



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Estilos de Afrontamiento en Adictos Residentes de
un CETAD en la Ciudad de Cuenca.**

Autora:

Adriana Coronel Aguilera

Directora:

Mg. María Verónica Serrano Crespo

Cuenca-Ecuador

2023

DEDICATORIA

Este logro dedico especialmente a mi madre Silvia y a mis abuelitos Rubén y Bertha quienes, con su amor, apoyo, paciencia y sobre todo su sacrificio me han permitido llegar hoy a cumplir un sueño más, ustedes me han enseñado a enfrentarme a cada situación con valentía haciéndome entender que los esfuerzos valen la pena. Gracias papi también por ser parte de este sueño.

A mi hermano Juan Miguel por su amor y cariño incondicional. Finalmente quiero dedicar a toda mi familia y amigas por cada consejo y palabra de aliento que me han ayudado a seguir adelante a pesar de los momentos malos de la vida, he recibido de ustedes apoyo cuando más lo necesité, me han abierto su corazón y brindado amor, gracias de verdad a todos ustedes forman parte de mí, y de este sueño.

Adriana Coronel.

AGRADECIMIENTOS

Antes de nada, mi gratitud la quiero expresar eternamente a Dios quien dirige cada día de mi vida y con su bendición cuida de mi familia y de mí, quien me ha enfrentado a obstáculos con la intención de hacerme más fuerte y mejor persona, gracias por la familia que me diste, por mi salud, mi capacidad, por cada persona que pusiste en mi camino para formar parte de mí.

Gracias Mami y abuelitos por confiar en mí y por todo el esfuerzo que realizaron para que yo logre este sueño. Gracias por todos los valores que inculcaron en mí y por todo el amor que me dan.

De igual manera agradezco a la Universidad del Azuay, a mis profesores y en especial a mi tutora Verónica Serrano, por su dirección, quienes, con su gran conocimiento, y apoyo me han convertido en una persona con más sabiduría, resiliente y sobre todo en un mejor ser humano. Sus palabras fueron sabias y precisas en todo momento.

Finalmente quiero agradecer a mi mejor amiga Andrea por estar conmigo en los momentos más difíciles, pero también felices de mi vida, no cabe duda que sin tu apoyo y alegría tampoco sería posible este sueño.

Infinita gratitud a cada uno de ustedes y a la vida por toda la felicidad y amor recibido.

Adriana Coronel.

RESUMEN:

El afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza un individuo para enfrentarse a una situación estresante, tiene determinados estilos, entre ellos consta el consumo de sustancias. Esta investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental, transversal y de alcance descriptivo y correlacional; cuyo objetivo fue identificar los estilos de afrontamiento utilizados por los usuarios de un CETAD de la ciudad de Cuenca, y relacionarlos con sus datos sociodemográficos, para esto se utilizó el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento y una ficha sociodemográfica. Se encontró que los estilos de afrontamiento más habituales son el recurrir a la religión (42.5%) y el consumo de sustancias (38%); también se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias y los datos sociodemográficos: estado civil y número de hijos. La elección de los estilos de afrontamiento resulta determinante en esta población.

Palabras Clave: Trastorno por consumo de sustancias, adicciones, estrategias, estilos, afrontamiento.



Mst. María Verónica Serrano

Directora

ABSTRACT:

Coping is defined as those cognitive and behavioral efforts that an individual makes to face a stressful situation, has certain styles, including substance use. This research was quantitative, non-experimental, cross-sectional and descriptive and correlational in scope; whose objective was to identify the coping styles used by the users of a CETAD in the city of Cuenca, and relate them to their sociodemographic data, for this the Coping Estimation Questionnaire and a sociodemographic file were used. It was found that the most common coping styles are resorting to religion (42.5%) and substance use (38%); It was also found that there is a statistically significant relationship between substance use and sociodemographic data: marital status and number of children. The choice of coping styles is decisive in this population.

Keywords: Substance use disorder, addictions, strategies, styles, coping.

Translated by:

Adriana Coronel

Adriana Carolina Coronel Aguilera



ÍNDICE

Dedicatoria	<i>I</i>
Agradecimientos	<i>II</i>
Resumen	<i>III</i>
Abstract	<i>IV</i>
Introducción	<i>I</i>
Capítulo 1: Marco Teórico	<i>2</i>
1.1. Estilos de afrontamiento: concepto	<i>2</i>
1.1.1. Tipos de estilos de afrontamiento	<i>3</i>
1.2. Trastornos por consumo de sustancias	<i>5</i>
1.2.1. Criterios diagnósticos	<i>6</i>
1.2.2. Relación entre estilos de afrontamiento y consumo de sustancias	<i>10</i>
1.2.3. Tratamiento psicológico	<i>12</i>
Capítulo 2	<i>19</i>
2. Metodología	<i>19</i>
2.1. Tipo de estudio	<i>19</i>
2.2. Población	<i>19</i>
2.3. Muestra	<i>19</i>
2.4. Criterios de inclusión y exclusión	<i>19</i>
2.5. Objetivos de la investigación	<i>20</i>
2.5.1. Objetivo general	<i>20</i>
2.5.2. Objetivos específicos	<i>20</i>
2.6. Instrumentos	<i>20</i>

2.7. Procedimiento	21
Capítulo 3	22
3. Resultados	22
Discusión	39
Conclusiones	42
Recomendaciones y limitaciones	43
Referencias	45
Anexos	48

Índice de tablas:

Tabla 1. Criterios Diagnósticos	7
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión	19
Tabla 3. Sexo	22
Tabla 4. Edad	22
Tabla 5. Estado civil	23
Tabla 6. Número de hijos	23
Tabla 7. ¿Cuántos hijos viven con usted?	23
Tabla 8. Ocupación	24
Tabla 9. Nivel de instrucción	25
Tabla 10. Número de internamientos dentro de un CETAD en total	25
Tabla 11. Búsqueda de apoyo social	26
Tabla 12. Religión	26
Tabla 13. Humor	26
Tabla 14. Consumo de alcohol y drogas	27
Tabla 15. Planificación y afrontamiento activo	27
Tabla 16. Abandono de los esfuerzos de afrontamiento	27
Tabla 17. Centrarse en las emociones y desahogarse	28
Tabla 18. Aceptación	28
Tabla 19. Negación	28
Tabla 20. Refrenar el afrontamiento	28
Tabla 21. Centrarse en los esfuerzos para la solución	29
Tabla 22. Crecimiento personal	29
Tabla 23. Reinterpretación positiva	29
Tabla 24. Actividades distractoras de la situación	30

Tabla 25. Evadirse	30
Tabla 26. Prueba de normalidad de "Edad"	31
Tabla 27. Prueba de normalidad de "Número de hijos"	31
Tabla 28. Prueba de normalidad de "¿Cuántos hijos viven con usted?"	31
Tabla 29. Prueba de normalidad de "Nivel de instrucción"	31
Tabla 30. Prueba de normalidad de "Número de internamientos de un CETAD"	32
Tabla 31. Relación entre datos sociodemográficos y religión	32
Tabla 32. Relación entre datos sociodemográficos y humor	33
Tabla 33. Relación entre datos sociodemográficos y consumo de sustancias	33
Tabla 34. Relación entre datos sociodemográficos y abandono de esfuerzos de afrontamiento	34
Tabla 35. Relación entre datos sociodemográficos y centrarse en las emociones y desahogarse	34
Tabla 36. Relación entre datos sociodemográficos y negación	35
Tabla 37. Relación entre datos sociodemográficos y refrenar el afrontamiento	35
Tabla 38. Relación entre datos sociodemográficos y centrar los esfuerzos para solucionar la situación	36
Tabla 39. Relación entre datos sociodemográficos y crecimiento personal	36
Tabla 40. Relación entre datos sociodemográficos y reinterpretación positiva	37
Tabla 41. Relación entre datos sociodemográficos y actividades distractoras de la situación	37

Índice de Anexos:

Anexo 1. Consentimiento informado	47
Anexo 2. Ficha Sociodemográfica	48
Anexo 3. Cuestionario COPE	49

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador el consumo de sustancias psicotrópicas ha venido creciendo en los últimos años, lo cual genera gran preocupación sobre todo en los padres que tienen hijos adolescentes, quienes se están formando dentro de una sociedad consumidora.

Como sabemos, en el artículo 364 de la Constitución se dice que el consumo problemático de drogas es un asunto de la salud pública, al cual, la sociedad debería darle la importancia que le corresponde y no normalizar de acuerdo a la época actual (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Según un estudio realizado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2013) afirma que cerca del 30% de estudiantes universitarios ecuatorianos ha probado alguna droga ilícita alguna vez en la vida. El 12.7% de los universitarios encuestados consumió alguna sustancia catalogada como sujeta a fiscalización en el 2016, esta cifra ha ido incrementando según los años.

Por otra parte, el desarrollo de estrategias y estilos de afrontamiento efectivos disminuyen la aparición de conductas de riesgo como el consumo de drogas, si existe una solución óptima, se producen respuestas emocionales favorables para la salud mental y la mantención de abstinencia (Cáceres, 2016).

Este estudio está encaminado a evaluar las estrategias de afrontamiento de los usuarios de un CETAD. En el primer capítulo se hará una revisión teórica de los estilos de afrontamiento y de los trastornos por consumo de sustancias, abordando conceptos y clasificaciones importantes para relacionar estas dos variables. Posteriormente, en el capítulo dos, se expondrá la metodología de estudio en el que se especificará la muestra, los instrumentos utilizados y el procedimiento de la presente investigación. En el capítulo tres, se darán a conocer los resultados y análisis estadísticos. Luego, se expondrá una discusión basada en los objetivos planteados, y, para finalizar, se darán a conocer las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

En este capítulo se dará a conocer un conjunto de definiciones y estudios que servirán de base y sustento para esta investigación. Se hará una revisión teórica de antecedentes y conocimientos existentes que tengan relación tanto con los estilos de afrontamiento y trastorno de consumo de sustancias.

Los estilos de afrontamiento se refieren al uso que da un individuo de sus recursos personales para enfrentar las distintas situaciones estresantes de su entorno (Reyes, 2020).

Estos eventos estresantes generan una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Si bien es cierto el estrés es una respuesta genuina e indispensable para la supervivencia, el exceso de esta afecta al cuerpo humano debido a la gran cantidad de tensión que produce, así pues, da lugar a enfermedades y anomalías patológicas que dificultan el correcto funcionamiento del organismo (Medina y Gil, 2017).

