



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

# **ADICCIONES: EL AUTOENGAÑO Y AUTOCONCEPTO EN LOS DIFERENTES ESTADIOS SIGUIENDO EL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO.**

Autor: Rebeca Alonso Ruiz  
Director profesional: María Alicia Serrano Villar  
Tutor metodológico: José Manuel Caperos Montalbán

Madrid  
Abril 2016

Rebeca  
Alonso  
Ruiz

**ADICCIONES: AUTOENGAÑO Y AUTOCONCEPTO EN LOS DIFERENTES ETADIOS  
SIGUIENDO EL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO.**



## **Resumen**

**Objetivo:** Estudiar la relación existente entre el autoconcepto y el autoengaño en los diferentes estadios de cambio. **Método.** Se procedió a la administración de un cuestionario autoadministrado a 33 sujetos residentes de la Comunidad de Madrid con Trastorno por abuso de sustancias. Participaron un 78,8% de hombres entre 24-62 años ( $\bar{x}$ =47,67, DT=8,38) de los cuales un 66,7% se encuentran actualmente en tratamiento.

**Resultados:** No se han obtenido relaciones entre los diferentes estadios de cambio y el autoengaño. Sin embargo se ha podido observar como las diferentes dimensiones que forman el autoconcepto sí se pueden relacionar con el estadio de cambio. Asimismo se han podido establecer diferentes relaciones entre autoconcepto y autoengaño.

**Conclusiones:** Pese a no establecerse relaciones entre estadio de cambio y autoconcepto/autoengaño se puede observar cómo estas dos variables son importantes a tener en cuenta dentro del trabajo con pacientes drogodependientes. Este trabajo abre paso a diferentes investigaciones que versen sobre estas dos dimensiones.

**Palabras clave:** Estadio, autoengaño, autoconcepto y drogodependiente.

**Goals/objectives:** Study the relationship between self-concept and self-deception throughout the stages of change. **Method:** A self-administered questionnaire was given to 33 subjects residing in the Madrid region diagnosed with substance abuse disorder. 78.8% of the participants were male between 24-26 years old ( $\bar{x}$ =47,67, TD=8,38), from the total of participants 66.7% were currently under treatment. **Results:** No significant relationship was found between the stages of change and self-deception. In addition it was found that the different dimensions of self-concept could be related with the stages of change. However, a relationship was found between self-concept and self-deception.

**Conclusions:** Despite the fact that not of relationships could be found between the stages of change and self-concept and self-deception, it is clear how these two variables are to be taken into account when working with substance-dependent patients. This study sets the ground for future research on the role played by these variables.

**Key words:** Stage, self-deception, self-concept & substance abuser

## INTRODUCCIÓN.

El consumo de sustancias adictivas, muchas veces incluso de sustancias legales, es un gran obstáculo al que se enfrenta actualmente la sociedad ya que ocasiona graves problemas a todos los niveles: social, personal y económico (Martínez y Alonso, 2003). Cuando hablamos de trastorno por abuso de sustancias, debemos de tener en cuenta que se trata de una enfermedad crónica y recidivante (Casas, Duro y Pinet, 2006; Connors, Maisto y Donovan, 1996). Por lo tanto trabajar en el proceso terapéutico el riesgo de recaída es fundamental ya que forma parte del proceso de adicción. Por esto, el conocer las variables que hacen que el sujeto continúe consumiendo, y conformen un factor de riesgo de recaída será imprescindibles para el tratamiento. Cuando hablamos de recaídas debemos de tener en cuenta dos tipos de trabajo diferenciados, la prevención y el abordaje clínico una vez sufrida la recaída (Lledó y Abejón, 2003). Este trabajo nos ofrece una visión de una posible línea de intervención analizando dos variables importantes en la prevención de la recaída: autoconcepto y autoengaño (Castro y Justo, 2003; Sirvent 2006; Tirapu, Landa y Lorea, 2003) lo que nos permitirá realizar un tratamiento más eficiente, con costes menores.

La explicación de las conductas adictivas ha recibido diferentes descripciones a lo largo del tiempo. Se pueden observar dos fundamentaciones diferentes que han ido surgiendo a través de las décadas. La primera fundamentación, descrita antes de los años 80 se basaba sobretodo en modelos morales, biológicos, socioculturales y teorías psicodinámicas, transaccionales y de la personalidad (Sánchez, Tomás, Molina, Del Olmo y Morales, 2002). Lo que describen principalmente estos modelos, es una visión de cambio dicotómico; abstinencia vs consumo.

La segunda fundamentación, descrita a partir de los años 80, es la que más apoyo y soporte ha recibido. Esta fundamentación viene descrita principalmente por un cambio en la visión de la recuperación del paciente adicto, pasando de ver el modelo dicotómico de abstinencia vs consumo a enfatizarse el modelo de fases. Este modelo observa el cambio como un continuo que pasa por diferentes periodos cuyo objetivo principal es llegar a la abstinencia (Tejero y Trujols, 1994). Esta explicación del cambio, viene sobretodo determinada por el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente (Prochaska y DiClemente, 1982, Prochaska DiClemente y Nrocross, 1992, Prochaska y Prochaska, 1993; Velicer, Rossi y Prochaska; 1990) el cual

es un modelo tridimensional que integra estadios, procesos y niveles necesarios para llegar al cambio de la conducta adictiva.

