



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras y
Ciencias de la Educación**

Escuela de Psicología Clínica

TEMA:

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
DEPENDIENTES AL ALCOHOL Y COCAÍNA, INTERNOS
EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HUMBERTO UGALDE
CAMACHO, CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES CRA.”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGAS CLÍNICAS**

Autoras:

Noelia Patricia Cueva Espinosa

Stefany Gabriela Guerrero Fernández

Director:

Mst. Mario Moyano Moyano

Cuenca- Ecuador 2016

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación a mi familia, que con su apoyo y amor incondicional han sido un pilar fundamental para la exitosa culminación de mi carrera universitaria.

Noelia Cueva E.

DEDICATORIA

La presente investigación la dedico de manera especial a mis padres, quienes estuvieron a mi lado y me apoyaron incondicionalmente para lograr alcanzar mis metas y combatir las adversidades que se me presentaron en el trayecto, siendo mi ejemplo y mano derecha durante mi carrera universitaria.

A mis dos hermanos que son los hombres más importantes de mi vida, que me han brindado su cariño y han sido ejemplo de superación y perseverancia.

Y por último, pero no menos importante dedico este trabajo a Dios que ha sido mi fortaleza y ha guiado mis pasos para ser la mujer, hermana e hija que he llegado a ser.

Gabriela Guerrero F.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a nuestros padres, quienes han hecho un importante esfuerzo para que podamos acceder a educación de calidad, han confiado en nuestras capacidades y nos han alentado constantemente a ser mejores cada día.

A nuestros hermanos, hermanas, amigos y familiares, que han estado presentes apoyándonos en todo este proceso de aprendizaje y que, a pesar de la distancia, han vivido con nosotras los momentos alegres y las dificultades.

De manera especial agradecemos al Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho “CRA”, que nos permitió realizar la presente investigación, poniendo a nuestra disposición las facilidades necesarias para llevarla a cabo. La aprobación de su Director, Dr. Saúl Pacurucu, ha sido fundamental para culminar el estudio.

Finalmente, agradecemos a nuestro tutor, el Mst. Mario Moyano, por ser nuestro amigo y maestro, y brindarnos las herramientas necesarias para conducir con éxito la investigación. Igualmente, a nuestro tribunal conformado por el Mg. Alberto Astudillo y el Dr. Juan Aguilera, por ofrecernos sugerencias y encaminar nuestra investigación; y, a la Dra. Ana Pacurucu, que nos ofreció su colaboración desinteresada en la parte estadística.

RESUMEN:

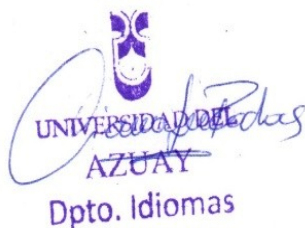
La presente investigación se realizó en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de Reposo y Adicciones CRA de la Ciudad de Cuenca, Ecuador. Su objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes, utilizadas por los pacientes del área de adicciones, dependientes al alcohol y a la cocaína, internos durante el periodo de mayo-julio 2016; participaron 57 pacientes varones, entre los 18 y 60 años de edad. El estudio es de tipo cuantitativo, con alcance descriptivo y diseño transversal. Se aplicó el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), cuya validez y fiabilidad fueron debidamente comprobadas. Los resultados se obtuvieron utilizando el programa estadístico SPSS (versión 22). Se encontró que el 56,1% de los individuos utilizan como estrategia de afrontamiento el pensamiento desiderativo, PSD, lo que indica que realizan un inadecuado manejo de situaciones conflictivas o estresantes, tendiendo a desear que la situación no hubiera pasado; seguido de la estrategia de autocrítica, AUC (22,8%), en la que los individuos se culpan y critican, lo que los lleva al aislamiento. El análisis evidenció que la tendencia es la misma para los dos grupos de dependencia, aunque la polarización es mayor en el caso de los dependientes a la cocaína. Se encontraron, adicionalmente, algunas diferencias resaltables entre los grupos de dependencia en relación a los aspectos sociodemográficos.

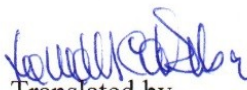
Palabras clave: adicción a sustancias, drogodependencia, estrategias de afrontamiento, pensamiento desiderativo.

ABSTRACT

This research was conducted at the *Humberto Ugalde Camacho* Psychiatric Hospital, and Addictions Center (CRA, as per its Spanish acronym) of the City of Cuenca, Ecuador. Its objective was to identify the coping strategies used in stressful situations by alcohol and cocaine dependent patients hospitalized in the addictions area during the May to July 2016 period. The study included 57 male patients between 18 and 60 years of age. This is a quantitative cross-sectional design study with a descriptive scope. The Coping Strategies Inventory (CSI), whose validity and reliability were properly tested, was applied. The results were obtained using the SPSS statistics V22 software program. It was found that 56.1% of individuals used desiderative thinking, PSD, as a coping strategy, which indicates that they carry out an improper handling of conflicting or stressful situations, expecting that the situation would not have happened; and then followed by a self-criticism strategy, AUC (22.8%), in which individuals blame and criticize themselves; situation that leads to isolation. The analysis showed that the trend is the same for both dependent groups, although polarization is higher in the case of cocaine-dependent. Additionally, some notable differences between dependent groups in relation to socio-demographic aspects were found.