La respuesta al estrés es nuestra particular forma de afrontar y adaptarnos a las diversas situaciones y demandas que nos vamos encontrando, aparece cuando percibimos que nuestros recursos no son suficientes para afrontar los problemas. Esta respuesta puede generar consecuencias negativas, mismas que son reguladas por un proceso que es denominado afrontamiento (López y Vélez, 2018).

1.1. Estilos de Afrontamiento: Concepto

El concepto de estrategias de afrontamiento ha sido estudiado en el campo de la salud mental y la psicopatología, principalmente en relación con el estrés, las emociones y la resolución de problemas. Una estrategia de afrontamiento o coping es un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales encaminados a resolver un problema, reducir o eliminar reacciones emocionales, o cambiar valoraciones iniciales de una situación (Lazarus y Folkman, 1984, como se citó en Huamán y Lupaca, 2019).

Los estilos de afrontamiento son conceptualizados como mediadores de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes. “Se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal

y situacional”. (Cabral et al., 2014, p.245)

Lazarus y Folkman (1984) proponen una teoría de afrontamiento al estrés, esta teoría identifica dos procesos:

1. Evaluación cognitiva que es el proceso mediante el cual una persona evalúa cómo ciertos encuentros con el entorno se relacionan con su bienestar
2. Hacer frente a un ambiente estresante utilizando de mediadores sus relaciones y sus resultados inmediatos y de largo alcance. Este punto se refiere a que cuando el individuo percibe peligro, o está bajo amenaza o desafío, siente la necesidad de actuar. (Como se citó en Huamán y Lupaca, 2019)

Podemos decir, entonces, que los estilos de afrontamiento ayudan a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones vitales estresantes y síntomas de enfermedad; y actúan como regulador de la perturbación emocional. Si son efectivos, no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad (López y Vélez, 2018).

1.1.1. Tipos de estilos de afrontamiento:

Son 18 estrategias de afrontamiento agrupadas en tres estilos de afrontamiento (López Peña y Vélez Barragán, 2018):

El primer estilo de afrontamiento está enfocado en resolver el problema y este está comprendido por las siguientes estrategias:

1. Concentrarse en resolver el problema (es una estrategia dirigida a resolver el problema estudiándolo sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vista u opciones. Ejemplo: Concentrarme en resolver mi problema usando todas mis capacidades y herramientas.).
2. Esforzarse y tener éxito (es la estrategia que comprende conductas que ponen de manifiesto compromiso, ambición y dedicación. Ejemplo: Trabajar intensamente.).
3. Invertir en amigos íntimos (se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación de tipo personal íntimo e implica la búsqueda de relaciones personales íntimas. Ejemplo: Pasar más tiempo con mi enamorado.).
4. Buscar pertenencia (indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con

los demás en general y, más concretamente, por lo que los otros piensan. Ejemplo: Mejorar mi relación con los demás.).

5. Fijarse en lo positivo (indica una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado de las cosas y considerarse afortunado. Ejemplo: Darme cuenta de las cosas buenas y sacar un aprendizaje.).
6. Buscar diversiones relajantes (se caracteriza por la búsqueda de actividades de ocio y relajantes. Ejemplo: Salgo a caminar, escucho música, leo un libro, veo una película.).
7. Distracción física (se refiere a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma. Ejemplo: Hago ejercicios físicos para distraerme.).

El siguiente estilo tiene que ver con la relación a las demás personas, es decir se sustenta en el beneficio de alguien más, las estrategias que tiene este estilo se detallan a continuación:

8. Buscar apoyo social (consiste en la inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución. Ejemplo: Cuento a alguien lo que me está pasando para que me ayude a salir adelante.).
9. Buscar apoyo profesional (es la estrategia consistente en buscar la opinión de un profesional. Ejemplo: Hablo acerca del problema con personas que hayan podido manejar una situación igual a la mía).
10. Acción social (consiste en dejar que otros conozcan cuál es el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos. Ejemplo: Reunirme con personas que estén pasando por lo mismo que yo).
11. Buscar apoyo espiritual (refleja una tendencia a rezar, a emplear la oración y a creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios. Ejemplo: Dejar todo en manos de Dios).

El tercer y último estilo de afrontamiento es el afrontamiento no productivo y este se compone de las siguientes estrategias:

12. Preocuparse (se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura. Ejemplo: Preocuparme por lo que está pasando).
13. Hacerse ilusiones (tiene similitud con la estrategia de fijarse en lo positivo, que se refiere a una situación presente, sin embargo, el hacerse ilusiones está basada en las expectativas y en la anticipación de una salida positiva en el futuro. Ejemplo: Esperar a que ocurra algo mejor).

14. Falta de afrontamiento (refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos. Ejemplo: No tengo forma de afrontar la situación.).
 15. Ignorar el problema (refleja un esfuerzo consciente por negar el problema o desatenderse de él. Ejemplo: Saco el problema de mi mente).
 16. Auto inculparse (incluye conductas que indican que el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene. Ejemplo: Soy culpable de todo lo que me pasa.).
 17. Reducción de la tensión (refleja un intento por sentirse mejor y relajar la tensión. Ejemplo: Voy a sentirme mejor si bebo, fumo o tomo drogas.).
 18. Reservarlo para sí (refleja que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. Ejemplo: Guardar mis sentimientos para mí solo)
- Es necesario recalcar que existen estilos de afrontamiento adaptativos y desadaptativos

1.2. Trastornos por consumo de sustancias

Las sustancias psicoactivas (En adelante SPA) son sustancias químicas que interrumpen la comunicación del cerebro e interfieren en el intercambio de información entre las células nerviosas, el cerebro contiene docenas de diferentes tipos de receptores y de mensajeros químicos. Las áreas del cerebro más afectadas por el uso de drogas son: el tallo, que controla funciones básicas; el sistema límbico, que contiene el circuito de gratificación, la capacidad de sentir placer; y, por último, la corteza, que controla funciones como ver, sentir, oír y saborear, además de los pensamientos (Lastre et al., 2013).

Una de las principales consecuencias del abuso de drogas es el deterioro cognitivo, es decir, se ven afectadas funciones como la memoria, el aprendizaje, la atención, la concentración o el razonamiento; y aparecen las distorsiones cognitivas (García et al., 2017).

El consumo de las SPA, por cualquier vía de administración, produce una alteración (estimulación o depresión) en el natural funcionamiento del Sistema Nervioso Central del individuo, y una posible dependencia psicológica, física o ambas. Así mismo ocasionan una disfuncionalidad en la función del juicio, el comportamiento o el ánimo de la persona. La dependencia de SPA está determinada por factores biológicos y genéticos, en donde juegan un papel importante los factores psicosociales, culturales y ambientales (Lastre et al., 2013).

Según el DSM-5, los trastornos relacionados con sustancias abarcan 10 clases de drogas distintas: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (fenciclidina o arilciclohexilaminas de acción similar y otros alucinógenos, como el LSD); inhalantes; opioides sedantes, hipnóticos, o ansiolíticos; estimulantes (incluidas sustancias de tipo anfetamínico, cocaína y otros estimulantes); tabaco; y otras sustancias o sustancias desconocidas que pueden ser adictivas y causantes de un trastorno relacionado con la sustancia (American Psychiatric Association, 2013).

Cualquiera de las drogas mencionadas, que sea consumida en exceso, estimula una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que provoca el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Es decir, el sentimiento de gratificación que una persona experimenta como resultado del consumo de drogas puede ser tan intenso que evita o descuida otras actividades cotidianas por tomar la sustancia (American Psychiatric Association, 2013).

Como el DSM-5 menciona, hay personas más propensas a desarrollar trastornos relacionados con sustancias, pues algunos individuos tienen niveles más bajos de autocontrol que los vulnerabilizan a desencadenar problemas si están expuestos a las drogas.

Existen dos grupos de trastornos relacionados con sustancias:

- Los trastornos por uso de sustancias: son patrones de síntomas que resultan del uso de una sustancia que se continúa tomando, a pesar de tener consecuencias negativas como resultado (American Psychiatric Association, 2013).
- Los trastornos inducidos por sustancias: estos incluyen intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias / medicamentos, el individuo generalmente mejorará una vez que alcance un período específico de sobriedad. Es decir, la eliminación de drogas y alcohol de su sistema mejora los síntomas y permitirá que funcione normalmente (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.1. Criterios Diagnósticos

El consumo problemático de drogas (alcohol, tabaco, cannabis, etc.), provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta al menos por dos de los

hechos siguientes en un plazo de 12 meses para diagnosticar un trastorno por uso de sustancias (American Psychiatric Association, 2013):

Tabla 1.

Criterios Diagnósticos

Criterios	<ol style="list-style-type: none">1. Se consume droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc.) con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc.), consumirla o recuperarse de sus efectos.4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc.)7. El consumo de provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.9. Se continúa con el consumo de la droga en cuestión a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia psicoactiva.10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:<ol style="list-style-type: none">a) Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc.) para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.b) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la droga en cuestión.11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:<ol style="list-style-type: none">a) Presencia del síndrome de abstinencia característico de la droga en cuestión (véanse los Criterios de la abstinencia en el DSM-V).b) Se consume la droga en cuestión (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
Especificar si:	<p>Leve: Presencia de 2–3 síntomas.</p> <p>Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.</p> <p>Grave: Presencia de 6 o más síntomas.</p>

Fuente: American Psychiatric Association, 2013, p. 483

Los trastornos por uso de sustancias se componen de una serie de creencias, mecanismos de defensa, y otras distorsiones del pensamiento, que, en conjunto, son conocidas como pensamiento adictivo y es importante conocerlas ya que probablemente influyen en la elección

de las distintas estrategias de afrontamiento (Alava, 2020). Las principales distorsiones son:

- **Negación o autoengaño:** su misión es apartar al adicto de la conciencia de las consecuencias que la adicción tendrá en su vida. De esta forma se reduce la ansiedad y la capacidad de reconocimiento del peligro, por lo que los adictos no desarrollan estrategias conductuales adaptativas.
- **Catastrofización:** se trata de interpretar como algún tipo de catástrofe al más mínimo inconveniente en la vida personal. Es una forma de sabotear el desarrollo del individuo, de justificar el uso de drogas. El adicto desarrolla una visión terrible que lo sitúa en la actitud de víctima ante el mundo. Los pensamientos trágicos son comunes en los drogodependientes, no solo sobre su adicción a las drogas, sino también sobre ellos mismos y su futuro.
- **Mortificación:** se refiere a la preocupación constante por cualquier problema, que convierte la cotidianidad en angustia y sufrimiento permanentes, se utiliza como excusa para que el consumo continúe.
- **Rigidez:** dificultad para abrir la mente y mirar otros puntos de vista. Los adictos se aferran a sus conceptos con tanta fuerza que puede dificultar la comunicación, especialmente en los ámbitos de uso y comportamiento adictivo.
- **Falacia de Control:** el individuo asume, o bien que todo a su alrededor depende de él mismo (falacia de control interno), o bien que nada está bajo su control (falacia de control externo). Así, atribuyen el consumo a eventos como discusiones con los socios, falta de dinero, endeudamiento y otros consumidores que los motivan a consumir.
- **Pensamiento polarizado:** la incapacidad de ver puntos medios es a menudo un componente fuerte del pensamiento adictivo, lo que fomenta juicios severos y posiciona al individuo en un rol de victimismo.
- **Intolerancia:** el adicto desarrolla una intolerancia caracterizada por situaciones incómodas y, de hecho, actúa de manera impulsiva, siguiendo la regla "Quiero lo que quiero, cuando lo quiero y cómo yo quiero".