Sánchez y colaboradores (2002) realizan una descripción de cada dimensión del modelo transteórico. Los estadios vienen determinados principalmente por la dimensión temporal, la cual se hace presente en la secuencia de cambio. Esta secuencia está dividida en: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Como segunda dimensión, tenemos el proceso el cual está determinado por actividades tanto manifiestas como encubiertas. Es lo que nos permite saber cómo se produce el cambio en el sujeto adicto. Como última dimensión aparece los niveles de cambio. Esto nos ofrece una organización jerárquica de los niveles en los que se tiene que focalizar tanto la evaluación como las intervenciones terapéuticas las cuales se basarían en: cogniciones desadaptadas, síntoma/situacional, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales (Sánchez, Tomás y Morales, 2004). Este modelo lo que describe son los elementos que aparecen en el cambio intencional de la conducta adictiva en un contínuum tiempo. El seguir este modelo teórico permite no solo saber si una intervención es adecuada, si no si es adecuada en el momento temporal (estadio) en el que el paciente se encuentra. Así mismo permite también reconocer los procesos cognitivos y conductuales que aparecen en el proceso de cambio (Sánchez, Tomás y Morales, 2004).

La conducta adictiva está rodeada de prejuicios negativos que pueden interferir incluso en la intervención terapéutica llegando a generar un problema en la relación terapeuta-paciente (Porcel y Gonzalez, 2005; Tirapu, Landa y Lorea, 2003). Esta visión podrá influir tanto en el proceso como en el desempeño de las habilidades-técnicas por parte del terapeuta (Palacios, 2007). Uno de los prejuicios, o tópicos a la hora de hablar de pacientes drogodependientes, es que tienden a mentir (Tirapu et al. 2003). Esta visión es compartida por la sociedad en general independientemente de que sean terapeutas, familiares, pareja o amigos del sujeto adicto pues un gran porcentaje describirían al sujeto como mentiroso (Sirvent, 2006).

Al hablar de fiabilidad debemos de tener en cuenta que no solamente nos referimos a la credibilidad y factibilidad sino a cómo encaja lo que sabemos con la forma en la que el terapeuta entiende la patología (Tirapu et al. 2003). De esta forma, si entendemos al adicto no como un sujeto mentiroso –por lo tanto con control sobre sus actos- sino como alguien con una errónea percepción del mundo, estará cambiando

nuestra forma de ver al paciente, entendiendo su mentira como algo presente en la propia patología del sujeto y que hay que trabajar ya que le puede llevar a la recaída (Sirvent, 2006; Tirapu et al. 2003).

Sin embargo, vemos como en el paciente adicto los beneficios asociados a la mentira no son muy obvios y a veces estas mentiras resultan ser sin sentido o absurdas. Por este motivo, es importante ver si la mentira del adicto es un engaño real, o un autoengaño para que la imagen de sí mismo no se vea modificada, y pueda obtener un concepto del yo que sea bueno y perdurable en el tiempo (Tirapu et al. 2003).

Ekman y Friesen (1975), muestran como los mentirosos pueden ser delatados por sus expresiones no verbales las cuales al estar controladas por el sistema límbico tienden a revelar la verdad. Sin embargo, Tivers (1985) propone un mecanismo mediante el cual nuestro sistema límbico no nos delataría; mentirse a uno mismo. De esta forma, nuestra expresión no verbal será coherente con la verbal. Pasando de estar mintiendo a estar autoengañándonos.

Siguiendo esta línea, Sirvent (1989) plantea la hipótesis de que el propio engaño forma parte de la sociopatía adquirida en el adicto debido a su condición aprendida y llevada a cabo durante toda su vida. Esto se explicita en su forma de vida (Sirvent, 2007,1989), donde el adicto comienza mintiendo como forma adaptativa a sus comportamientos, esta mentira se repite creando más culpa y ansiedad llevando al adicto a un estado de ansiedad crónico que se vuelve menos intenso pero puede provocar un síndrome distímico insidioso. Poco a poco el sujeto interioriza lo que dice y acaba por no saber diferenciar la realidad de la ficción. La mentira se convierte en autoengaño y en un estilo de vida llamada mistificación o mixtificación (Sirvent 2006, 2007; Sirvent, Blanco, Villa y Rivas, 2014).

Sirvent, en 2006 definió la mixtificación (o mistificación) intrínseca como “una forma extrema de autoengaño que afecta al quehacer entero del sujeto, el cual acaba envuelto en un blindaje de desconfianza denominado coraza mistificadora que le ensimisma y aísla obstaculizando la comunicación interpersonal y la aprehensión de mensajes externos” (Sirvent, et al., 2014, p.2). “Se trata de un patrón actitudinal, cognitivo y comportamental de morfología sociopática atribuible al modus vivendi propio de sujetos adictos de larga intensa o arraigada trayectoria” (Sirvent, 2007, p.315).

Hablar de autoengaño no es algo negativo. Todos tenemos parte de autoengaño y gracias a él podemos en muchos casos trabajar de forma eficaz. Podemos decir que en ciertas ocasiones es adaptativo y que incluso lo usamos diariamente para relacionarnos con otros (Sirvent, Rivas, Palacios, Blanco y Moral, 2008). El problema viene cuando el autoengaño es mantenido, cuando se vive de una forma mixtificada (Sirvent, 2006).

Sin embargo, pese a toda la literatura encontrada que explica cómo surge el autoengaño en el sujeto adicto para finalmente vivir de una forma mixtificada (autoengañado) y la utilidad que representa para su *modus vivendi*, no se han encontrado estudios que observen cual es el cambio de la variable autoengaño en el proceso de llegar a la abstinencia. Tampoco se han encontrado estudios que observen si una vez que el sujeto llega a la abstinencia deja de lado la vida mixtificada, ya que en esta nueva etapa se supone que carecería de utilidad.

Hablar de autoengaño, nos lleva a hablar indirectamente de deseabilidad social. Paulhus (1984, 2002) vio que la deseabilidad social tenía dos dimensiones: el manejo de impresiones (que se realiza de forma consciente) y el auto-engaño (el cual es una manipulación no intencionada).