Keywords: Substance Abuse, Coping Strategies, Desiderative Thinking.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice de contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN:	IV
ABSTRACT:	V
Índice de contenido	VI
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DEPENDIENTES AL ALCOHOL Y COCAÍNA INTERNOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HUMBERTO UGALDE CAMACHO, CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES CRA	1
Introducción	1
Adicción	2
Etiología.....	3
Droga	5
Criterios de Drogodependencia	7
Clasificación social de las drogas	8
Consecuencias.....	9
Alcoholismo	10
Cocaína	11
Estrés	13
Afrontamiento	16
Estrategias de Afrontamiento	18
METODOLOGÍA	21
Muestra.....	21
Instrumentos	21
Procedimiento	24
RESULTADOS.....	26
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS.....	55

Índice de tablas

Tabla 1 Estadísticos por edad.....	26
Tabla 2 Número de pacientes por rangos de edad.....	26
Tabla 3 Número de pacientes por procedencia.....	27
Tabla 4 Número de pacientes por estado civil	29
Tabla 5 Diagnóstico por número de pacientes	30
Tabla 6 Diagnóstico con datos sociodemográficos	30
Tabla 7 Validación de estrategias de afrontamiento	33
Tabla 8 Categorías por tipo de estresor	34
Tabla 9 Categorías por tipo de estresor con diagnóstico	35
Tabla 10 Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes.....	36
Tabla 11 Estrategias de afrontamiento utilizadas por diagnóstico	36
Tabla 12 Estrategias de afrontamiento utilizadas por rangos de edad.....	37
Tabla 13 Estrategias de afrontamiento utilizadas por estado civil.....	38
Tabla 14 Estrategias de afrontamiento utilizadas por nivel de instrucción.....	39
Tabla 15 Estrategias de afrontamiento utilizadas por nivel socioeconómico.....	40

Índice de gráficos

Gráfico 1 Porcentaje de pacientes por instrucción	28
Gráfico 2 Diagnóstico por rangos de edad	31

Índice de anexos

Anexo 1. Ficha sociodemográfica	55
Anexo 2. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)	56
Anexo 3. Consentimiento informado	59
Anexo 4. Aprobación de la investigación por el Centro de Reposo y Adicciones CRA	61

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DEPENDIENTES AL ALCOHOL Y COCAÍNA INTERNOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HUMBERTO UGALDE CAMACHO, CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA).

Introducción

A nivel global, la adicción a las drogas, considerada por los manuales diagnósticos como trastornos de dependencia a sustancias psicoactivas, representa un grave problema de salud en la actualidad, no solo por el incremento en cuanto a su difusión, sino también por las consecuencias sociales y sanitarias que ha alcanzado en las últimas décadas; siendo su inicio a edades cada vez más tempranas, lo que ha despertado el interés y preocupación en profesionales de salud, desarrollando programas destinados al tratamiento y rehabilitación.

La problemática radica en que muchas de las consecuencias derivadas a la adicción no solo afecta al consumidor problemático, sino que involucran diversas variables como la red familiar, social e incluso laboral que le rodea, siendo un factor determinante en la violencia familiar y de género, así como en la presencia de accidentes, suicidios, desórdenes físicos y psicológicos; importantes consecuencias sociales, como la pérdida de una carrera, trabajo, amigos, familia, etc.; por lo que su abordaje se sitúa como una necesidad social.

A medida que la sociedad se moderniza y con la disminución de las desigualdades de género, la población consumidora aumenta, sobre todo en las últimas décadas. Sánchez (2003), en su investigación “género y drogas” indica un significativo aumento en el uso de alcohol y tabaco en mujeres generalmente jóvenes; “señalando un 60% con consumo, en alguna ocasión de su vida”. Lo que refuerza la preocupación social; al ser una constante que no se limita al género.

Aunque no se conocen cifras exactas, los estudios llevados a cabo por la Oficina de las Naciones Unidas Contra las drogas y Delito en el 2012, informaron un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas. Además con respecto al consumo de drogas “ilegales”, el mismo informe demostró que entre un 3,5% al 7% de la población, han consumido por lo menos una vez alguna droga ilícita en su vida (UNODC, 2012). Y en lo que se refiere al consumo problemático o drogodependencia, entre 16 y

39 millones de personas, la padecen según el Informe de las Naciones Unidas (UNODC, 2015).

Al ser una tasa elevada y alarmante, se convierte en un reto para los especialistas, ya que la mayoría de pacientes dependientes no acuden a consulta o se someten a tratamiento a tiempo; sino que son llevados, incluso obligados por familiares o allegados, cuando su cuadro es generalmente moderado o grave; situación que complica el tratamiento y rehabilitación.

Se dice que el problema del consumo de drogas ha estado presente desde el inicio de la humanidad; sin embargo hay que recalcar que el patrón y contexto en el cual se viene desarrollando es alarmante y disfuncional.

Según expertos, estos cambios se deben a que las prácticas se realizan dentro de un contexto de diversión y por otro lado a la escasa percepción del riesgo de su consumo. La mayoría de jóvenes piensan que por la forma de consumo, efectos y por cómo se las presentan los proveedores; estas drogas no producen daño. (Fernández, Ladero, Leza e Izaola, 2009).

Una vez mencionado el impacto social de las adicciones, es importante tener claro su concepto y generalidades, con el fin de ampliar el conocimiento y comprensión del presente artículo.