- Soberbia y grandiosidad: la personalidad del adicto retrocede en cierto modo a la adolescencia, a menudo reflejando conflictos no resueltos y exhibe un comportamiento rebelde persistente. Esto se debe a un debilitamiento del ego como compensación por el deterioro de la imagen propia causado por el impacto de la adicción en la vida del individuo.

Por otro lado, otra clasificación dentro del instrumento de distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan (1991, como se citó en Quiñones, 2021) se detallan las siguientes dimensiones:

- Filtraje: cuando la persona dirige su atención a un solo punto de la situación y lo asume como único, también llamada visión de túnel.
- Sobregeneralización: la persona tiene una tendencia a sacar una conclusión general a partir de un suceso puntual que haya atravesado, en torno al cual, inconscientemente, crea toda una filosofía de vida que resulta poco adaptativa.
- Interpretación del pensamiento: es interpretar o asumir los sentimientos y pensamientos del otro, es creer adivinar lo que el otro piensa y siente.
- Personalización: el individuo se toma de manera personal las cosas de una situación que no tienen relación con él, considera que todo es hacia él y que el mundo gira a su alrededor.
- Falacia de justicia: cree que es injusto todo lo que esté en contra de sus deseos, vive esperando justicia de todo el mundo y en las acciones de los demás, frecuentemente se manifiesta diciendo lo que es justo o injusto para él.
- Razonamiento emocional: la persona cree que su reacción emocional define su realidad, y cae en el error de juzgar su realidad partiendo de la emoción que siente en un momento determinado.
- Falacia de cambio: considera que, para su cambio, los demás deben cambiar o recibir apoyo de ellos.
- Etiquetas globales: tiende a poner definiciones, conceptos a los demás, encasillándolos en un solo elemento, generando prejuicios o estigmas propios o de los demás.

- Culpabilidad: atribuye la culpa de los hechos a otros o a ellos mismos sobre situaciones del entorno. Cuando reciben una negativa a cualquier cosa creen que la culpa es de ellos y que algo han hecho para merecerlo.
- Los debería: la persona mantiene reglas rígidas y exigentes sobre cómo tienen que ser las cosas; juzgando como intolerable cualquier desviación a esas normas; lo que termina generándole un gran malestar emocional.
- Falacia de razón: pensar que él tiene la razón en todo y siempre entrar en desacuerdo con los demás, sin importarle los argumentos, pues cree tener la verdad absoluta.
- Falacia de recompensa divina: cree que todo se solucionará mágicamente y que los problemas tienen soluciones automáticas, este pensamiento expone al individuo a diversas dificultades que luego generan malestar.

La raíz del desorden mental adictivo está conformada por un sistema de creencias del adicto, dentro del cual están las distorsiones del pensamiento mencionadas, mismas que implican deducciones que llevan a la persona a conclusiones incorrectas: generalizaciones, magnificaciones o exageraciones del significado y razonamiento dicotómico; estas podrían dirigir al paciente al uso específico de ciertas estrategias de afrontamiento.

1.2.2. Relación entre Estilos de Afrontamiento y Consumo de Sustancias

Según la Organización Mundial de la Salud (2022) una adicción es un padecimiento físico y emocional que se puede ver reflejado en una dependencia hacia una sustancia, actividad o relación causada principalmente por la sensación de satisfacción que esta causa.

Según la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (2014), se define Consumo Problemático de Sustancias como:

Aquellos que –mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales; los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales- o producidas por ciertas conductas

compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras, o cualquier otro consumo diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. (p. 15)

Lamentablemente en la intervención profesional, se observa que estos carecen de adecuados estilos de afrontamiento o los utilizan de manera inapropiada y se observa por lo general una recaída luego de unos meses de haber culminado algún tipo de programa de tratamiento (Solano, 2017).

Como se había mencionado los estilos de afrontamiento son una especie de mediadores de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes, de tal manera que el estrés es una condición que puede estar fuertemente vinculada a todas las fases del proceso adictivo y estas fases son (Lara et al., 2017):

- El inicio en el consumo de sustancias.
- La repetición del consumo, que generalmente está relacionada con el estrés producido a partir de disfunciones familiares, conflictos en la escuela o en el trabajo, falta de identidad, aislamiento, etc.
- La cronificación del consumo: el escape o la evitación del estrés favorecen la instauración del hábito adictivo.
- El mantenimiento de la adicción: el estrés vinculado a la retirada de la sustancia refuerza negativamente la conducta de autoadministración.
- El abandono de la adicción: las personas que acuden a tratamiento lo hacen en una situación de estrés derivado de las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales de su adicción.
- La recaída: en esta etapa el estrés endógeno está en la base del fenómeno del craving o deseo compulsivo de consumo en fase de abstinencia, que da lugar a una buena parte de las recaídas.

Por lo tanto, es importante mencionar que lo que se relaciona con el consumo abusivo de sustancias es el modo en que las personas le hacen frente a los eventos estresantes, más que la presencia de estrés como tal.

Algunas evidencias empíricas relacionan la exposición a fuertes episodios estresantes y el abuso de drogas, denominándoles a las mismas como acontecimientos predisponentes o de vulnerabilidad, precipitantes o desencadenantes, y factores mediadores (Lara et al., 2017). Sin embargo, partiendo desde una perspectiva psicológica, se establece que un elemento clave son las expectativas de resultados del consumo: las personas que mantienen la creencia de que las drogas serán útiles para manejar el estrés, tienen más probabilidad de llegar a ser adictos y no es necesario que la droga reduzca el estrés, basta que la persona mantenga la expectativa de que lo hará (Solano, 2017).

Se dice que algunos estilos de afrontamiento como aquellos que están enfocados en resolver el problema o aquellos en los que se obtiene beneficio de terceros como búsqueda de apoyo social o espiritual; dentro de su relación con el consumo de sustancias, actúan como factores protectores, es decir actúan como atributos vinculados al comportamiento prosocial, que potencian las capacidades de un individuo para afrontar con éxito determinadas situaciones adversas, disminuyendo las posibilidades de que se inicie el consumo de cualquier tipo de sustancias; por el contrario, los cambios personales, sociales y contextuales, y el enfrentarse a los mismos con estrategias encaminadas a negar el problema, actuarían como factores facilitadores del consumo (Lara et al., 2017).

1.2.3. Tratamiento Psicológico

La adicción implica el consumo de sustancias con la finalidad de alterar el estado de ánimo como consecuencia de la no aceptación de la realidad y patrones evasivos, mediante conductas dirigidas a alterar directamente su experiencia.

Dentro de las terapias efectivas para el tratamiento de la adicción y cuyos resultados favorables están demostrados, se encuentran la terapia de Reforzamiento comunitario y los tratamientos Cognitivo Conductuales, incluidas terapias de tercera generación (García et al., 2018). A continuación, se expondrán las diferentes aproximaciones a estas terapias, con un enfoque al uso adecuado de estrategias de afrontamiento:

- Mindfulness:

El mindfulness o la atención plena es uno de los aspectos centrales de la psicología budista y consiste en aceptar y no criticar la actitud ante los pensamientos y sentimientos del

momento presente, es un proceso mediante el cual se aprende una nueva forma de relacionarse con la propia experiencia y de responder ante las dificultades inevitables de la vida. Esta práctica pretende hacer conscientes los patrones adquiridos que tergiversan la percepción del presente e intenta reducir las conductas asentadas en el deseo, sustituyéndole a este por una actitud de aceptación de la realidad (Viciano et al., 2018).

El consumo generará una respuesta de satisfacción, pero solo a corto plazo, ya que en cierto punto le será necesario al adicto la sustancia en proporciones cada vez mayores. Por lo tanto, en el desarrollo de esta tolerancia a la sustancia están implicados procesos de condicionamiento clásico, provocando que el organismo se anticipe al consumo de la droga o a la ejecución de la conducta (Viciano et al., 2018).

Partiendo de este punto, el mindfulness se encamina a aumentar la conciencia del individuo en el tiempo presente, y como consecuencia instaurar la capacidad para experimentar la vida sin los patrones comunes evasivos, siendo responsabilidad del terapeuta guiar este cambio de conciencia, misma que estará en función del estadio de cambio en que se encuentre el usuario (Viciano et al., 2018).

Si el sujeto se encuentra en el estadio de Pre-contemplación quiere decir que está en una etapa de falta de conciencia, por lo tanto, la labor del terapeuta será resaltar las pruebas que corroboren que existe un problema. Por otro lado, si el paciente se sitúa en el estadio de contemplación, quiere decir que su estado es ambivalente, aquí el psicólogo deberá destacar los puntos problemáticos de la conducta, pero de forma que sea el sujeto el que distinga los puntos de preocupación. De encontrarse en el estadio de determinación, el terapeuta se concentrará en que el sujeto reconozca opciones reales para llegar al cambio; así pues, en el estadio de acción estas opciones las pondrá en práctica. En el estadio de mantenimiento deben existir estrategias y actividades diferentes a la etapa anterior con el fin de mantener la conducta. Y, por último, en la fase de recaída es necesario que el individuo establezca un nuevo plan de acción y nuevas habilidades (García et al., 2018).