Por lo tanto, vemos como autoengaño parece estar ligado también al autoconcepto en la medida que sirve para obtener una mayor deseabilidad social, haciendo que tanto la imagen que los demás tienen de él y su propia imagen (autoconcepto), quede mejorada.

Si atendemos al autoconcepto, podemos observar como tradicionalmente ha sido descrito como una cuestión importante para un correcto funcionamiento en todos los niveles (comportamental, cognitivo, afectivo y social) (García Musitu, Veiga, 2006; Shvelson, Hubner y Stanton, 1976). Los estudios realizados hasta ahora sobre el autoconcepto muestran conclusiones dispares (Fuentes, García, Gracia, y Lila, 2011). Diferentes estudios concluyen que existe una relación entre un bajo autoconcepto y el consumo (Ferrerías, Guzmán y Carulla, 1998; Izquierdo, 2001; Martínez-Lorca y Alonso, 2003; Scheier, Botvin, Griffin y Díaz, 2000; Kavas, 2009). Otros sin embargo no encuentran relaciones entre las variables (Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman y Stergar, 2007; García y Carrasco, 2003; Kokkevi, Richardson, 2006) y, sorprendentemente, otros estudios parecen relacionar un alto autoconcepto con altos niveles de consumo (Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008; Balaguer, García-Mérita y

Pastor 2006; Pérez, Lopez, Cuesta y Caballero, 2005). Algunos autores achacan esta diversidad de resultados al uso de distintos instrumentos para la medición del autoconcepto (Schoroeder, Laflin y Weis, 1993).

Esta diversidad de resultados, junto con la literatura anterior, nos lleva a analizar dos cuestiones principales; primero y al no haber encontrado estudios, conocer si en etapas más cercanas a la abstinencia hay un menor, mayor o se mantiene el autoengaño. Seguidamente, pasaremos a observar la existencia o no de una relación entre autoengaño y autoconcepto. Consideramos este análisis importante ya que como hemos observado, el autoengaño es una forma que encuentra el sujeto adicto de poder reducir la ansiedad ante sus comportamientos socialmente no admitidos y poder mantener un buen concepto de sí mismo a pesar de su situación de consumo (Sirvent, 1989; Sirvent, 2006; Sirvent, 2007; Sirvent, Blanco, Villa y Rivas, 2014; Sirvent, Rivas, Palacios, Blanco y Moral, 2008; Tirapu et al. 2003). De esta forma, planteamos la hipótesis de que el sujeto adicto, al encontrarse en una fase de cambio más avanzada (un menor consumo) no necesitará valerse del autoengaño dejándolo de lado. De esta forma, al observarse a sí mismo y su situación real, sin autoengaño, suponemos un peor autoconcepto. De esta forma, podremos conocer como varía el autoconcepto y el autoengaño, dependiendo de la etapa de consumo en la que se encuentra siguiendo el modelo transteórico de cambio de Prochanska y DiClemente para obtener información sobre el autoconcepto y autoengaño en cada fase del cambio

Estas dos cuestiones nos parecen relevantes para la investigación y sobre todo para la realización de una práctica clínica más eficaz. El observar cuales son las variables psicológicas implicadas en el sujeto adicto, nos lleva a obtener una aproximación sobre las cuestiones necesarias a trabajar en el proceso de cambio.

A modo de esquema, en el siguiente estudio trabajaremos las diferentes hipótesis ya planteadas anteriormente; estas son: Si existe relación entre los diferentes estadios de cambio y el autoconcepto, si existe relación entre los diferentes estadios de cambio y el autoengaño, y por último si se pueden observar relaciones entre las diferentes dimensiones del autoengaño y el autoconcepto.

## **MATERIAL Y MÉTODO.**

### **Participantes y procedimiento.**

La muestra recogida se compone de 33 sujetos con edades comprendidas entre 24 y 62 años los cuales se encuentran en situación de exclusión social. El 78,8% (26 participantes) de la muestra fueron hombres y un 21,2% mujeres, cuya media de edad fue de 47,67 años. Los cuestionarios fueron aplicados en dos centros, un Centro de Atención a Drogodependientes (CAD) y una Fundación para personas sin hogar, los dos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Dentro de la muestra, se ha procedido a establecer unos criterios tanto para la inclusión como para la exclusión en el estudio. Se tratan como criterios de inclusión el cumplimiento de los criterios del DSM-5 para el trastorno por abuso de sustancias (American Psychiatry Association, 2013). El diagnóstico fue realizado por los profesionales sanitarios de los centros. De la misma forma se establecieron como criterios de exclusión el no haber completado las pruebas y la comorbilidad de la adicción con otra patología psiquiátrica.

### **Diseño**

El presente trabajo es un estudio transversal en el cual se estudia el autoengaño y autoconcepto en población drogodependiente en el momento de pasar los test.

### **Variables y medidas.**

Para la recogida de datos se usó un cuestionario elaborado *-ad hoc-*, junto con dos escalas y un inventario. Todos fueron administrados ante la presencia de un profesional con conocimiento del cuestionario tanto para solución de cualquier duda como para la explicación del funcionamiento del mismo.

El documento administrado encabezaba un consentimiento informado ofreciendo la información del objetivo de los cuestionarios, el uso que se iba a hacer del mismo, y de que todos los datos estarían recogidos según la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal por la cual sus datos estaban dotados de un carácter

confidencial, así como su correcta guardia y custodia. Por último se les informaba del tiempo aproximado de la realización del cuestionario (entre 15-20 minutos).