Adicción

En primer lugar se puede decir que el término “Adicción” es ambiguo y posee diversidad de definiciones; considerado por muchos como una enfermedad bio- psico-social, es decir de múltiple causalidad, lo cual dificulta su total comprensión.

Cuatrochi (2007) en su libro “Adicción a las drogas”, se centra en las emociones, y define a la adicción como el uso compulsivo de sustancias que crea una dependencia emocional, es decir el sujeto la necesita para sentirse “bien”.

Otros autores incluyen a los factores físicos; la Organización Mundial de la Salud (2010) la detalla como una “enfermedad física y psicoemocional, que crea dependencia hacia una sustancia, actividad o relación, con un conjunto de síntomas físicos y con la presencia de episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación”. Finalmente Romo (2012), por su parte hace hincapié en las consecuencias sociales negativas y graves a la hora de definir la adicción; y señala que el grado de incapacidad

social, laboral y familiar define el tipo de problema que posee el individuo con respecto a su consumo.

Es importante mencionar que el término “adicción”, no se sitúa en los sistemas de clasificación de enfermedades, sin embargo se considera como equivalente al diagnóstico de trastorno por uso de sustancias que puede ser por abuso o dependencia, que se abordarán posteriormente. (DSM V, 2013).

En último lugar se debe recalcar que la adicción no se relaciona únicamente a las drogas, sino que puede tratarse de un vínculo excesivo hacia algún objeto, conducta o relación, entre ellas puede ser las drogas, trabajo, comida, sexo, etc.; toda situación que genere un desajuste físico o psicológico y represente malestar en varias esferas de su vida.

Etiología:

A pesar de ser una pandemia que afecta a todos, existen factores que inciden en la predisposición. El Instituto Nacional de Drogas y Abuso (UNODOC, 2010), manifiesta que “al igual que cualquier otra enfermedad, la vulnerabilidad a la adicción varía de una persona a otra y no existe un solo factor determinante”. Coexistiendo la interacción de varios factores, más allá que únicamente la elección libre o consciente. Entre los factores más relevantes se destacan los biológicos, psicológicos y sociales, que se mencionan a continuación:

Factores biológicos: Como principal factor se sitúa a la genética. Estudios han indicado que la probabilidad de adquirir una adicción, aumenta si los padres o familiares han sido consumidores; y esto ha sido comprobado mediante investigaciones realizadas en hijos de alcohólicos, donde se visualizó que estos tenían una probabilidad 3 o 4 veces mayor de desarrollar el desorden alcohólico que una persona con familiares no alcohólicos. (Schuckit, 1987; Cotton, 1979) citado por (Alvarado, 2010); datos que se confirman en gemelos, donde aun existiendo diferencias en la crianza, existe prevalencia de factores genéticos, siendo el 40 y el 60 por ciento de la vulnerabilidad de una persona a la adicción, según el Instituto Nacional de Drogas y Abuso (UNODC, 2015).

Las condiciones médicas, también se ubican como disparadores biológicos, pues se dice que los adolescentes con desórdenes conductuales y mentales se encuentran significativamente más propensos a adquirir alguna adicción, según Masiel, 2010; NIH,

2014; García y Barriguete, 2012). Asimismo, la presencia de depresión y ansiedad esquizofrenia, psicosis, entre otros; aumentan el uso o comienzo de problemas con dependencia en etapas tempranas.

Factores psicológicos: Muchos de estos se relacionan con las fases de desarrollo del sujeto, siendo la adolescencia la etapa con mayor riesgo ya que se atraviesa por una “crisis madurativa” donde se busca identidad y aceptación. Los jóvenes tienden a sobreestimar su capacidad de control, generando en períodos de tiempos cortos conductas adictivas, así mismo es común la presencia de situaciones estresantes, como el enfrentarse a nuevos ambientes, abusos sexuales, bulling, deficiencias en las habilidades sociales, fracaso escolar, baja autoestima y sobretodo los rasgos de personalidad, son variables que influyen en el uso de drogas. (Masiel, 2010; NIH, 2014; García y Barriguete, 2012)

George et al. (2003), citado por Pérez y López (2010), en sus exploraciones con drogodependientes, nos indican que el adicto presenta inmadurez afectivo-emocional, rasgos propios del período adolescente: labilidad afectiva, baja autoestima, agresividad y egocentrismo. Mientras que Maset y Ritter (2004), agrega que aproximadamente el 50% de los pacientes con trastorno por uso de sustancias tiene un diagnóstico de trastorno de la personalidad, siendo los individuos con impulsividad, agresividad e inestabilidad los más propensos; al igual que aquellos con rasgos antisociales, límites, narcisistas e histriónicos.

Factores sociales y ambientales: Finalmente se habla del ambiente en el cual se desarrolla el individuo como factor de riesgo para el consumo de drogas y de otras conductas disfuncionales. Al mencionar ambiente se involucra al vecindario, familia, trabajo, colegio o escuela al cual pertenece el individuo. Por ejemplo, en los adolescentes la influencia de los pares puede hacer que cedan ante la insistencia de consumir drogas, para ser aceptados.

Además el núcleo familiar, también puede influir de varias formas; una de ellas son a través de modelos de uso de drogas por padres y otros miembros; también la evidencia de que si los padres poseen actitud pasiva y permisiva, o si por el contrario son extremadamente rígidos, han demostrado la posibilidad de adquirir una adicción. (García y Barriguete, 2012).