Este tipo de intervención encamina al paciente al uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, ya que le permite ser capaz de aceptar eventos estresantes, e incluso dar la bienvenida a lo que no se puede cambiar, en lugar de luchar por controlar o evadir situaciones que escapan de su control y pueda residir en el mundo sin la sustancia, dejando de verse a sí mismo como una persona adicta. Así mismo, el individuo aprenderá a ver sus impulsos como

pensamientos transitorios.

- Terapia de Aceptación y Compromiso

Esta terapia tiene cinco principios en los que se basa el tratamiento para adicciones (Ayala y Rodríguez, 2020):

1. Desesperanza Creativa: En este punto se trabaja la relación que tiene el paciente con sus pensamientos, sentimientos, emociones e imágenes mentales; y se fundamenta en el hecho de que todo esfuerzo por controlar los eventos internos está destinado al fracaso. Si el adicto usa la droga para controlar cómo se siente y para enfrentar situaciones de estrés como estilo de afrontamiento, además de estar condenado al fracaso, empeora su situación inicial.

En este principio se pretende que el paciente se dé cuenta de que no es él quien está desesperado, sino la situación a la que se está enfrentando, misma que puede ser el camino hacia otras opciones. Aquí lo que se quiere conseguir es que el individuo flexibilice su dolor y viva la desesperanza como una experiencia creativa, dándole más importancia a sus valores que a los sentimientos que aparecen mientras lo hace. El paciente tendrá un momento de exposición al dolor psicológico y este le permitirá desarrollar la tolerancia a él, de tal manera que no limite a la persona realizar acciones bien orientadas; aquí aprende a distinguir el contenido del pensamiento y el propio proceso de pensar y sentir. Como consecuencia, se obtiene que el usuario se sienta capaz de hacer cualquier cosa mientras siente cualquier cosa, es decir, entra en contacto con su propia responsabilidad.

2. Evaluación de Valores: Este apartado es el central de la Terapia de Aceptación y Compromiso, ya que se trabaja con los valores a lo largo de todo el tratamiento. Aquí se guía al paciente a tener una clarificación de sus valores y relacionarlos con sus propias acciones. Aquí se usa el esquema de sentir-pensar-actuar y se le expone al paciente su conducta consumidora ante la aparición de ciertas emociones como frustración, tristeza, euforia. En este punto se pretende que el cliente identifique lo que es importante para él.
3. Control como problema: Aquí el terapeuta encamina al paciente a que vea que no es necesario que los pensamientos y emociones sean eliminados y que determinadas conductas pueden ser observadas y valoradas sin ser vistas como un problema. Se pretende, por lo tanto, que el sujeto esté dispuesto a enfrentar un hecho estresante

auncuando no sienta esa disposición. Esto se trabaja mediante la exposición en vivo a las experiencias temidas o no deseadas.

4. Distanciamiento respecto al lenguaje: El objetivo de este punto es básicamente lograr que el paciente entienda la distinción entre el yo-contexto y el yo-contenido, siendo este último aquel que está formado por todas esas cogniciones con las que la persona se identifica y crea su autoconcepto. Y el yo-contexto, en cambio, es una forma de experimentarse a sí mismo que es distinta de los roles y estados de ánimo, y para cultivarlo se utilizan ejercicios de meditación, metáforas y ejercicios experienciales. Aquí se da lugar a un proceso de desidentificación de la propia actividad cognitiva.
5. Compromiso y acción: Esta última fase se encarga de cambiar antiguas creencias radicadas en el victimismo y en el valor intrínseco de tener razón. En este momento el terapeuta se enfoca en establecer un compromiso de parte del paciente con sus valores y determinar estrategias para afrontar las recaídas y el desánimo.

- Terapia Dialéctico-Conductual

Este último tipo de terapia que se expondrá consta algunas de las estrategias que son (De la Vega y Montalvo, 2020):

1. Estrategias dialécticas: Estas estrategias se enfocan en la obtención de dos objetivos. El primero es aprovechar las tensiones que se dan lugar dentro de un grupo terapéutico y usarlos a favor de la terapia. El terapeuta debe buscar el equilibrio y redirigir las tensiones hacia la reconciliación y el crecimiento. El segundo objetivo conduce al paciente desde el pensamiento dicotómico al pensamiento dialéctico con el fin de que la persona pueda ver que toda solución sostiene algunas situaciones en las que no es aplicable, y así mismo que son posibles varias soluciones para una misma situación.
2. Estrategias de resolución de problemas: Este tipo de estrategias consisten en analizar junto con el paciente y el grupo, las situaciones que significan un problema para él y encontrar las posibles estrategias para tratar con ellas. Aquí se realizará: análisis conductual, análisis de soluciones y estrategias didácticas.
3. Habilidades básicas de conciencia: El objetivo principal es encaminar al usuario a encontrar un equilibrio entre la “mente emocional” y la “mente racional” para alcanzar la “mente sabia”. Una de las habilidades es que el sujeto aprenda a acercarse

a sus propias experiencias a partir de la observación sin intentos de evitación o apego, las describa y se centre únicamente en lo que está haciendo. Otro tipo de habilidad es aquella en donde el individuo adopta una posición no evaluativa ante las experiencias y centra su atención en la actividad que está realizando y en la efectividad de esta.

4. Habilidades de efectividad interpersonal: Estas habilidades se refieren a la facilidad que se pretende que tenga el paciente para conseguir lo que desea sin dejar mantener el respeto interpersonal. Aquí el sujeto adquiere la capacidad para analizar la situación y elegir objetivos acordes que vayan con ella. Es necesario que el paciente identifique los factores que favorecen o entorpecen el desarrollo de estas habilidades.
5. Habilidades de regulación de las emociones: Para este tipo de habilidades se comienza realizando una autovalidación emocional y se practica habilidades de conciencia con el fin de que el cliente se exponga a sus emociones de manera no invalidante. Es necesario que el individuo sepa identificar y etiquetar sus emociones, cómo las expresa y cómo afectan en su manera de actuar.
6. Habilidades de tolerancia al malestar: Con esta habilidad el paciente aprende a manejar el dolor y a estar en contacto con la situación presente sin pretender manipularla, adquiriendo la capacidad para sentir emociones y notar pensamientos, mediante el uso de la distracción, estímulos positivos e identificación de pros y contras.

Ahora, si bien es cierto este tipo de intervenciones tienen como objetivo eliminar pensamientos negativos, sesgos cognitivos y creencias inadecuadas que están manteniendo comportamientos desadaptados y malestar emocional, el consumo de sustancias también se mantiene por un déficit de estrategias de afrontamiento, para lo cual se proponen tres desarrollos terapéuticos:

1. Entrenamiento de Autoinstrucciones: El entrenamiento autoinstruccional es una técnica cognitiva de cambio de comportamiento en la que se modifican las autoverbalizaciones (verbalizaciones internas o pensamientos) que un individuo emplea al realizar una tarea o enfrentar una situación estresante, sustituyéndolas por otras que, en general, son más útiles. El objetivo final de esta técnica es que el usuario adquiera la habilidad para utilizar el lenguaje como regulador de su propio comportamiento y los internalice y generalice, transformándose así, en un esquema

cognitivo que va guiando su comportamiento (Minici et al., 2018).

2. Entrenamiento en inoculación del estrés: Esta es una técnica cognitivo-conductual diseñada para reducir el estrés. El objetivo principal es que el paciente adquiera destrezas de afrontamiento y las practique. La inoculación del estrés consiste en tres fases: fase educativa, de ensayo e implementación. De igual manera incluye actividades como la práctica de la meditación, ejercicio, cambios en la dieta, etc. En este tipo de intervención, se enseña a los pacientes a enfrentar y relajarse en momentos de tensión y para ello deberá (Castillo, 2022):
 - Enumerar distintas situaciones y clasificarlas de menos a más estresantes.
 - Imaginar cada una de estas situaciones mientras libera la tensión.
 - Crear una serie de pensamientos alternativos para evitar los pensamientos automáticos habituales.
 - Finalmente, una vez que haya establecido un apropiado estilo de afrontamiento en este ejercicio, aplique las actividades de relajación y afrontamiento que ha aprendido en la vida real.

3. Terapia de solución de problemas: La terapia de resolución de problemas (TRP) es una técnica psicoterapéutica para la resolución de situaciones de la vida diaria que generan estrés en un individuo. El objetivo de este tipo de intervención es guiar a los pacientes a identificar problemas que causan malestar psicológico, enseñarles a reconocer los recursos y habilidades que poseen para abordar sus dificultades y a aumentar su sentido de control ante circunstancias negativas. En esta intervención se abordan ocho pasos: decidir qué problema abordar primero, acordar las metas, elaborar los pasos necesarios para lograr las metas, decidir las tareas necesarias para abordar el primer paso, revisar el progreso, decidir el próximo paso, acordar nuevas metas y trabajar sobre más problemas si fuese necesario (Arenas Durand et al., 2017).

En conclusión, las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o desadaptativas, es decir, pueden actuar como factores protectores o de riesgo en el funcionamiento del ser humano. El trastorno por consumo de sustancias se refiere al consumo problemático de drogas, mismo produce una alteración en el sistema nervioso central del individuo y una posible dependencia. En el caso de los pacientes con un trastorno por consumo de sustancias

es imprescindible determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento que utiliza y ha venido utilizando a lo largo de su vida, previo y durante el consumo. La adquisición y uso de habilidades de afrontamiento son muy importantes en cada uno de los tipos de intervención terapéutica, teniendo claro que el objetivo fundamental es lograr que el individuo logre enfrentarse a situaciones de estrés de una manera adecuada y con las herramientas necesarias con la intención de que no vea el consumo de sustancias como su única opción para calmar el malestar emocional y reducir conductas problemáticas.

CAPÍTULO 2:

2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de Estudio

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental, transversal con un alcance descriptivo y correlacional.

2.2. Población

La población objeto de estudio fueron pacientes internos de un CETAD de la ciudad de Cuenca. La muestra es no probabilística y por conveniencia seleccionada. Del total de la población se obtuvo una muestra que incluyó a quienes cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

2.3. Muestra

La muestra total evaluada estuvo conformada por 40 participantes, de los cuales son 27 hombres (67.5%), y 13 mujeres (32.5%), con rango de edad de 18 a 65 años.