Seguido del consentimiento informado, se procedía a la administración del cuestionario referente a las variables sociodemográficas junto con información sobre el consumo, tipo de consumo: alcohol, cocaína, heroína, cannabis, drogas de síntesis, u otras; se estableció como policonsumo el haber indicado dos o más tipos de consumo. No se contabilizó el tabaco como tipo de consumo. Otras variables recogidas fueron si se encontraban en el momento de la realización del cuestionario en algún tipo de tratamiento, y de ser afirmativo, el tiempo que lleva de tratamiento (menos de un mes, entre uno y tres meses, entre tres y seis meses, seis meses y un año, más de un año).

Posteriormente se aplicó la primera de las escalas la cual medía la variable independiente autoconcepto, para ello se usó la escala Autoconcepto Forma 5. Seguidamente se administró otra escala la cual sirvió para identificar en el estadio de cambio que se encontraba el sujeto en el momento de la realización del test siguiendo el modelo transteórico del cambio (URICA) para poder medir la variable dependiente. Por último se pasó la administración del inventario el cual fue usado para la medida de otra variable independiente, autoengaño (IAM-40).

**1. Escala Multidimensional de Autoconcepto AF5 –Autoconcepto Forma 5-** de García y Musitu (1999). Este instrumento está basado en el modelo teórico jerárquico y multidimensional de Shavelson, Hubner y Stanton (1976). Está compuesto por 30 ítems con una escala Likert de respuesta que va desde 1 totalmente en desacuerdo a 99 totalmente de acuerdo. Estos ítems a su vez evalúan 5 dimensiones – autoconcepto académico, autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar y autoconcepto físico.

**2. Inventario de Autoengaño y Mixtificación -IAM-40-** de Sirvent 2010 el cual está formado por 40 ítems en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van desde 1 muy en desacuerdo a 5 muy de acuerdo, cuya puntuación media recoge la escala general. De la misma forma, existen 5 subescalas – Insinceridad y opacidad comunicativa, Manipulación, Mecanismo de negación y reincidencia, Mixtificación y desconfianza (o autoengaño), Registro de la realidad interesado o distorsionado-. Todas las subescalas se refieren a factores que describen aspectos clínicos relacionados con el autoengaño. Una vez corregido el test, se obtiene en cada una de las escalas (tanto en la

general como en las subescalas) un índice de nivel de autoengaño el cual varía desde un no autoengaño pasando por un autoengaño ligero, evidente, acusado hasta acabar en un autoengaño grave. Esta escala fue validada por Sirvent y Villa Moral (2014).

**3. Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA** cuyos autores son James O. Prochaska y Carlo DiClemente (1984) evalúa mediante 32 ítems expuestos en forma de escala tipo Likert el cual tiene 5 opciones de respuesta, pasando de totalmente en desacuerdo (1), a totalmente de acuerdo (5) el grado de disposición o actitud en relación al cambio. Para ello mide cuatro estadios de cambio los cuales son precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Esta escala fue validada en castellano por Vallejos, Orbegoso y Capa (2007).

### **Análisis de datos**

El análisis estadístico llevado a cabo, mediante el paquete de análisis de datos SPSS 20.0 para Windows.

Para la descripción de la muestra se han realizado análisis de frecuencias y medidas de tendencia central.

Para el análisis de la variable nivel de autoengaño, tanto del total como en cada una de sus subescalas, hemos utilizado estadísticos no paramétricos debido a que la puntuación en dicha escala se realiza en una escala ordinal de 1-5 (no autoengaño - autoengaño grave). Se ha usado la prueba no paramétrica *Krusal Wallis*, para conocer si existe relación entre el autoengaño y los diferentes estadios de cambio y la correlación de Spearman para conocer si existe relación entre las diferentes subescalas de autoengaño y las dimensiones de autoconcepto. En el caso de la variable autoconcepto tras el análisis con la prueba de Shapiro-Wilk en la cual no se detectaron desviaciones significativas de la normalidad, se procedió a la realización de un ANOVA de un factor para comprobar la relación existente entre el autoconcepto y los diferentes estadios de cambio. Para todos estos resultados se ha considerado un nivel de significación estadística de  $p < .05$  con un nivel de confianza del 95%.

## **RESULTADOS.**

### *Datos sociodemográficos.*

Los datos de consumo obtenidos indican que el 45,5% (15 participantes) de la muestra son sujetos dependientes de alcohol, siendo en los dos sexos la sustancia de consumo más habitual. En la muestra de hombres 13 sujetos (50%) consumen alcohol, mientras que en mujeres representa el 28,57% (2 participantes). Por otro lado, el 45,5% (15 participantes) de los sujetos muestran policonsumo, siendo los consumos habituales. De la misma manera, un 66,7% (22 participantes) de la muestra se haya actualmente en tratamiento.

En cuanto al proceso de cambio, se observa como un 45,5% (15 participantes) de la muestra se encuentra en estadio de contemplación, así como un 39,4% (13 participantes) en acción y un 15,2% (5 participantes) en mantenimiento. No se han obtenido datos de sujetos que se encuentren en estadio de pre-contemplación.

### *Relación entre el autoengaño y los diferentes estadios del cambio.*

No hemos encontrado relación entre los diferentes estadios de cambio y nivel general de autoengaño *Kruskal Wallis*, ( $x^2 = 1,336$ ;  $gl = 2$ ,  $p = 0,513$ ). Así mismo, al analizar mediante la misma prueba los diferentes estadios, hallamos que tampoco encontramos relación estadísticamente significativa entre el estadio de cambio y las diferentes dimensiones del autoengaño; insinceridad ( $x^2 = 0,717$ ;  $gl = 2$ ,  $p = 0,699$ ), manipulación, ( $x^2 = 0,973$ ;  $gl = 2$ ,  $p = 0,615$ ), negación ( $x^2 = 1,008$ ;  $gl = 2$ ,  $p = 0,604$ ), mixtificación ( $x^2 = 0,09$ ;  $gl = 2$ ,  $p = 0,956$ ). Por último tampoco se obtiene una relación entre registro de la realidad interesado o distorsionado (autoengaño) y el estadio de cambio ( $x^2 = 1,587$ ;  $gl = 2$ ,  $p = 0,452$ ).