Las relaciones con los miembros, los estilos de comunicación, el pobre manejo conductual por parte de los padres o la falta de apoyo, también vendría a ser variables son significativas en el desarrollo de una adicción.

García y Barrigete (2012), coinciden que aunque exista la presencia de predisposición biológica y psicológica para el consumo de sustancias, son los factores sociales y culturales los que funcionan como disparadores o protectores de la conducta adictiva.

Droga:

Una de las adicciones más frecuente y de gran repercusión social es a las drogas, definida según Tavera y Martínez (2008); como una sustancia psicoactiva que posee una acción reforzadora positiva, capaz de generar dependencia física y psicológica” que suele ser consumida por las alteraciones que se dan a nivel comportamental: euforia, embriaguez, excitación y sensaciones fuertes; causando rápidamente un estado de dependencia. (Adès y Lejoyeux 2009), citado por Lucena (2013).

Por su parte el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (2002), la cataloga como “una sustancia que introducida en el organismo es capaz de actuar sobre el sistema nervioso, provocando un cambio en su comportamiento, ya sea una alteración física, intelectual o psíquica”.

Por lo tanto, asistiría como aquella sustancia química o natural que al consumirla desencadena diversos efectos tanto físicos, comportamentales o psicológicos, modificando el comportamiento del individuo, con capacidad de producir velozmente dependencia, la misma que va depender de la frecuencia del consumo, cantidad, etc.

Esta sustancia puede ser administrada de varias formas; las principales son: la oral que se realiza mediante ingestión, mascada o sublingual; la pulmonar que puede ser inhalada o fumada; la nasal que se efectúa a través de la aspiración; la rectal o genital, que se lleva a cabo con la aplicación de la sustancia sobre la mucosa anal o genital y la vía parenteral que se caracteriza por emplear jeringuillas como utensilio, inyectadas a nivel intravenoso o subcutáneo (Fernández et al., 2009). Se dice que este tipo de administración produce efectos inmediatos y se requieren menores dosis que con las otras formas.

Las variables: vía de administración, formas de consumo y tipo de droga, son importantes al momento de definir la gravedad del problema, pues al tratarse de casos en los que el usuario posee un consumo casual o esporádico, la dificultad será leve a diferencia del consumidor problemático que acostumbra a ingerir de manera frecuente o compulsiva y en cantidades cada vez mayores, a quien se le hará difícil mantenerse en abstinencia.

La clasificación de estas formas de consumo siempre ha sido un tema controversial, debido a la diversidad de culturas con un criterio propio en este tema; manuales y Organizaciones han realizado intentos por clasificarlas con el fin de tomar en cuenta los criterios para la drogodependencia.

Barrionuevo (2013) por ejemplo, clasifica a las formas de la ingesta de drogas, en tres: uso, abuso y dependencia. Descritas a continuación:

Uso: contacto esporádico u ocasional con la droga, con consumo circunstancial y en ocasiones determinadas.

Abuso: Reiterado consumo en cantidades y/o frecuencia que superan en mucho a las iniciales. El abuso suele considerarse un riesgo.

Dependencia: Consumo compulsivo y constante de una sustancia de la cual el sujeto no puede prescindir, ocasionando trastornos en lo físico y psíquico, constituyéndose en peligro para sí y los demás. Según la APA (2002), la característica esencial de esta última, consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella y añade que “existe un patrón de tolerancia y abstinencia”. La dependencia da lugar a una pérdida total de autonomía, la persona se encuentra gobernada, controlada y esclavizada por la sustancia.

Del Moral y Fernández (2009), incluyen la modalidad “habito” a la clasificación de las formas de consumo el término, un equivalente a dependencia. Mientras que Lorenzo et al., 2009 propone otra clasificación donde se distinguen 4 formas de consumo: experimental, ocasional, habitual y compulsivo.

Todas estas clasificaciones van a establecer el problema del consumidor, por lo que es importante tenerlas claras. De modo que, como síntesis se puede postular que el consumo experimental, ocasional o uso, corresponden a modalidades poco nocivas o

dañinas para el individuo por sus características antes mencionada, mientras que el abuso, hábito o dependencia, corresponde a tipos de consumo riesgosos y disfuncionales, ocasionando severas consecuencias, complicando su tratamiento y recuperación.

Criterios de Drogodependencia:

Actualmente existen dos sistemas que permiten diferenciar el diagnóstico por consumo de sustancias, por una parte se encuentra el CIE-10 de la OMS, y el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales del APA.

Según el DSM IV (2002), los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y T. inducidos por sustancias. En este apartado mencionaremos los criterios que se deben considerar para los trastornos por consumo de sustancias.

Para considerar a un consumo como Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, se deben existir los siguientes criterios:

A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias expresado por uno o más de los siguientes apartados durante 12 meses:

1. Consumo recurrente, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en la casa.
2. Consumo recurrente en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia
4. Consumo continuado, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales

B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios de dependencia de sustancias.

A diferencia del trastorno por abuso mencionado anteriormente, los criterios para considerar un consumo con el diagnóstico de trastorno por dependencia, incluyen: tolerancia y abstinencia; otros síntomas como: el consumo frecuente en cantidades mayores o durante un período más largo del que se pretendía, deseos persistentes o esfuerzos infructuosos de controlar el consumo, empleo de tiempo en actividades

relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos, la reducción de actividades laborales o recreativas y el consumo a pesar de problemas psicológicos o físicos persistentes. (DSM IV, 2002).

