la Autoestima en la Conducta de Fumar en Adolescentes. *Terapia Psicológica: Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. Vol. 23, no. 2, 5-11.

ANEXOS

Anexo 1

Coopersmith Self Esteem Inventory (Coopersmith's SEI)

Versión en Español de Dr. O. Prewitt – Díaz de la Pennsylvania State University – 1984. Adaptación para Chile de Hellmut Brinkman, de la Universidad de Concepción, 1987.

Aquí hay una serie de declaraciones. Por favor responde a cada una del modo siguiente:

Si la declaración responde como te sientes usualmente, pon una "X" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "igual que yo" (columna A) en la hoja de respuestas.

Si la declaración no describe como te sientes usualmente por una "X" en el paréntesis correspondiente en la columna "distinto a mí" (columna B) en la hoja de respuestas.

No hay respuestas correctas ni incorrectas, buenas o malas. Lo que interesa es solamente conocer qué es lo que habitualmente sientes o piensas.

Ejemplo:

Me gustaría comer helados todos los días

Si te gustase comer helados todos los días, pon una “X” en el paréntesis debajo de la frase “igual que yo” frente a la palabra “ejemplo”, en la hoja de respuesta.

MARCA TODAS TUS RESPUESTAS EN LA HOJA DE RESPUESTA

NO ESCRIBAS EN ESTE CUADERNILLO

- 1) Paso mucho tiempo soñando despierto.
- 2) Estoy seguro de mí mismo.
- 3) Deseo frecuentemente ser otra persona.
- 4) Soy simpático.
- 5) Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.
- 6) Nunca me preocupo por nada.
- 7) Me avergüenza pararme frente al grupo para hablar.
- 8) Desearía ser más joven.
- 9) Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.
- 10) Puedo tomar decisiones fácilmente.
- 11) Mis amigos gozan cuando están conmigo.
- 12) Me incomodo en casa fácilmente.
- 13) Siempre hago lo correcto.
- 14) Me siento orgulloso de mi trabajo.
- 15) Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.
- 16) Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.
- 17) Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.
- 18) Soy muy popular entre mis compañeros de mi misma edad.
- 19) Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.
- 20) Nunca estoy triste.

- 21) Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.
- 22) Me doy por vencido fácilmente.
- 23) Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.
- 24) Me siento suficientemente feliz.
- 25) Preferiría jugar con niños menores que yo.
- 26) Mis padres esperan demasiado de mí.
- 27) Me gustan todas las personas que conozco.
- 28) Me gusta que el profesor me interrogue en clases.
- 29) Me entiendo a mí mismo.
- 30) Me cuesta comportarme como en realidad soy.
- 31) Las cosas en mi vida están muy complicadas.
- 32) Los demás casi siempre siguen mis ideas.
- 33) Nadie me presta mucha atención en mi casa.
- 34) Nunca me regañan.
- 35) No estoy progresando en la escuela como me gustaría.
- 36) Puedo tomar decisiones y cumplirlas.
- 37) Realmente no me gusta ser un muchacho (muchacha)
- 38) Tengo una opinión de mí mismo.
- 39) No me gusta estar con otra gente.
- 40) Muchas veces me gustaría abandonar mi casa.
- 41) Nunca soy tímido(a).
- 42) Frecuentemente me incomodo en la escuela.
- 43) Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.
- 44) No soy tan bien parecido como otra gente.

- 45) Si tengo algo que decir usualmente lo digo.
- 46) Los demás se desesperan conmigo.
- 47) Mis padres me entienden.
- 48) Siempre digo la verdad.
- 49) Mi profesor jefe me hace sentir que no soy gran cosa.
- 50) A mí no me importa lo que me pase.
- 51) Soy un fracaso.
- 52) Me siento incómodo fácilmente cuando me regañan.
- 53) Las otras personas son más agradables que yo.
- 54) Usualmente siento que mis padres esperan más de mí.
- 55) Siempre sé qué decir a otras personas.
- 56) Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela (en el trabajo).
- 57) Generalmente las cosas no me importan.
- 58) No soy una persona confiable para que otras dependan de mí.

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Institución: _____

	Igual que yo A	Distinto de mí B		Igual que yo A	Distinto de mí B
Pregunta	()	()	Pregunta	()	()
Ejemplo			Ejemplo		
1	()	()	30	()	()
2	()	()	31	()	()
3	()	()	32	()	()
4	()	()	33	()	()
5	()	()	34	()	()
6	()	()	35	()	()
7	()	()	36	()	()
8	()	()	37	()	()
9	()	()	38	()	()
10	()	()	39	()	()
11	()	()	40	()	()
12	()	()	41	()	()
13	()	()	42	()	()
14	()	()	43	()	()
15	()	()	44	()	()
16	()	()	45	()	()
17	()	()	46	()	()
18	()	()	47	()	()
19	()	()	48	()	()
20	()	()	49	()	()
21	()	()	50	()	()
22	()	()	51	()	()
23	()	()	52	()	()
24	()	()	53	()	()
25	()	()	54	()	()
26	()	()	55	()	()
27	()	()	56	()	()
28	()	()	57	()	()
29	()	()	58	()	()