### *Relación entre el autoconcepto y los diferentes estadios de cambio.*

Hemos encontrado relación entre el estadio de cambio mantenimiento y el autoconcepto laboral;  $F(2,30) = 6,544$ ,  $p = 0,004$ . Sin embargo, no se ha encontrado relación con el resto de dimensiones; autoconcepto social  $F(2,30) = 0,375$ ,  $p = 0,691$ ,

autoconcepto emocional;  $F(2,30) = 1,384$ ,  $p = 0,266$ , autoconcepto familiar;  $F(2,30) = 0,743$ ,  $p = 0,484$  y por último autoconcepto físico;  $F(2,30) = 0,218$ ,  $p = 0,805$ .

*Relación entre el autoconcepto, autoengaño y las distintas dimensiones entre sí.*

En este apartado se plantea la hipótesis de que el autoconcepto puede estar relacionado con el autoengaño. Los resultados obtenidos entre el índice general de autoengaño y el autoconcepto han sido no significativos (Tabla 1), a excepción del autoconcepto social ( $n = 33$ ;  $r = -0,400$ ;  $p = 0,021$ ) y autoconcepto emocional ( $n = 33$ ;  $r = -0,377$ ;  $p = 0,03$ )

Sin embargo, sí que se han encontrado otras relaciones significativas positivas entre diferentes dimensiones de autoconcepto y autoengaño siendo estas; negación y autoconcepto social ( $n = 33$ ;  $r = -0,362$ ;  $p = 0,038$ ), registro de la realidad interesado o distorsionado (autoengaño) y autoconcepto emocional ( $n = 33$ ;  $r = -0,613$ ;  $p = 0,001$ ), entre diferentes dimensiones del autoconcepto; autoconcepto social y laboral ( $n = 33$ ;  $r = 0,485$ ;  $p = 0,004$ ), autoconcepto familiar y físico ( $n = 33$ ;  $r = 0,525$ ;  $p = 0,002$ ), y por último entre diferentes dimensiones del autoengaño como manipulación e insinceridad ( $n = 33$ ;  $r = 0,353$ ;  $p = 0,044$ ), negación e insinceridad ( $n = 33$ ;  $r = 0,441$ ;  $p = 0,01$ ), mixtificación y manipulación ( $n = 33$ ;  $r = 0,391$ ;  $p = 0,024$ ), registro de la realidad interesado o distorsionado (autoengaño) y negación ( $n = 33$ ;  $r = 0,411$ ;  $p = 0,017$ ). También se observan correlaciones positivas entre el autoengaño en general y las diferentes dimensiones del autoengaño.

En contraposición, no se han encontrado relaciones significativas entre el resto de dimensiones, mostrando los resultados de las mismas en la Tabla 1.

**Tabla 1:** Correlaciones entre las dimensiones del AF5 y las subescalas del IAM-40 (N=33).

		AF5 Laboral	AF5 Social	AF5 emocional	AF5 familiar	AF5 físico	IAM-40 general	IAM-40 insinceridad	IAM-40 manipulacion	IAM-40 negacion	IAM-40 mixtificacion	IAM-40 autoengaño
AF5 Laboral	Correlación de Pearson		,485**	,095	,243	,221	-,297	-,128	-,046	-,320	-,264	-,211
	Sig. (bilateral)		,004	,601	,173	,216	,093	,479	,800	,069	,137	,239
AF5 Social	Correlación de Pearson			,269	,336	,179	-,400*	-,055	,001	-,362*	-,241	-,295
	Sig. (bilateral)			,130	,056	,319	,021	,761	,994	,038	,177	,096
AF5 Emocional	Correlación de Pearson				-,021	,093	-,377*	-,165	-,136	-,336	-,229	-,613**
	Sig. (bilateral)				,908	,605	,030	,359	,449	,056	,200	,000
AF5 Familiar	Correlación de Pearson					,525**	-,220	-,183	,102	-,268	-,138	-,237
	Sig. (bilateral)					,002	,218	,309	,573	,132	,445	,184
AF5 Físico	Correlación de Pearson						-,026	-,216	,218	-,097	-,247	-,013
	Sig. (bilateral)						,887	,227	,222	,593	,166	,944
IAM-40 general	Correlación de Pearson							,572**	,633**	,668**	,443**	,497**
	Sig. (bilateral)							,001	,000	,000	,010	,003
IAM-40 insinceridad	Correlación de Pearson								,353*	,441*	,279	,136
	Sig. (bilateral)								,044	,010	,116	,450
IAM-40 manipulacion	Correlación de Pearson									,282	,391*	,209
	Sig. (bilateral)									,111	,024	,243
IAM-40 negacion	Correlación de Pearson										,208	,411*
	Sig. (bilateral)										,246	,017
IAM-40 mixtificacion	Correlación de Pearson											,207
	Sig. (bilateral)											,248

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

## **DISCUSIÓN.**

El porcentaje de consumo de alcohol en la investigación es inferior a la esperada (45,5%), ya que en la población general suele tratarse de un 78,3% sin embargo, al igual que en la literatura, el alcohol es la sustancia más consumida en los dos sexos (MSSSI, 2015).