Investigaciones indican que para que un consumo se etiquete como trastorno, debe presentarse complicaciones sociales, así como algunos trastornos físicos o mentales que se dan, como la ideación paranoide, agresividad, ansiedad, disfunción sexual, aislamiento social, irritabilidad, alucinaciones, depresión; entre otras.

Clasificación social de las drogas:

A más de los criterios para clasificar el consumo, también se han realizados clasificaciones sociales de las drogas, tomando en cuenta diversos factores como el efecto que producen en el organismo (depresores, estimulantes, alucinógenas), el origen de su procedencia (naturales o artificiales), su aceptación a nivel social (legales – ilegales); etc.

Una clasificación sencilla es la realizada por el autor Barrionuevo (2013), quien se basa en lo social y clasifica a las drogas dos amplios grupos.

Drogas legales: Usadas por un alto porcentaje de población, aceptadas a nivel social; las más frecuentes el tabaco y las bebidas alcohólicas.

Drogas ilegales: Aquellas cuyo consumo está prohibido por la ley y pueden dividirse en 3 grupos, según su efecto en el organismo:

1. Narcóticos o depresores, que adormecen los sentidos al actuar sobre el sistema nervioso central, como la marihuana, opio y la morfina.
2. Estimulantes, la más conocida de estas drogas es la cocaína que da resistencia física, pero acelera el ritmo cardíaco, provoca parálisis muscular y dificultades respiratorias que pueden desembocar en un coma respiratorio y
3. Alucinógenos, siendo el éxtasis el más consumido entre los jóvenes.

Por otra parte, Aguilera (2014), a diferencia del anterior, pone énfasis en la estructura de las drogas es decir su consistencia, distinguiendo tres grandes grupos:

- 1) Estupefacientes (embriagantes, barbitúricos o hipnóticos, narcóticoanalgésico-euforizantes y analgésicos-euforizantes)
- 2) Alucinógenos (naturales y artificiales o de síntesis)

3) Los volátiles (inhalables o disolventes).

También otros autores diferencian en dos grupos, drogas duras y drogas blandas, en función de si producen dependencia física o sólo hábito o dependencia psíquica. De este modo las drogas duras serían los opiáceos, narcóticos y barbitúricos, mientras que el tabaco, el cannabis y los alucinógenos se consideran drogas blandas.

Finalmente el DSM V (2013), por su parte agrega un listado de drogas que pueden producir dependencia mencionando al alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos cocaína, cannabis, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes y nicotina.

Consecuencias:

Una vez tratadas las generalidades de las adicciones, es necesario conocer las principales consecuencias que se derivan, con el fin de concientizar y prevenir posibles adicciones y recaídas

Son numerosas las consecuencias y varían de una persona a otra; características personales como el grado de experiencia del usuario, motivación, las propiedades de cada droga, así como el ambiente social y predisposición biológica pueden influir en la gravedad de las consecuencias. Sin embargo se conoce que las consecuencias se pueden dar en tres niveles: a nivel físico – mental, social y económico.

Estado físico: El consumo de drogas interviene en la aparición de enfermedades y problemas de tipo orgánico y psicológico, evidencias demuestran que entre los efectos más frecuentes de las drogas se encuentran enfermedades como la cirrosis, hepatitis, úlceras, tipos de cáncer, trastornos cardiovasculares, infecciones; entre otras. Además en mujeres embarazadas puede generar mal formaciones genéticas; igualmente suelen aparecer con frecuencia desórdenes mentales como depresión, psicosis, paranoia, problemas de sueño, trastornos conductuales, problemas psicológicos como pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa, que en ocasiones llevan al suicidio (Fernández, et al., 2009).

Los resultados de los estudios de Insulza (2013), indican que los trastornos por uso de sustancias psicoactivas incrementan el riesgo de que el sujeto tenga conductas suicidas y trastornos psiquiátricos.

En cuanto a las funciones cognitivas, Hanson et al. (2011), (citado por Rojas Valero,

M., & Rodríguez Chacón, A, 2016) llevaron a cabo una investigación demostrando la asociación entre déficit en aprendizaje, memoria verbal, viso espacial, atención y memoria de trabajo y patrones de conducta adictiva; asimismo Lisdahl et al. (2013), citado por UNODC (2013), confirman que el uso de drogas afecta la cognición, estructura y funcionamiento del cerebro y que el inicio temprano está asociado con mayores déficits neurocognitivos.

Estado social: Se menciona a la violencia de género, familiar y social ya que el drogodependiente al vivir por y para la droga hace lo posible por conseguirla, siendo frecuente agresiones, robos, micro tráfico, desorden público, homicidios, prostitución y un estado de tensión social que genera accidentes, suicidios, conflictos familiares y laborales, como la separación del núcleo familiar, pérdida de empleo, etc.

En un estudio en universitarios chilenos, se observó que el subgrupo de estudiantes con conductas de violencia presentaba prevalencia de consumo de alcohol y una prevalencia significativamente mayor de consumo de marihuana, cocaína y éxtasis. (Rodríguez, Fernández. Hernández, Valdés, Villalón, Ramirez, Ramirez,R, Valenzuela, y Cardemil, 2009).