2.4. Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 2.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Que sean adultas mujeres entre 18 y 65 años.	Que sean mujeres menores a 18 años o mayores a 65 años.
Que sean adultos varones entre 18 y 65 años.	Que sean varones menores a 18 años o mayores a 65 años.
Que tengan un diagnóstico basado en el CIE 10 de “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas” (F10 a F19)	Que no tenga un diagnóstico de consumo
Que sean residentes de un CETAD de la ciudad de Cuenca.	Que no resida de un CETAD de la ciudad de Cuenca.
Que participe de manera voluntaria y firme un consentimiento informado	Que no participe de manera voluntaria y no firme un consentimiento informado

2.5. Objetivos de la Investigación

2.5.1. Objetivo general

Determinar cuáles son los estilos de afrontamiento que usan los adictos internos de un CETAD de la ciudad de Cuenca.

2.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizadas por los internos de un CETAD de la ciudad de Cuenca.
- Establecer la relación entre los estilos de afrontamiento utilizados, datos sociodemográficos y el consumo de sustancias psicoactivas de los pacientes.

2.6. Instrumentos

Ficha Sociodemográfica (Anexo 2):

Este instrumento pretende recopilar datos de la persona a nivel psicosocial y adaptarlos según los criterios de investigación. Además, cuenta con un ítem para registrar número de internamientos anteriores el cual podría ser útil para evaluar recaídas. Su uso en esta investigación fue identificar variables, entre ellas: edad, residencia, estado civil, género, ocupación, miembros de hogar, etc.; para posteriormente relacionarlas con los estilos de afrontamiento.

Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE (Anexo 3):

Este cuestionario, publicado en el año 1989 y traducido al español en el año 2006, pretende conocer cómo las personas reaccionan cuando se enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. COPE es un inventario multidimensional que evalúa las diferencias individuales en las respuestas de afrontamiento, fue desarrollado en 1989 por Carver, Scheier y Weintraub. Este inventario está compuesto por 15 estrategias de afrontamiento que conforman 60 ítems, se califican en formato Likert que va del 1 al 4, en los cuales el puntaje 1 equivale a casi nunca lo hago, 2 a veces hago esto, 3 usualmente hago esto y 4 hago esto con mucha frecuencia. Tiene una validez de 0.42 y confiabilidad de 0.55 (Carver, 2006).

El COPE cuenta con dos versiones, la versión situacional orientada a obtener respuestas en situaciones específicas y sobre todo temporales y la versión disposiciones, la cual evalúa respuestas típicas del sujeto (Cassaretto, 2016). En esta investigación se utilizó la versión situacional debido a que de esta se obtienen respuestas a situaciones específicas.

2.7. Procedimiento

Como primer paso se procedió a obtener los permisos correspondientes del CETAD para realizar la investigación, una vez que contamos con la presencia de los participantes, se dio a conocer la investigación y el objetivo de la misma. Así mismo se les dio y solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 1), este es importante ya que con él se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en esta investigación y se le informa que los datos obtenidos son totalmente confidenciales.

Seguidamente se llenó una ficha sociodemográfica de cada paciente (Anexo 2), para obtener datos personales, posteriormente se les aplicó el Cuestionario de Modos de Afrontamiento del Estrés COPE (Anexo 3), con la intención de evaluar las diferentes maneras en las que los individuos actúan frente a situaciones de estrés. Después de tener resultados se pasó a procesar los datos por medio de SPSS que nos permitió ver los estilos de afrontamiento más utilizados y cómo están relacionados con los datos sociodemográficos de los pacientes. Cabe recalcar que los datos obtenidos son totalmente confidenciales.

CAPÍTULO 3:

3. RESULTADOS

Para empezar a realizar este análisis, se construyó una base de datos con las distintas variables del estudio; siendo la variable dependiente los estilos de afrontamiento obtenidos del Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE, y las variables independientes los datos de la ficha sociodemográfica que son: Género, edad, estado civil, número de hijos, cantidad de hijos que viven con el individuo, ocupación, nivel de instrucción y número de internamientos dentro de un CETAD.

Respecto a la ficha sociodemográfica, los resultados se pueden observar en las siguientes tablas:

Tabla 3.

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	27	67.5	67.5	67.5
Mujer	13	32.5	32.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Se puede observar que, la muestra está conformada por más del doble de hombres que de mujeres.

Tabla 4.

Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16-26 (Adolescencia – Juventud)	18	45	45	45
27-55 (Adulthood)	20	50	50	95
61(Adulto mayor)	2	5.0	5.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Podemos observar que, la mitad de participantes son adultos y la otra mitad se conforma por jóvenes y adultos mayores.

Tabla 5.*Estado civil*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	27	67.5	67.5	67.5
Casado	8	20.0	20.0	87.5
Divorciado/Separado	2	5.0	5.0	92.5
Unión Libre	2	5.0	5.0	97.5
Viudo	1	2.5	2.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

La mayoría de participantes son solteros (67.5%), seguidos por los casados (20%) y el porcentaje restante está representado por los otros estados civiles.

Tabla 6.*Número de hijos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	21	52.5	52.5	52.5
1	7	17.5	17.5	70.0
2	6	15.0	15.0	85.0
3	3	7.5	7.5	92.5
4	2	5.0	5.0	97.5
6	1	2.5	2.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Se evidencia que la mayor parte de los encuestados no tiene hijos.

Tabla 7.*¿Cuántos hijos viven con usted?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	26	65.0	65.0	65.0
1	5	12.5	12.5	77.5

2	6	15.0	15.0	92.5
3	2	5.0	5.0	97.5
4	1	2.5	2.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Más de la mitad de los internos no vive con sus hijos, sin embargo, es importante tener en cuenta que este resultado puede deberse a que la mayoría no tiene hijos.

Tabla 8.
Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Agente de seguridad	1	2.5	2.5	2.5
Agricultor	1	2.5	2.5	5.0
Albañil	2	5.0	5.0	10.0
Belleza	1	2.5	2.5	12.5
Chef	1	2.5	2.5	15
Chofer	4	10.0	10.0	25
Comerciante	6	15	15	40
Empleado privado	1	2.5	2.5	42.5
En casa	1	2.5	2.5	45
Estudiante	11	27.5	27.5	72.5
Jornalero	1	2.5	2.5	75
Ninguna	3	7.5	7.5	87.5
Operador de maquinaria pesada	1	2.5	2.5	90
Orfebre	1	2.5	2.5	92.5
Psicología	2	5.0	5.0	97.5
Trabajador público	1	2.5	2.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

La ocupación más frecuente entre los participantes es estudiante (27.5%), seguida de comerciante (15%), chofer (10%) y las demás profesiones por debajo del 10%.

Tabla 9.*Nivel de instrucción*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	4	10.0	10.5	10.5
Bachillerato	28	70.0	73.7	84.2
Licenciatura	4	10.00	5.3	89.5
Técnico	3	7.5	7.9	97.4
Maestría	1	2.5	2.6	100.0
Total	40	95.0	100.0	

Se evidencia que el nivel de instrucción de la gran mayoría de los encuestados es de bachillerato.

Tabla 10.*Número de internamientos dentro de un CETAD en total*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	32	80.0	82.1	82.1
2	4	10.0	10.3	92.3
3	1	2.5	2.6	94.9
5	1	2.5	2.6	97.4
12	2	5	2.6	100.0
Total	40	100.0	100.0	

La gran mayoría de los encuestados (80%), se encuentra en su primer internamiento en un CETAD.

En resumen, la muestra se caracteriza por estar representada en un 67.5% de hombres y un 32.5% de mujeres. La mayor cantidad de personas internas son adultas y estudiantes oscilando entre los 21 y 24 años de edad. Así mismo la mayoría son solteros. El 82.1% de los encuestados son internos por primera vez en un CETAD.

En cuanto a los estilos de afrontamiento de los participantes, se ha categorizado según la presencia/ausencia de cada uno de ellos en la muestra, los datos se pueden observar en las siguientes tablas:

Tabla 11.

Búsqueda de apoyo social

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	0	0	0	0
NO	40	100.0	100.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Ninguno de los participantes usa la búsqueda de apoyo social como estilo de afrontamiento.

Tabla 12.

Religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	17	42.5	42.5	42.5
NO	23	57.5	57.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Menos de la mitad de los participantes (42.5%), recurre a la religión.

Tabla 13.

Humor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	2	5.0	5.0	5.0
NO	38	95.0	95.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

La gran mayoría de los encuestados (95%), no usa el humor como estilo de afrontamiento.

Tabla 14.*Consumo de alcohol y drogas*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	14	35.0	35.0	35.0
NO	26	65.0	65.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

El 35% de la muestra, recurre al consumo de alcohol y drogas.

Tabla 15.*Planificación y afrontamiento activo*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	0	0	0	0
NO	40	100.0	100.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Ninguno de los participantes usa la planificación y afrontamiento activo como estilo de afrontamiento.

Tabla 16.*Abandono de los esfuerzos de afrontamiento*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	2	5.0	5.0	5.0
NO	38	95.0	95.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Casi todos los internos (95%), abandonan los esfuerzos de afrontamiento.

Tabla 17.*Centrarse en las emociones y desahogarse*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	1	2.5	2.5	2.5
NO	39	97.5	97.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

La gran mayoría de los pacientes (97.5%) no se centra en las emociones y el desahogo.

Tabla 18.*Aceptación*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	0	0	0	0
NO	40	100.0	100.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Ninguno de los participantes usa la aceptación como estilo de afrontamiento.

Tabla 19.*Negación*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	1	2.5	2.5	2.5
NO	39	97.5	97.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Tan solo el 2.5% de la muestra usa la negación como estilo de afrontamiento.

Tabla 20.*Refrenar el afrontamiento*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	3	7.5	7.5	7.5
NO	37	92.5	92.5	100.0

Total	40	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

El 3% de los participantes refrenan el afrontamiento.

Tabla 21.

Centrar esfuerzos para solucionar la situación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	2	5.0	5.0	5.0
NO	38	95.0	95.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

La mayoría de los usuarios (95%), no centran esfuerzos para solucionar la situación.

Tabla 22.

Crecimiento personal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	7	17.5	17.5	17.5
NO	33	82.5	82.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Menos del 20% de todos los participantes, opta por el crecimiento personal.

Tabla 23.

Reinterpretación positiva

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	7	17.5	17.5	17.5
NO	33	82.5	82.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

La minoría de los usuarios (17.5%), utiliza la reinterpretación positiva como estilo de afrontamiento.