La primera hipótesis plantea la relación existente entre los diferentes estadios de cambio y el autoengaño. Siguiendo a la literatura y pese a no haber estudios que lo clarifiquen, lo esperable sería encontrar un mayor autoengaño en fases más tempranas del cambio, y por lo tanto, cercanas a una vida mixtificada (Sirvent, 2012; Sirvent, Blanco, Villa y Rivas, 2014). Sin embargo, el presente estudio nos muestra que no existe relación entre el autoengaño y los diferentes estadios de cambio. Podemos plantear la hipótesis de que el sujeto pese a que esté en proceso de cambio, continúa con la vida mixtificada que ha llevado hasta el momento, y no sabemos si una vez obtenida la abstinencia durante un largo periodo de tiempo pasa a una forma de vida menos mixtificada. Este planteamiento abre las puertas a nuevas futuras investigaciones. Sin embargo, sí que sabemos que el autoengaño está relacionado con el riesgo de recaída (Ruiz, 2009; Sirvent, Villa, Blanco, Delgado, y Fernández, 2012; González, Conde y Ustárroz, 2003; García, Rivas, Alonso, Sirvent, y Moral, 2014) siendo un factor importante que llega a relacionarse con el 51% de las recaídas incluso en pacientes con abstinencia de larga duración (Marlatt, 2005; Donovan 1996). Esto puede ocurrir debido a que el autoengaño produce una falsa sensación de control (Cuji y Tixi, 2015) que provoca en el sujeto una falsa sensación de poder enfrentarse a cualquier situación de riesgo. De esto podemos observar como el autoengaño no cobra tanta importancia durante el proceso de cambio, pero sí hay que trabajarlo como factor de riesgo para una posible recaída.

Seguidamente se pasó a comprobar si el autoconcepto está relacionado con los diferentes estadios de cambio. Siguiendo los resultados observamos cómo no existen relaciones significativas entre autoconcepto y consumo (a excepción del autoconcepto laboral). Estos resultados son consistentes con previos estudios ya señalados anteriormente (Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman y Stergar, 2007; García y Carrasco, 2003; Kokkevi, Richardson, 2006) . Si bien es cierto que los estadios de cambio no están determinados, es decir, no necesariamente tiene que haber mejorado el autoconcepto para poder encontrarse en otro estadio de cambio, Prochaska, DiClemente, Velicer, Ginpil y Norcorss (1985) vieron la importancia no tanto del autoconcepto pero sí de la autoeficacia en el proceso de cambio. Son

muchos los autores que han estudiado el autoconcepto como concepto, y han visto que la autoeficacia forma parte del propio autoconcepto (Rosenberg, 1965; Brisset, 1972; Cattell y Child, 1975). Por lo tanto sí sería esperable advertir una relación entre estadio de cambio y autoconcepto, sin embargo en el presente estudio solo aparece una relación entre autoconcepto laboral (dimensión del AF5 que más relación tiene con la autoeficacia) y estadio de cambio.

Por último, se han determinado las relaciones establecidas entre las diferentes dimensiones del autoconcepto, y las correspondientes escalas del autoengaño. Entre estas relaciones observamos como el índice general de autoengaño, solo se relaciona con el autoconcepto social y emocional y no con el laboral, familiar o físico. Dentro de la población estudiada podemos hipotetizar que tanto la dimensión social como emocional son las dimensiones en las que se puede encontrar un mayor autoengaño, ya que tanto el apoyo familiar, como la actividad laboral y el aspecto físico son áreas dañadas en la situación de la población estudiada (personas en exclusión social).

En relación con el autoengaño y el autoconcepto, se han encontrado relaciones significativas entre la negación y el autoconcepto social, y el registro de la realidad interesado o distorsionado y el autoconcepto emocional. Cuando hablamos de negación en el IAM-40, estamos hablando de diferentes mecanismos de negación en el cual se deja de reconocer su existencia (Sirvent, Villa Moral; 2010). En este trabajo se ha observado una relación entre la negación y el autoconcepto social. Una de nuestras hipótesis es que esta relación es producida debido a la situación de la población estudiada, exclusión social y adicción, en la que la mayor parte de red social está fundamentada con compañeros de consumo, por lo tanto negando la situación social, su autoconcepto social. De la misma manera el IAM-40 se refiere al registro de realidad interesado o distorsionado como un engaño que hace el sujeto hacia sí mismo sin tener en cuenta lo que él mismo quiere o le gusta. Lo que hace el sujeto es transformar el pensamiento a la realidad más adaptada a su situación (Sirvent, Villa Moral; 2010). Siguiendo esta definición, tiene sentido que se relacione con el autoconcepto emocional, ya que parece necesario que se engañe a sí mismo emocionalmente ya que si no, debido a su situación social, si fuera más objetivo podría caer en otro tipo de psicopatología.

No hemos encontrado estudios que relacionen directamente el autoconcepto social y laboral, por el contrario sí que se ha encontrado literatura que relacione el autoconcepto social y emocional (Miguel y Germes, 2004). Podemos presuponer que se trata de nuevo a la

relación dada debido al tipo de muestra ya que se tratan de personas en situación de exclusión social que cuando salen de esa situación (es decir se encuentran en situación laboral) su parte social cambia. Es común, que entre las propias dimensiones del autoengaño correlacionen ya que se trata de diferentes dimensiones que miden diferentes partes de un mismo concepto, el autoengaño.

En cuanto a las limitaciones del estudio nos encontramos ante un estudio transversal, por lo tanto se limita cierta validez interna además de que no permite hallar la secuencia temporal de los acontecimientos. Para poder tener una mayor validez hubiera sido necesario realizar un estudio longitudinal donde se viera el cambio producido en un mismo sujeto en los diferentes estadios.