Estado económico: El abuso de las drogas puede también perjudicar en lo económico, ya que el dinero con que son pagadas las drogas privar a la familia de satisfacciones vitales como comida, ropa o educación, etc. Además los informes del UNODC han señalado que los efectos económicos puede medirse en dos formas. Una a través del gasto en las naciones de todo el mundo de millones anualmente en el orden público y otros esfuerzos apuntados a la prohibición de drogas. Y otro efecto económico del abuso de drogas es la productividad humana perdida, tal como sueldos perdidos y la producción disminuida que resulta de las enfermedades y prematuras muertes relacionadas al abuso de droga. (Hall, 2014).

Alcoholismo:

Una de las adicciones más comunes es el alcoholismo ya que la sustancia generadora del mismo es de fácil acceso al ser de venta legal, lo que genera su común uso.

La sustancia relacionada al alcoholismo se conoce como “alcohol etílico” o “etanol” que se obtiene de la fermentación de frutos o plantas y se lo cataloga como un depresor del SNC, generando estimulación del comportamiento, razón por la que muchas personas hacen de su consumo un hábito, según Souza y Machorro (2000).

El hábito regular de consumir alcohol es conocido como “alcoholismo”, considerado una enfermedad crónica, donde intervienen factores genéticos y biológicos así como ambientales. La OMS (2000), citado por Fernández et al., (2009), en primera instancia manifiesta que el término “alcoholismo” debe ser sustituido por el de “Síndrome de dependencia al alcohol”; describiéndolo como “un estado psíquico y físico, caracterizado por una conducta compulsiva de beber alcohol con objeto de experimentar efectos psíquicos y evitar las molestias producidas por su ausencia.

Por otro lado el DSM V(2013), agrega el diagnóstico de trastorno por dependencia de alcohol, para referirse al alcoholismo o síndrome de dependencia alcohol, tomando en cuenta los criterios antes mencionados correspondientes al trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas.

Los problemas de alcoholismo existían desde la antigüedad, sin embargo no se daba la debida importancia, sino hasta convertirse en una pandemia que afecta a nivel familiar, laboral, personal y sobretodo social. La OMS (2005), citado por Cáceres, Salazar, Varela y Tovar (2006), actualmente estima que los consumidores ascienden a 2000 millones de personas en el mundo y considera como tercer factor de riesgo para la causa de más de 60 enfermedades, trastornos y lesiones y está entre los cinco factores de riesgo de accidentes sociales.

Cocaína:

Otra de las adicciones más frecuentes en la actualidad con respecto a las drogas “ilegales” es a la cocaína, sustancia obtenida de la hoja de la planta de coca, con estructura similar a la de los anestésicos ya que produce un efecto estimulante en el SN, generando efectos de placer como euforia, agitación psicomotora, taquicardia, midriasis, grandiosidad y elevación de la tensión arterial, lo que da una ilusión de claridad y poder, este efecto estimulante es tan rápido que lleva con facilidad a la dependencia. (Fernández et al., 2009; Souza y Machorro, 2000).

La adicción a la cocaína se sitúa en el DSM IV (2002), con el diagnóstico de “trastorno por abuso o dependencia a la cocaína” y considera los mismos criterios que se mencionaron anteriormente, tomando en cuenta a la cocaína como la sustancia psicoactiva que gobierna la vida del sujeto y genera la sintomatología.

Los expertos indican que al ser una sustancia altamente adictiva, las reacciones tóxicas son mayores, generando paros cardiacos, irregularidades en la respiración, psicosis, entre otras, al poco tiempo de consumo, que en algunos casos han llevado a la muerte y al ser su venta ilegal, la conducta se ve afectada generando faltas graves como delitos, gastos exagerados, prestación de servicios sexuales, micro-trafico; también problemas de infecciones por VIH; entre otros.

El informe mundial sobre drogas determinó que entre el 0,5 % y el 6 % de la población adulta admite haber consumido cocaína al menos una vez, considerando a España y el Reino Unido en los primeros puestos de esta clasificación y en lo que se refiere a la población adolescente, que es la que mayor preocupación genera, encuestas recientes indicaron que un 5 % y un 13 % de chicos de entre 15 y 24 años han tenido alguna experiencia con la cocaína en algún momento de su vida, siendo más probable que en las zonas urbanas los niveles de consumo sean superiores (UNODC, 2015).

El origen temprano del problema en la adolescencia, así como las consecuencias significativas que se dan a nivel sanitario, social, económico e incluso político hace importante la identificación de los factores de riesgo implicados en la adicción, con el fin de establecer estrategias preventivas y alternativas de tratamiento.

Como se mencionó anteriormente un obstáculo en el tratamiento a más de la multicausalidad son las situaciones externas al desarrollo y mantenimiento de la enfermedad; investigaciones realizadas en adultos jóvenes determinaron que en más de la mitad de las intervenciones, el núcleo familiar o el medio ambiente que le rodea (vecindario – trabajo – cultura) representan desventajas en la rehabilitación debido a su disfuncionalidad, siendo causantes principales de la recaída en los pacientes. (García, Lima, Vilas, Casanova y Álvarez, 2004).

Sin embargo esto no ha interferido en la búsqueda de estrategias y teorías que actúen sobre la drogodependencia. Así pues, han sido diversas las propuestas que se han realizado, para explicar la dinámica de las adicciones.