Tabla 24.*Actividades distractoras de la situación*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	1	2.5	2.5	2.5
NO	39	97.5	97.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Casi el total de los pacientes (97.5%), no recurren a realizar actividades distractoras de la situación.

Tabla 25.*Evadirse*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	0	0	0	0
NO	40	100.0	100.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Ninguno de los participantes usa la evasión como estilo de afrontamiento.

Las dos categorías predominantes son las de religión y consumo de alcohol y drogas con un 42.5% y un 38% respectivamente, los demás estilos de afrontamiento están por debajo del 20% y los estilos de afrontamiento que no son utilizados son: búsqueda de apoyo social, planificación, aceptación y evadirse; por lo tanto, a estos últimos no se les podrá relacionar con los datos de la ficha sociodemográfica.

Para establecer la relación entre los estilos de afrontamiento utilizados por los pacientes y sus datos sociodemográficos, fue necesario realizar una prueba de normalidad con las variables sociodemográficas ordinales como lo son: edad, número de hijos, ¿cuántos hijos viven con usted?, nivel de instrucción y número de internamientos. De esta manera se podrá determinar si, para estas variables, se usará el coeficiente de correlación (ρ) de Pearson en donde el nivel de significancia (P) es mayor a 0.05 (hay normalidad) o de Spearman en donde P es menor a 0.05 (no hay normalidad).

Tabla 26.*Prueba de normalidad de “Edad”*

	Estadístico	Frecuencia	P
Edad	0.148	40	0.030

En la prueba de normalidad de la variable sociodemográfica *edad*, P es menor a 0.05, es decir, no hay normalidad, por lo tanto, se usará el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la existencia de una relación estadísticamente significativa con los distintos estilos de afrontamiento.

Tabla 27.*Prueba de normalidad de “Número de hijos”*

	Estadístico	Frecuencia	P
Número de hijos	0.291	40	.000

En la prueba de normalidad de la variable sociodemográfica *número de hijos*, P es menor a 0.05, es decir, no hay normalidad, por lo tanto, se usará el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 28.*Prueba de normalidad de “¿Cuántos hijos viven con usted?”*

	Estadístico	Frecuencia	P
¿Cuántos hijos vive con usted?	0.386	40	.000

En la prueba de normalidad de la variable sociodemográfica *¿cuántos hijos viven con usted?*, P es menor a 0.05, es decir, no hay normalidad. Se usará el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 29.*Prueba de normalidad de “Nivel de instrucción”*

	Estadístico	Frecuencia	P
Nivel de instrucción	0.448	40	.000

En la prueba de normalidad de la variable sociodemográfica *nivel de instrucción*, P es menor a 0.05, es decir, no hay normalidad. Se usará el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 30.

Prueba de normalidad de “Número de internamientos dentro de un CETAD”

	Estadístico	Frecuencia	P
Número de internamientos de un CETAD	0.433	40	.000

En la prueba de normalidad de la variable sociodemográfica *número de internamientos dentro de un CETAD*, P es menor a 0.05, es decir, no hay normalidad. Se usará el coeficiente de correlación de Spearman.

A continuación, se establecerá la relación entre los datos sociodemográficos y los estilos de afrontamiento. En el caso de las variables nominales, el nivel de significancia se determinará usando la prueba chi cuadrado (χ^2), y los resultados serán estadísticamente significativos siempre y cuando P sea menor a 0.05. Mientras que, en las variables sociodemográficas ordinales, el nivel de significancia se determinará usando el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según sea el caso, y de igual manera, la relación será estadísticamente significativa si P es menor a 0.05.

Tabla 31.

Relación entre datos sociodemográficos y religión

	χ^2	P	rho	P
Sexo	0.129	0.729		
Edad			-0.126	0.126
Estado Civil	3.607	0.462		
Número de hijos			-0.079	0.630
Con cuántos hijos vive			0.023	0.887
Profesión	20.160	0.448		
Instrucción			0.172	0.303
Numero de internamientos			-0.127	0.440

No hay relación estadísticamente significativa entre las variables de la ficha y religión.

Tabla 32.*Relación entre datos sociodemográficos y humor*

	x ²	P	rho	P
Sexo	0.294	0.588		
Edad			0.156	0.255
Estado Civil	1.014	0.908		
Número de hijos			0.205	0.204
Con cuántos hijos vive			0.164	0.312
Profesión	5.072	1		
Instrucción			0.056	0.740
Numero de internamientos			0.108	0.512

No hay relación estadísticamente significativa entre las variables de la ficha y humor.

Tabla 33.*Relación entre datos sociodemográficos y consumo de sustancias*

	x ²	P	rho	P
Sexo	3.007	0.83		
Edad			0.224	0.171
Estado Civil	11.347	0.023*		
Número de hijos			0.220	0.173
Con cuántos hijos vive			0.412	0.008*
Profesión	21.252	0.382		
Instrucción			0.064	0.701
Numero de internamientos			0.075	0.652

Se encontró una relación estadísticamente significativa del estilo de afrontamiento “Consumo de sustancias” con el estado civil y, una relación positiva y estadísticamente significativa entre este estilo de afrontamiento y la cantidad de hijos con los que vive el paciente.

Tabla 34.*Relación entre datos sociodemográficos y abandono de esfuerzos de afrontamiento*

	χ^2	P	Rho	P
Sexo	0.159	0.314		
Edad			-0.019	0.804
Estado Civil	11.053	0.026*		
Número de hijos			0.167	0.302
Con cuántos hijos vive			0.263	0.101
Profesión	15.439	0.751		
Instrucción			0.056	0.740
Numero de internamientos			-0.170	0.301

Se encontró una relación estadísticamente significativa del estilo de afrontamiento “Abandono de esfuerzos de afrontamiento” con el estado civil.

Tabla 35.*Relación entre datos sociodemográficos y centrarse en las emociones y desahogarse*

	χ^2	P	Rho	P
Sexo	0.494	0.482		
Edad			-0.006	0.356
Estado Civil	19.487	0.001*		
Número de hijos			-0.234	0.147
Con cuántos hijos vive			0.114	0.482
Profesión	40	0.005*		
Instrucción			0.339	0.037*
Numero de internamientos			0.075	0.648

Se encontró una relación estadísticamente significativa del estilo de afrontamiento “Centrarse en las emociones y desahogarse” con el estado civil y la profesión. Así mismo se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa entre este estilo de afrontamiento con nivel de instrucción.

Tabla 36.*Relación entre datos sociodemográficos y negación*

	x ²	P	rho	P
Sexo	0.494	0.482		
Edad			0.152	0.212
Estado Civil	0.494	0.974		
Número de hijos			0.143	0.378
Con cuántos hijos vive			0.114	0.482
Profesión	12.650	0.892		
Instrucción			0.039	0.817
Numero de internamientos			0.075	0.648

No hay relación estadísticamente significativa entre las variables de la ficha y negación.

Tabla 37.*Relación entre datos sociodemográficos y refrenar el afrontamiento*

	x ²	P	rho	P
Sexo	0.001	0.964		
Edad			-0.139	0.301
Estado Civil	0.694	0.952		
Número de hijos			0.004	0.978
Con cuántos hijos vive			-0.097	0.552
Profesión	40	0.005*		
Instrucción			0.058	0.732
Numero de internamientos			-0.153	0.351

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el estilo de afrontamiento “Refrenar el afrontamiento” y la profesión.

Tabla 38.

Relación entre datos sociodemográficos y centrar los esfuerzos para solucionar la situación

	χ^2	P	rho	P
Sexo	0.294	0.558		
Edad			0.135	0.506
Estado Civil	1.014	0.908		
Número de hijos			0.054	0.741
Con cuántos hijos vive			0.164	0.312
Profesión	29.474	0.79		
Instrucción			0.056	0.740
Numero de internamientos			0.108	0.512

No hay relación estadísticamente significativa entre las variables de la ficha y “Esfuerzos para refrenar la situación”.

Tabla 39.

Relación entre datos sociodemográficos y crecimiento personal

	χ^2	P	rho	P
Sexo	0.060	0.807		
Edad			-0.016	0.908
Estado Civil	2.257	0.689		
Número de hijos			-0.087	0.595
Con cuántos hijos vive			-0.047	0.773
Profesión	29.87	0.086		
Instrucción			0.240	0.147
Numero de internamientos			0.018	0.915

No hay relación estadísticamente significativa entre las variables de la ficha y “Crecimiento personal”.

Tabla 40.*Relación entre datos sociodemográficos y reinterpretación positiva*

	χ^2	P	rho	P
Sexo	0.060	0.807		
Edad			-0.054	0.356
Estado Civil	1.392	0.846		
Número de hijos			-0.015	0.924
Con cuántos hijos vive			-0.057	0.726
Profesión	22.879	0.112		
Instrucción			0.060	0.722
Numero de internamientos			0.198	0.226

No hay relación estadísticamente significativa entre las variables de la ficha y “Reinterpretación positiva”.

Tabla 41.*Relación entre datos sociodemográficos y actividades distractoras de la situación*

	χ^2	P	rho	P
Sexo	2.130	0.144		
Edad			0.053	0.644
Estado Civil	0.494	0.974		
Número de hijos			-0.045	0.924
Con cuántos hijos vive			0.114	0.418
Profesión	40	0.005*		
Instrucción			0.339	0.037*
Numero de internamientos			0.075	0.648

Se evidencia una relación estadísticamente significativa entre “Actividades distractoras de la situación” y profesión. Existe también una relación positiva y estadísticamente significativa de este estilo de afrontamiento con el nivel de instrucción.

En resumen, de acuerdo al segundo objetivo específico, se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre las siguientes variables:

- Consumo de sustancias con estado civil y número de hijos con los que vive.
- Abandono de esfuerzos del afrontamiento con estado civil.
- Centrarse en las emociones y desahogarse con estado civil, profesión e instrucción.
- Refrenar el afrontamiento con profesión.
- Actividades distractoras de la situación con profesión e instrucción.

DISCUSIÓN:

El objetivo general de este estudio fue determinar cuáles son los estilos de afrontamiento que usan los adictos internos de un CETAD de la ciudad de Cuenca. Se obtuvo que, entre los 15 estilos de afrontamiento propuestos por el COPE, los dos más utilizados por los pacientes son el de religión y el de consumo de alcohol y drogas.