Otra limitación importante se debe al número de sujetos estudiados ya que se trata de un tamaño de muestra escaso, pudiendo incurrir en el error tipo II de Cohen (Cohen, como se citó en Fuentes, et al., 2011) en el cual el tamaño de la muestra es tan importante como que las relaciones entre las diferentes variables (tanto independiente como dependiente) fueran reales (García, Pascual, Van Krunkelsven y Murgui, como se citó en Fuentes, et al., 2011). Con respecto a la muestra, también podemos encontrar la limitación del tipo de muestra, ya que son sujetos que se encuentran en exclusión social. Partiendo de esta base, encontramos que el autoconcepto tiene unas características propias de la situación.

Con respecto a las variables, encontramos otra limitación del estudio siendo esta que no hemos encontrado sujetos que representen el primer estadio de cambio, precontemplación. Esto hace que nuestro estudio al seguir el modelo de Prochaska y DiClemente (1982,1993) haga que sea incompleto.

Al no haber una homogeneidad de sujetos relativo a la variable género se tomó la decisión de que no fuera estimada en el estudio, pese a ser una cuestión importante a trabajar en drogadicción ya que la literatura habla de diferencias en torno a la drogadicción debidas al sexo (Farapi, 2009).

De esta forma y gracias al presente trabajo, podemos conocer de forma aproximada tanto la necesidad de trabajar el autoengaño como el autoconcepto en pacientes adictos, como las dimensiones del autoconcepto que se ven más afectadas al haber más o menos autoengaño. Este tipo de estudios nos permiten conocer de una forma mejor cuales son las variables que afectan al proceso adictivo para así poder realizar una intervención más eficiente. Pese a que no era el objeto de estudio, con el presente trabajo se abren nuevas

líneas de investigación de sujetos en situación de exclusión social, ya que durante la investigación se ha encontrado muy poca literatura que hable de ello. En referencia a la situación social de los sujetos que aparecen en el estudio, también se ha visto importante considerar en próximas investigaciones la comparación entre muestra de sujetos drogodependientes en situación de exclusión y únicamente sujetos drogodependientes, de la misma manera, también resulta interesante el estudio de estos dos conceptos (autoengaño y autoconcepto) en personas en situación de exclusión social ya que debido a la problemática presentada parece tener relación y así tener un mayor conocimiento de los aspectos que afectan a personas en esta situación.

El presente trabajo también nos acerca a investigaciones futuras que aborden el nivel de autoengaño en el sujeto adicto en el momento de la recaída.

### **Conclusiones.**

1) Durante el presente estudio no se observa relación entre los diferentes estadios de cambio y el autoengaño.

2) Los resultados muestran que no existen relaciones entre el autoconcepto y el estadio de cambio, menos en la dimensión laboral que sí que se establece una relación.

3) En cuanto al autoengaño, parece ser que la mixtificación es la dimensión más grave en pacientes drogodependientes, mientras que la manipulación arroja el porcentaje más bajo.

4) Se ha observado que existe relación entre el autoengaño como dimensión general y el autoconcepto laboral y emocional.

## **REFERENCIAS.**

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC.
- Balaguer, I., García-Merita, M., y Pastor, Y. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18-24.
- Brisset, D. (1972). Toward a clarification of self esteem. *Psychiatry*, 35, 255-263.
- Casas, M., Duro, P., y Pinet, C. (2006). *Otras Drogodependencias*. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (pp. 359-384). Barcelona: Elsevier masson.
- Castro, E. D., y Justo, A. (2003). Efectos del tratamiento de la dependencia a la heroína en la anomia, alienación y autoconcepto. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 15(3), 221-228.
- Cattell, R. B., y Child, D. (1975). *Motivation and dynamic structure*. Holt, Rinehart and Winston.
- Cuji Cordova, W. D., y Tixi Sotamba, J. P. (2015). *Tesis*. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22849>
- Donovan, D.M. (1996). Marlatt's classification of relapse precipitants: is the Emperor still wearing clothes?. *Addiction Abingdon England*, 91(12), 131-137.
- Eckman, P., Friesen, W.(1975). *Unmasking the face. Guide to recognizing emotion from facial clues* Englewood Cliffs. N.J: Prentice Hall.
- Ferapi S.L. (2009). *Drogas y género*. Recuperado a partir de [http://www.berdingune.euskadi.eus/contenidos/informacion/material/es\\_gizonduz/adjuntos/3\\_drogas\\_y\\_genero.pdf](http://www.berdingune.euskadi.eus/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/3_drogas_y_genero.pdf)
- Ferreras, C.G., Guzman, J.I.N., y Carulla, L.S. (1998). Factores psicosociales que intervienen en la adquisición del comportamiento tabáquico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30, 49-66.
- Fuentes, M. C., García, F., Gracia, E., y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23, 7-12.

- García, M. A., y Carrasco, A. M. (2003). Factores individuales, familiares y educativos asociados al consumo de alcohol en jóvenes. *Revista de Psicología Social, 18*, 49-60. doi:10.1174/02134740360521778.
- García, F., & Musitu, G. (1999). AF5: Autoconcepto Forma 5. Madrid: Tea.
- García, J.F., Musitu, G., y Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Phsicothema, 18*(3), 551-556.
- García, G. R., Rivas, C., Alonso, B., Sirvent, C., y Moral, M. V. (Febrero 2014). Tratamiento de la bidependencia. *Compartir para crecer*. Congreso llevado a cabo en el XV congreso virtual de psiquiatría.com, Interpsiquis.
- González, N. L., Conde, I. L., y Ustárroz, J. T. (2003). Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol, 15*(1), 7-16.
- Izquierdo, F.M. (2001). Un programa de prevención con hijos de alcohólicos. *Anales de Psiquiatría, 17*, 313-318.
- Kavas, A. B. (2009). Self-esteem and health-risk behaviours among Turkish late adolescents. *Adolescence, 44*(173), 187-198.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., y Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence, 86*, 67-74. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.05.018.
- Lledó, M.M., y Abejón, J.A. (2003). Abordaje clínico de las recaídas. *Proyecto hombre, 48*, 16-22.
- Marlatt, A.G., y Donovan, D.M. (2005). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford Publications.
- Martinez, M., y Alonso, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcpeto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación?. *Adicciones, 12* (2), 145-158.
- Martínez Lorca, M., y Alonso Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas, ¿existe relación?. *Adicciones, 15*(2),145-158.