Uno de los primeros acercamientos, varios años atrás fue el Modelo de enfermedad, que subrayaba la importancia de los factores biológicos como causantes de la drogadicción; manifestando que el individuo no tiene el control de su conducta, ya que esta estaba determinada por factores fisiológicos. (Marlatt, 1985) citado por Llorens, Perelló del Río y Palmer (2004).

Este modelo fue rechazado al desplazar las condiciones ambientales como impulsoras de la conducta adictiva. Ante esto, surgió la propuesta del modelo social de Bandura; que explicaba a la conducta adictiva como producto del aprendizaje, adquirido a través del ambiente; recalcando la importancia de la capacidad de autocontrol y autorregulación que tiene el sujeto sobre su conducta.

Por tanto, según este modelo, el individuo es capaz de modificar su conducta a través del nuevo aprendizaje y adquisición de herramientas que permitan deshabituarse su patrón conductual, este acercamiento logró que muchos de los tratamientos se encaminaran hacia estrategias de orientación cognitivo- conductual, que explicaban la adquisición del consumo de forma más completa y diferente.

Esta orientación psicológica propone que determinados estilos cognitivos solos o en interacción con los acontecimientos estresantes, actúan como factores de riesgo para el desarrollo de problemas de conducta, según Achenbach y Rescorla (2001); citado por Calvete & Estévez (2009), siendo un problema conductual la adicción a las drogas.

Estrés

Un modelo innovador y usado actualmente en el campo de las adicciones es el Modelo de Afrontamiento y estrés; (Wills y Shifman, 1985; Wills y Hirky, 1996), el cual es tomado en la presente investigación, que asume que el consumo de sustancias a más de tener raíces biológicas y ambientales, podría ser una respuesta del sujeto ante estresores o situaciones críticas a las que se enfrenta a lo largo de su vida, siendo el consumo un factor que reduce los efectos negativos del estrés o por lo contrario aumenta la capacidad para hacer frente.

Según esta propuesta el tratamiento implicaría el entrenamiento en estrategias o habilidades de afrontamiento para la recuperación del adicto. Por ende el papel que juega el estrés sería crucial en el desarrollo de patología.

Para entender el concepto de afrontamiento y las formas en las que el individuo hace frente al estrés (estrategias de afrontamiento) es necesario definir y entender el concepto de estrés”, ya que es un tópico que recibe gran atención en la psicología y se vincula fuertemente al abuso de sustancias en todas sus fases (inicio - repetición del consumo, mantenimiento de la adicción, al abandono de la adicción y a la recaída) y en la predisposición, comienzo o curso de varias enfermedades físicas y mentales. (Sánchez, González, Marsán y Macías 2006).

Las definiciones de estrés han sido numerosas. En primera instancia se lo consideraba como respuesta fisiológica inespecífica frente a estímulos externos amenazantes, (Pedrero, Rojo y Puerta 2007), ya que preparaban al organismo para la acción y eran causantes comunes de muchas enfermedades, según la OMS (2010), es decir un conjunto de signos fisiológicos como taquicardia, hipertensión, aumento o disminución de la temperatura, sequedad de boca, inhibición del sistema inmunológico, etc.; que aparecen ante situaciones críticas.

Posteriormente se lo definía como un estímulo externo, que provocaba en el organismo una reacción de tensión. Desde este punto de vista se considera que las personas tienen cierto grado de resistencia a las presiones del medio, por lo que el organismo se ve sobrepasado y manifiesta alteraciones o daños psicofisiológicos llamados “estrés”. (Pedrero, Rojo y Puerta 2007).

Finalmente en las últimas décadas, Lazarus y Folkman (1984) citado por Salas y Lizama (2012), autores que han sobresalido por estudiar este tema, postulan al estrés como un conjunto de relaciones entre la persona y el ambiente, el mismo que es valorado como algo que carga o excede de sus recursos y pone en peligro su bienestar, manifestando que si el individuo percibe el entorno como amenazante o desbordante, poniendo en riesgo su bienestar, se generan reacciones desagradables denominándolas a estas “estrés”.

A diferencia de otras aproximaciones previas, que consideraban al estrés como resultado directo del desequilibrio por demandas del medio y la capacidad individual de respuesta, el estrés es ahora producto de la valoración cognitiva que el individuo hace de la situación, lo que facilita su intervención, ya que se pueden utilizar estrategias que actúen a nivel del proceso cognitivo.

Cabe mencionar que la intensidad en la que una persona experimenta el estrés en su vida va a depender de un sin número de variables, al igual que las causas del estrés.

Además en ocasiones el estrés también constituye el motor de nuestras vidas ya que impulsa al organismo a actuar y responder ante los estímulos externos, siendo un factor favorecedor del crecimiento y no solo perturbador.

Gracias a estas aproximaciones se generaron cambios en la psicología de las drogodependencias, postulando así que si el sujeto posee un buen uso o manejo de habilidades adaptativas para afrontar el estrés estará menos predispuesto a adquirir alguna adicción, manteniéndose en abstinencia.

En este sentido muchos investigadores se han centrado en el estudio de las fuentes o acontecimientos estresores. Exposiciones establecidas por Pellini (2014), indicaron que los estímulos estresantes pueden ser de dos tipos: psicosociales que son situaciones que se convierten en estresantes por la interpretación que la persona haga de ellos y biogénicos, estímulos que, por su capacidad de producir cambios bioquímicos, desencadenan la respuesta de estrés.