A través de la revisión de investigaciones sobre estos estilos de afrontamiento se ha encontrado que dentro del programa 12 pasos AA está incluida una dimensión religiosa, ya que estudios sugieren que la espiritualidad y la religiosidad actúan como un agente catalizador que aporta de manera importante a la iniciación y mantenimiento de la recuperación por medio de diversos aspectos como la oración, lecturas de libros sagrados, creencias, rituales, etc. Eso explica los resultados en nuestra investigación, ya que al estar internos en el programa buscan satisfacer sus necesidades emocionales y espirituales para así ser menos propensos a una recaída que interfiera en sus metas o en el compromiso que tienen con algo más grande (Peele, 2013).

En cuanto al consumo de sustancias, se afirma que el ser humano constantemente se encuentra en una búsqueda de sentido, misma que de no ser satisfactoria genera un vacío existencial que frustra la existencia propia. La persona adicta, al no tener las herramientas necesarias para enfrentar situaciones de agobio, sufrimiento o que conllevan mucha carga emocional, recurre a las sustancias psicoactivas que, en un inicio, potencian emociones positivas y generan sentimientos de euforia, serenidad y placer, los cuales reducen el aburrimiento y sufrimiento que están atravesando. Esto podemos ratificar con nuestra investigación, misma que refleja que el 42.5% de los sujetos cuestionados, acude al consumo de alcohol o drogas como estrategia de afrontamiento para sentirse mejor o para enfrentar sus problemas (Gómez, 2017).

Paralelo a nuestros resultados, los datos obtenidos en la investigación de Lara et al (2017). demuestran que el consumo se muestra asociado al empleo de un estilo de afrontamiento poco adaptativo, centrado en evitar afrontar el problema, evadiéndose del mismo, negándolo o adjudicando su solución a factores externos, como puede ser la apelación a creencias o prácticas religiosas.

Por otro lado, dentro de los datos específicos de esta investigación estuvo establecer la relación entre los estilos de afrontamiento utilizados y los datos sociodemográficos del participante. Un estudio realizado por Bermúdez (2015) nos expone que los padres puntúan alto en resiliencia ya que están más implicados en los cuidados de los hijos y hogar, esto ratifica otro de los resultados que se obtuvieron en esta investigación en donde se evidencia una relación positiva y estadísticamente significativa del consumo de sustancias con la cantidad de hijos con los que vive el paciente y con su estado civil. Por lo tanto, teniendo en cuenta que más de la mitad de los usuarios no son padres y son solteros, se infiere que no han desarrollado ese nivel de resiliencia que podría evitar que el sujeto recurra al consumo, con una capacidad de adaptación a una situación adversa, con habilidades para reconocer las emociones y gestionarlas.

En un estudio de resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes se afirma que mientras más elevado es el nivel de resiliencia, menor es el riesgo de consumo perjudicial de alcohol en los jóvenes, en esa investigación se demostró que las personas entre 29 a 32 años son los que mejor resiliencia poseen, por lo tanto, mejores estrategias de afrontamiento, aunque, existe una tendencia decreciente hacia las edades más bajas, sin embargo en este estudio no se encontró relación alguna entre la edad de los pacientes y su consumo ni con otro de estilo de afrontamiento (Delgado et al., 2019).

Un estudio realizado por Becerra y Cabrera (2017) indica que el nivel de instrucción y profesión sí tienen un alto índice de relación con el nivel de ansiedad que puede experimentar un individuo ante una situación estresante, sin embargo estas variables no necesariamente actúan como un factor de riesgo, en algunos casos aparece como un factor protector, ya que una persona al tener experiencia y mayor conocimiento de las herramientas adecuadas para solucionar un problema, sienten menor malestar e incomodidad al enfrentarlo. Esto corrobora nuestro estudio en el que se encontró una relación estadísticamente significativa entre profesión e instrucción, con los estilos de afrontamiento: centrarse en las emociones y desahogarse, refrenar el afrontamiento y actividades distractoras con profesión e instrucción; estilos de afrontamiento se refieren a las habilidades cognitivas que posee un sujeto para reconocer con claridad un problema y sus posibles soluciones, y así poder enfrentarlo.

En nuestro estudio se determinó que el 27.5% de la muestra es estudiante y el resto está dividido entre otras 14 ocupaciones con menos del 10%. Según un estudio epidemiológico

andino sobre el consumo de drogas en la población universitaria que se realizó en diferentes países. Bolivia tiene el índice más alto en consumo riesgoso o perjudicial junto con Ecuador con un índice del 32.5%, le sigue Colombia con un 27.0% y Perú con 20.5%. Esto corrobora nuestros resultados ya que sugiere que el consumo de alcohol problemático y potencialmente dañino, es común entre los jóvenes universitarios de nuestro país (Sánchez, 2018).

CONCLUSIONES:

La presente investigación nos permitió determinar cuáles son los estilos de afrontamiento que usan los adictos internos de un CETAD. Si bien es cierto los acontecimientos estresantes se pueden dar a lo largo de la vida del ser humano de manera esperada o inesperada, estos provocan un estado ansioso en el individuo, alterando, en algunos casos, su bienestar y vida cotidiana. Es por ello que la importancia de que una persona posea unas buenas estrategias de afrontamiento, es innegable, ya que con ellas puede hacer frente a todas estas situaciones que generan un alto nivel de estrés y mantener de forma óptima su funcionamiento mental y físico.

Como se observó en esta investigación, el consumo de sustancias tiene una relación significativa con el estado civil e hijos, es decir, el contexto en el que se desarrolla el ser humano, sus patrones de socialización y sus datos sociodemográficos son un factor importante para la elección de los estilos de afrontamiento ante una situación estresante, existen estilos de afrontamiento adaptativos y poco adaptativos como lo es el consumo de sustancias, y estos pueden variar según la edad, género, estado civil, estilo de crianza, etc., y en el caso de los internos de un CETAD, probablemente, según su estadio de proceso de cambio.

Teniendo en cuenta que en nuestro país el consumo de sustancias psicoactivas ha venido creciendo en los últimos años, lo cual genera gran preocupación debido a que de cierta manera está siendo normalizado, es vital enfatizar en la importancia que tiene la correcta elección de los estilos de afrontamiento, ya que es evidente que existe una problemática psicosocial que presenta la población, y sobre todo la que presentan los pacientes que cursan un internamiento en un CETAD, puesto que, como corroboramos en los resultados, las estrategias de afrontamiento más utilizadas por ellos son las dirigidas a la religión y al consumo de alcohol y drogas.

Por lo tanto, el paciente podría ser mejor comprendido e intervenido tanto en el tratamiento de adicciones, como en una prevención de consumo o recaídas si se conociera qué estrategias de afrontamiento utiliza frente a situaciones que le provoquen una alta carga emocional. La divulgación de recursos y estrategias de afrontamiento y este enfoque como tal, ayudaría en el campo del cuidado de la salud mental, en general.

RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES:

Durante la realización de este estudio, se presentaron una serie de limitantes que dificultaron el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos. Dentro de estas está que no todos los usuarios del CETAD se encontraban en los mismos estadios del proceso de cambio. Por lo tanto, esto impide que los resultados sean generalizables a la población de pacientes con trastorno por consumo de sustancias. Por ello, se recomienda realizar futuras investigaciones en las que se incluya la aplicación de un test inicial a los internos para determinar el estadio de proceso del cambio en el que se encuentran y relacionarlo con los estilos de afrontamiento que usan.

Otra limitante que se encontró fue que, el estudio no se puso a realizar con una muestra que esté en un rango de edad menos disperso, por lo cual se recomienda realizar futuras investigaciones enfocadas en los estilos de afrontamientos que utilizan los jóvenes, los adultos y los adultos mayores en consumo, por separado.

Debido a los sesgos que se pudieron presentar en esta investigación por las diferencias de edad, género, profesión, etc., se recomienda realizar un estudio de estilos de afrontamiento con una muestra homogénea.

Se sugiere la implementación de un programa de psicoeducación con respecto a la relación entre estilos de afrontamiento y adicciones dirigido a los pacientes del CETAD, con el fin de que conozcan y diferencien los signos y síntomas de los trastornos por consumo de sustancias y adquieran las herramientas necesarias para un adecuado afrontamiento a situaciones de mucha carga emocional; recordarles la importancia de un adecuado uso de estilos de afrontamiento e identificar la diferencia entre las estrategias adaptativas y desadaptativas. De igual manera, se recomienda brindar psicoeducación a los familiares para que sepan reconocer a un adicto en riesgo y puedan intervenir o prevenir de manera oportuna.

Se recomienda la ampliación en el servicio de salud con un enfoque específico hacia la identificación de factores de riesgo para el origen de una adicción e implementación de programas de prevención.

Finalmente, se sugiere realizar una línea futura de investigación en la que relacionen los estilos de afrontamiento con el nivel de resiliencia obtenido de un test.

REFERENCIAS:

- Alava Carpio, A. J. (2020) Distorsiones cognitivas en un paciente farmacodependiente en el centro de tratamiento de adicciones Dios salva tu vida en la ciudad Quevedo. *Universidad técnica de Babahoyo*. 1–44.
[Http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8901/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000331.pdf?Sequence=1&isallowed=y](http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8901/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000331.pdf?Sequence=1&isallowed=y)
- American Psychiatric Association. (2014). *Dsm-5: Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales (Incluye Acceso A Ebook)* (5.ª ed.). Editorial Medica Panamericana.
- Arenas Durand, B., Torres Murillo, K., Murillo Miranda, S. y Ayala Pasos, L. (2017). *Terapia de Solución de Problemas para la Depresión*.
<https://idoc.pub/documents/terapia-de-solucion-de-problemas-9n0kmp65924v>
- Ayala Romera, R., y Rodríguez Naranjo, M. C. (2020). Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Gestalt. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 263–278.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>
- Becoña Iglesias, E. (2006. 1 septiembre). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3).
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>
- Becerra Pazmiño, L. T. y Cabrera Cabrera, G. E. (2017). Relación entre el nivel de instrucción y la ansiedad al tratamiento odontológico en adultos jóvenes de 18 a 44 años de la parroquia San Sebastián, Cuenca – Ecuador, 2017. *UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR*, 48.
<https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/4896/1/EMPASTADO.%20TESIS%2020%20FEB..pdf>
- Bermúdez, M. D. L. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia psicológica*, 33(3), 257-276. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082015000300009>
- Cabral-Gallo, M. D. C., Delgadillo-Hernández, A. O., Jiménez-Alzaga, N. L., Delgado-Hernández, S., y Sánchez-Zubieta, F. A. (2014). Estrategias de afrontamiento del equipo multiprofesional ante la muerte del paciente pediátrico con cáncer. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*, 6(11), 115-116,
<https://doi.org/10.22430/21457778.500>
- Castillo Flores, E. O. (2022, 30 abril). *Entrenamiento de Inoculación del Estrés*.
<https://es.scribd.com/document/572314794/Entrenamiento-de-inoculacion-de-estres>
- De la Vega Rodríguez, I., y Montalvo Calahorra, T. (2020). Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta para la Anorexia Nerviosa. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 147–162. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.314>
- Delgado Martín, M. y Gonzales Mendez, M. (2019). Resiliencia en jóvenes españoles ante la cuarentena por la covid-19. *Universidad de la Laguna*.
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/21314/Resiliencia%20en%20jovenes%20espanoles%20ante%20la%20cuarentena%20por%20la%20COVID-19.pdf>
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*. En Fernández Abascal, E. G., Palmero, F., Chóliz, M. y Martínez, F. (Eds.), Cuaderno de prácticas de motivación y emoción: Pirámide.