- Miguel, J. M. T., y Germes, A. O. (2004). Análisis psicométrico confirmatorio de una medida multidimensional del autoconcepto en español. *Revista interamericana de psicología= Interamerican journal of psychology*, 38(2), 285-293.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). (2015). Encuesta sobre alcohol y drogas en España [Formato Web]. Recuperado de <http://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/Documents/Encuesta%20sobre%20alcohol%20y%20drogas%202013-14.pdf>
- Oliva, A., Parra, Á., y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: Trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 153-169.
- Paulhus, D.L. (1984). Two-component models of psically desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 598-609.
- Paulhus, D.L. (2002). *Socially desiable responding: The evolution of a construct*. En H.I. Braun y D.N. Jackson (Eds.). Role of constructs in psychological and educational measurement (pp 49-69). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Palacios, L. (2007). Psicoterapia de los trastornos de personalidad en adictos. *Revista española de drogodependencias*, 32(3), 408-424.
- Porcel, M., y González, R. (2005). El engaño y la mentira en los trastornos psicológicos y sus tratamientos. *Papeles del Psicólogo*, 26, 109-114.
- Prochaska, J., y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276-278.
- Prochaska, J., DiClemente, C., y Norcross, J. (1992). In sarch of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W., Gimpil, S., y Norcross, J.C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10, 395-406.
- Prochaska, J.O., Prochaska, J.M. (1993) *Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas*. Casa M, Gossop M (Eds. ). Recaída y prevención de recaídas (pp. 85-136). Barcelona: Neurociencias.

- Rodríguez, A. (2008). Autoconcepto físico y bienestar/ malestar psicológico en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 155-158
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey, USA: Princeton University Press.
- Ruiz, C. S. (2009). Mentira, autoengaño, adicción y recaída. Dossier.
- Sánchez, E., Tomás, V., y Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159-166.
- Sánchez, E., Tomás, V., Molina, N., Del Olmo, R., y Morales, E. (2002). Procesos de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones*, 14 (3), 337-344.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Griffin, K. W. y Díaz, T. (2000). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *Journal of Early Adolescence*, 20, 178-209. doi:10.1177/027243 1600020002004.
- Schroeder, D. S., Laflin, M. T. y Weis, D. L. (1993). Is there a relationship between self-esteem and drug use? Methodological and statistical limitations of the research. *The Journal of Drug Issues*, 23, 645-665.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J y Stanton G.C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of educational research*, 46, 407-441. Doi: 10.3102/00346543046003407.
- Sirvent, C. (1989). La mixtificación como elemento nuclear en la adicción. *Fundación Instituto Spiral. Dpto de Publicaciones*.
- Sirvent, C. (2006). Autoengaño y adicción. *NORTE de Salud Mental*, 26, 39-47.
- Sirvent, C. (2007). La sociopatía adquirida. *Revista española de drogodependencias*, 32(3), 310-341.
- Sirvent, C. (2012, Noviembre). *Aprendizaje de la marginalidad del sujeto adicto*. III Encuentro internacional y VI Nacional de la red de observatorios y centros de investigación del delito. Bogotá, D.C
- Sirvent, C., Blanco, P., Villa, M.V., y Rivas, C. (2014, Febrero). *Mixtificación y adicción*. XV Congreso virtual de psiquiatría.com. Interpsiquis.

- Sirvent, C., Rivas, C., Palacios, L., Blanco, P. y Moral, M.V. (Febrero 2008). Psicoterapia del Autoengaño. *Compartir para crecer*. Congreso llevado a cabo en el XIII congreso virtual de psiquiatría.com. Interpsiquis.
- Sirvent, C., Villa Moral, M.(2014). Evaluación el autoengaño. Validación del inventario IAM-40. [Formato Web]. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Sirvent/publication/294892922\\_Evaluacion\\_del\\_autoengano\\_Validacion\\_del\\_instrumento\\_IAM-40/links/56c5dfdf08aef57878631536.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sirvent/publication/294892922_Evaluacion_del_autoengano_Validacion_del_instrumento_IAM-40/links/56c5dfdf08aef57878631536.pdf).
- Sirvent, C., Villa Moral, M., Blanco, P., Delgado, R., y Fernández, C. (Diciembre 2012). Recaída y autoengaño. *Compartir para crecer*. Congreso llevado a cabo en el XIV congreso virtual de psiquiatría.com. Interpsiquis.
- Tejero, A., Trujols, J. (1994). *El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas*. Garaña JL (Ed.). Conductas adictivas (pp. 3-43). Madrid: Debate
- Tirapu, J., Landa, N., y Lorea, I. (2003). Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones*, 15(1), 7-16.
- Tivers R., (1985). *Social evolution*. Menlo Park, C.A. Benjamin-Cummings.
- Pérez, E. J. P., López, M. P., Cuesta, S. E. y Caballero, C. G. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): Hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*, 7, 166-186.
- Porcel, M. y Gonzalez, R. (2005). El engaño y la mentira en los trastornos psicológicos y sus tratamientos. *Papeles del psicólogo*, 26, 109-114.
- Vallejos, M., Orbegoso, C., y Capa, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la universidad de RHODE ISLAND (URICA): Validez y confiabilidad en drogadependientes. *Psicología*, 9, 52-59.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., y Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive behaviors*, 15(3), 271-283.

Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., y Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and alcohol dependence*, 86(1), 67-74