M: PB T

G:
S:
E:
H:

Total:

PAUTA DE CORRECCIÓN

PAUTA DE CORRECCIÓN Y NORMAS (Puntajes T) PARA EL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Cada respuesta marcada conforme a la siguiente pauta, es computada con 1 punto. Se suman los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del instrumento: **G** = autoestima general; **S** = autoestima social; **E** = autoestima escolar – académica; **H** = autoestima familiar (en relación al hogar) y **M** = escala de mentira. Si este último puntaje resulta muy superior al promedio (T = 67 o más), significaría que las respuestas del sujeto son poco fiables e invalidan la aplicación del inventario.

Por último, se suman todos los puntajes (menos la escala M), para obtener un indicador de la apreciación global que el sujeto tiene de sí mismo.

Igual que yo	Distinto de mí	Pregunta	A	B
		Ejemplo	()	()
		1	(G)	()
		2	(G)	()
		3	()	(G)
		4	(S)	()
		5	(H)	()
		6	(M)	()
		7	()	(E)
		8	()	(G)
		9	()	(G)
		10	(G)	()
		11	(S)	()
		12	()	(H)
		13	(M)	()
		14	(E)	()
		15	()	(G)
		16	()	(G)
		17	()	(G)
		18	(S)	()
		19	(H)	()
		20	(M)	()
		21	(E)	()
		22	()	(G)
		23	(G)	()
		24	(G)	()
		25	()	(S)
		26	()	(H)
		27	(M)	()
		28	(E)	()
		29	(G)	()

Igual que yo Distinto de mí

Pregunta	A	B	55	(M)	()
Ejemplo			56	()	(E)
			57	()	(G)
30	()	(G)	58	()	(G)
31	()	(G)			
32	(S)	()			
33	()	(H)			
34	(M)	()			
35	()	(E)			
36	(G)	()			
37	()	(G)			
38	()	(G)			
39	()	(S)			
40	()	(H)			
41	(M)	()			
42	()	(E)			
43	()	(G)			
44	()	(G)			
45	(G)	()			
46	()	(S)			
47	(H)	()			
48	(M)	()			
49	()	(E)			
50	()	(G)			
51	()	(G)			
52	()	(G)			
53	()	(S)			
54	()	(H)			

**INTERPRETACIÓN CUALITATIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL
INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH**

ESCALA DE AUTOESTIMA GENERAL: (Puntaje máximo es 26)

PUNTAJES	INTERPRETACIÓN
Inferiores a 12	Muy Baja
Mayores o igual a 12 y menores a 15	Baja
Mayores o igual a 15 y menores a 20	Normal
Mayores o igual a 20 y menores a 23	Alta
Mayores o iguales a 23	Muy alta

ESCALA DE AUTOESTIMA SOCIAL: (Puntaje máximo es 8)

PUNTAJES	INTERPRETACIÓN
Inferiores a 4	Muy Baja
Mayores o igual a 4 y menores a 5	Baja
Mayores o igual a 5 y menores a 7	Normal
Mayores o igual a 7 y menores a 8	Alta
Igual a 8	Muy alta

ESCALA DE MENTIRA:

Esta escala tiene como puntaje máximo 8 puntos, un puntaje mayor o igual a 5 indica que las respuestas dadas por la persona **NO SON CONFIABLES**.

ESCALA DE AUTOESTIMA ESCOLAR: (Puntaje máximo es 8)

PUNTAJES	INTERPRETACIÓN
Inferiores a 2	Muy Baja
Mayores o igual a 2 y menores a 3	Baja
Mayores o igual a 3 y menores a 6	Normal
Mayores o igual a 6 y menores a 7	Alta
Mayores o igual a 7	Muy alta

ESCALA DE AUTOESTIMA HOGAR: (Puntaje máximo es 8)

PUNTAJES	INTERPRETACIÓN
Inferiores a 3	Muy Baja
Mayores o igual a 3 y menores a 4	Baja
Mayores o igual a 4 y menores a 6	Normal
Mayores o igual a 6 y menores a 7	Alta
Mayores o igual a 7	Muy alta

ESCALA DE AUTOESTIMA TOTAL: (Puntaje máximo es 58)

PUNTAJES	INTERPRETACION
Inferiores a 22	Muy Baja
Mayores o igual a 22 y menores a 26	Baja
Mayores o igual a 26 y menores a 35	Normal
Mayores o igual a 35 y menores a 39	Alta
Mayores o igual a 39	Muy alta

Anexo 2

Gráfica de resultados de las subescalas en autoestima