- García García, V., Luque Salas, B., Santos Ruíz, M. y Tabernero Urbieto, C. (2017). La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 17(2), 125-136. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i2.312>
- García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V., y Aragay, N. (2018). Eficacia de la intervención Motivacional y la Terapia Cognitivo-conductual para el tratamiento del Juego Patológico. *Adicciones*, 30(3), 219-220, <https://doi.org/10.20882/adicciones.965>
- Gómez Santibáñez, G. (2017). La búsqueda de sentido como problema humano. CLACSO, 1. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Nicaragua/cielac-upoli/20170831071513/La-busqueda-de-sentido-como-problema-humano.pdf>
- Lara Moreno, Bermúdez José, y García, P. (2017). Positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 345-366.
- Lastre Amell, G., Gaviria García, G. y Arrieta Reales, N. (2013). ISSN: 2344-8636 1 (1): 46 – 51 Junio 2013. Conocimiento sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enfermería. *Ciencia en innovación en Salud*, 1(2344-8636), 46-51. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/download/84/2833>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=i-ySQQQuUpr8C> Lin, N. (1986). 2 - Conceptualizing Social Support. In N. Lin, A. Dean, y W. M. Ensel
- Lopez Peña, G. V., y Vélez Barragán, J. C. (2018). Estrategias de afrontamiento de los estudiantes de la universidad cooperativa de Colombia sede Villavicencio. *Estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios*. 1–30. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/5440/1/2018_estrategias_afrontamiento_estudiantes.pdf
- Martínez, E., Trujillo, A., Díaz del Castillo, J.P., y Osma, J. (2011). Desarrollo y estructura de la escala dimensional del sentido de vida. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(2), 113-119
- Medina Gómez, B., y Gil Ibáñez, R. (2017). Estrés y estrategias de afrontamiento en personas con discapacidad intelectual: revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 23(1), 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.05.001>
- Minici, A., Rivadeneira, C. y Dahab, J. (2018). Entrenamiento de instrucciones. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. <http://www.cetecic.com.ar/revista/pdf/entrenamiento-en-autoinstrucciones.pdf>
- Patlán Pérez, J. (2020). ¿Qué es el estrés laboral y cómo medirlo? *Salud Uninorte*, 35(1), 156–184. <https://doi.org/10.14482/sun.35.1.158.72>
- Peele, S., y Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. New York: Taplinger Publishing Company
- Reyes Balboa, M. L. (2020). Estrategias de afrontamiento y su rol intermediario frente al estrés familiar. Revisión bibliográfica. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación*

menteclara, 5, 1–12. <https://doi.org/10.32351/rca.v5.202>

- Polo Martínez. I., y Amar Amar. J. (2006). DISTORSIONES COGNITIVAS EN LOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL. *REVISTA PSICOGENTE*, 9, 119–134.
[Http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2671/2698](http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2671/2698)
- Sanchez Lima. C. N. (2018, 27 diciembre). *Conducta resiliente y abuso de alcohol en estudiantes de Psicología de la UMSA*. Scielo. Recuperado 19 de septiembre de 2022. de http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n20/n20_a03.pdf
- SEDRONAR. (2014). *Principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas. Síntesis nacional por provincias y por conglomerado urbano. 2014*. Argentina: SEDRONAR.
- Solano. C. (2017). Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima. [Tesis de maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología. Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.
- Quiñonez Porras, E. M. (2021). Distorsiones cognitivas en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en función de sus características sociodemográficas, en una IPS. *Universidad Antonio Nariño*, 20251419063.
[http://186.28.225.13/bitstream/123456789/6260/1/2022_EricMartinQui% c3% b1 ones Porras.pdf](http://186.28.225.13/bitstream/123456789/6260/1/2022_EricMartinQui%c3%b1onesPorras.pdf)
- Viciano. V., Fernández Revelles. A. B., Linares. M., Espejo. T., Puertas. P., y Chacón. R. (2018). Los Estudios Universitarios y el Mindfulness. Una Revisión Sistemática. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad. Eficacia y Cambio en Educación*, 16, 1(2018), <https://doi.org/10.15366/reice2018.16.1.008>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

FECHA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

YO _____, CON EL NÚMERO DE IDENTIDAD

_____ POR VOLUNTAD PROPIA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME APLIQUE UN TEST PSICOLÓGICO Y SER PARTICIPE DE UNA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA. RECIBÍ UNA EXPLICACIÓN CLARA Y COMPLETA DEL PROPÓSITO DE LA PRUEBA, ASI COMO LA RAZÓN POR LA QUE SE ME SOMETE A ELLO. TAMBIÉN RECIBÍ INFORMACIÓN DE LA FORMA EN LA QUE VAN A SER UTILIZADOS LOS RESULTADOS.

TENGO CLARO QUE MI IDENTIDAD NO SERÁ EXPUESTA NI ME PERJUDICARÁ EN NINGUN ASPECTO DE MI VIDA.

HAGO CONSTAR QUE HE LEIDO Y ENTIENDO EN SU TOTALIDAD ESTE DOCUMENTO, POR LO QUE EN CONSTANCIA FIRMO Y ACEPTO.

Anexo 2. Ficha Sociodemográfica

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1) Sexo: Hombre Mujer
- 2) Edad: _____
- 3) Estado civil:
 Soltero Divorciado/Separado
 Casado Conviviente
- 4) Número de hijos: _____
- 5) ¿Cuántos (hijos) viven con usted? _____
- 6) Profesión: _____
- 7) Qué tipo de labor realiza:
- 8) Nivel de instrucción:
 Técnico Maestría
 Bachillerato Doctorado
 Licenciatura
- 9) Número de internamientos dentro de un CETAD en total:

Anexo 3. Cuestionario COPE

Cuenca, 2022

Este cuestionario le pide que indique lo que generalmente hace y siente cuando experimenta acontecimientos estresantes. Obviamente, sucesos diferentes provocan respuestas algo diferentes, pero piense acerca de lo que hace habitualmente cuando está bajo un estrés intenso. Entonces responda a cada uno de los siguientes ítems marcando el número que corresponda, utilizando las opciones de respuesta que se presentan abajo. Por favor, intente responder a cada ítem de forma separada a los demás.

Elija sus respuestas cuidadosamente, y responda de la forma más sincera que le sea posible. Por favor responda todos los ítems. No hay respuestas correctas o incorrectas, de modo que elija las respuestas que más se le ajuste a usted no la que usted piense que la mayoría de la gente diría o haría. Indique lo que USTED habitualmente hace cuando experimenta un acontecimiento estresante. Marque con una X según este rango.

- 1= No suelo hacer esto en absoluto
- 2= Suelo hacer esto un poco
- 3= Suelo hacer esto moderadamente
- 4= Suelo hacer esto mucho

DESCRIPCIÓN	1	2	3	4
1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.				
2. Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente.				
3. Me altero y dejo aflorar mis emociones.				
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.				
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación.				
6. Me digo a mí mismo: "Esto no es real"				
7. Confío en Dios.				
8. Me río acerca de la situación.				
9. Admito que no puedo con ello y dejo de intentarlo.				
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo con demasiada rapidez.				
11. Hablo de mis sentimientos con alguien.				
12. Consumo alcohol o drogas para sentirme mejor				
13. Me acostumbro a la idea de lo que sucedió.				
14. Hablo con alguien para saber más acerca de la situación.				
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.				
16. Sueño despierto con otras cosas diferentes.				
17. Me altero y soy realmente consciente de la situación.				
18. Pido la ayuda de Dios.				

19. Hago un plan de acción.				
20. Hago bromas sobre la situación.				
21. Acepto que ha sucedido y que no puede cambiarse.				
22. Demoro hacer algo sobre el tema hasta que la situación lo permita.				
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.				
24. Simplemente abandono en el intento de lograr mi objetivo.				
25. Tomo medidas adicionales para intentar librarme del problema.				
26. Intento evadirme un rato bebiendo alcohol o tomando drogas.				
27. Me niego a creer que haya sucedido.				
28. Dejo aflorar mis sentimientos.				
29. Intento verlo de una forma diferente, para que parezca más positivo.				
30. Hablo con alguien que pudiera hacer algo concreto acerca del problema.				
31. Duermo más de lo habitual.				
32. Intento encontrar una estrategia acerca de qué hacer.				
33. Me concentro en el manejo del problema y si es necesario aparto otros temas un poco.				
34. Consigo la compasión y comprensión de alguien.				
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.				
36. Broteo sobre ello.				
37. Renuncio a intentar lograr lo que quiero.				
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
39. Pienso acerca de cómo podría manejar mejor el problema.				
40. Actúo como si realmente no hubiera sucedido				
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto.				
42. Intento evitar que otras cosas interfirieran con mis esfuerzos de manejar la situación.				
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.				
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.				
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.				
46. Siento un gran malestar emocional y me encuentro expresando estos sentimientos un montón.				
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				
48. <u>Intento</u> encontrar consuelo en la religión.				
49. Me obligo a mí mismo a esperar el momento oportuno para hacer algo.				
50. Hago bromas de la situación.				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedico a resolver el problema.				
52. Hablo con alguien acerca de cómo me siento				
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.				
54. Aprendo a vivir con ello.				
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema				
56. Pienso profundamente acerca de qué pasos tomar.				
57. Actúo como si nunca hubiera ocurrido.				
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.				
59. Aprendo algo de la experiencia.				
60. Rezo más de lo habitual.				