Además Calvete y Estévez (2009), también aporta y describe a potenciales de estrés en adolescentes relacionados con hacer frente a retos y obligaciones que coinciden con los cambios biológicos y físicos de la pubertad; además la aparición de presiones académicas, autoestima, identidad sexual, aceptación del grupo, etc., pueden ser estresores sobre todo entre los catorce y dieciocho años de edad.

En el presente artículo se han distinguido tres categorías de estresores: estrés debido a relaciones interpersonales, estrés por duelo y estrés por la enfermedad (drogodependencia), que corresponden a factores de tipo psicosocial y biogénico, y normalmente conducen a reacciones de desequilibrio. A continuación se describirán cada uno de estos estresores:

1. **Estrés por relaciones interpersonales:** Nuestros vínculos interpersonales son fuente de satisfacción, empero muchas veces resultan disfuncionales convirtiéndose en fuentes de estrés. En esta modalidad se incluye todo tipo de interacción que genere desequilibrio tales como el matrimonio, divorcio, ser padres, los negocios, las relaciones laborales, las amistades, etc., ya sea como resultado de su convivencia o como causa de algunos problemas que surgen en ella (Russek, 2007).

El problema se da debido a que cada persona posee diferentes valores, intereses, expectativas, pensamientos, sentimientos, hábitos, problemas personales y vivencias de su niñez y al relacionarse estas diferencias pueden chocar, provocando conflictos.

2. Estrés por duelo: Todas las personas atraviesan pérdidas; uno de los eventos más difíciles y estresantes es el de afrontar la muerte de un ser amado. Según Vargas (2003), cuando esto sucede, se activan mecanismos cognitivos y emocionales que se encargan de ayudarnos a enfrentar el acontecimiento.

Espigares (2016), señala que las reacciones de duelo pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza, hasta desarrollar patologías futuras como el estrés, en función de la capacidad que tiene cada persona para afrontar dichas situaciones; es decir en función de las estrategias adaptativas que haga uso generando en caso de existir un mal uso sintomatología que conlleva en muchos casos al uso o abuso de sustancias psicoactivas.

3. Estrés por consumo: Finalmente este tipo de estresor se refiere al grado de desajuste que genera en el individuo por el uso o abuso de sustancias psicoactivas, es decir

Para El-Shikh, Fahmy, Michael y Fouad (2004), citado por Pedrero y Olivar, (2010), la experimentación de estos estresores en infancia o en la edad adulta son desencadenantes del consumo de sustancias, estos factores representarían un factor de riesgo para estos trastornos. De acuerdo a estos autores la pérdida de la estabilidad ante fuerzas externas, así como la respuesta a estas, son capaces de producir patologías.

Por consiguiente el afrontamiento sería crucial ya que opera como protector o precursor de las adicciones, siendo un factor principal o precipitante de la recaída por lo que sería la puerta de entrada para la intervención terapéutica. (Gómez-Fraguela, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006; Sinha, 2007), citado por Pedrero y Olivar (2010).

Afrontamiento

El afrontamiento se precisa como una forma de respuesta individualizada a una situación externa o interna. Buendía (1993), lo definen como “los esfuerzos tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar (dominar, tolerar o disminuir) las demandas ambientales internas y los conflictos entre ambas que son valoradas como excesivas para los recursos de la persona”. Por su parte Folkman y

Moskowitz (2004), citado por Pedrero, Rojo y Puerta (2007), hace énfasis en la personalidad, definiendo al afrontamiento, como el conjunto de conductas y pensamientos sensibles tanto a las condiciones ambientales como a la personalidad que influyen en la valoración del estrés y de los recursos personales para contrarrestarlo.

En este sentido el afrontamiento correspondería a un aspecto central en la adaptación y estabilidad de las personas ante las dificultades de la vida cotidiana, diferenciándose de los mecanismos de defensa que son rígidos y distorsionadores de la realidad, mientras que el afrontamiento correspondería a mecanismos saludables, conscientes y orientados a la realidad que ayudan al individuo a resolver conflictos, figurándose así, como destreza clave para el combatir a las drogodependencias. (Buendía, 1993).

Entre las principales funciones que ejerce el afrontamiento se situaría el modificar la situación o acontecimiento estresante (afrontamiento centrado en el problema) y regular los estados emocionales evocados por las mismas (afrontamiento centrado en la emoción). Estas funciones pueden cumplirse a través de los canales cognitivos y conductuales que ejerza el individuo. (Lazarus y Folkman, 1980); citado por Buendía, (1993).

Cabe recalcar que la utilidad del afrontamiento, va a depender del acontecimiento mismo, las condiciones en que éste tenga lugar, las características de la persona y el momento de desarrollo en que se encuentra; ya que una estrategia válida para una persona en una determinada circunstancia podría ser no válida para otra persona que se encuentre en una condición similar.

Trabajos en este ámbito han puesto de manifiesto el papel del afrontamiento y su implicación en los tratamientos; Wagner, Myers y Ininch, (1999), en su investigación en adolescentes para validar el modelo de afrontamiento, comprobaron que aquellos que utilizan estrategias centradas en el afrontamiento consumían menos que los que utilizaban estrategias de evitación, similares resultados se han encontrado en población adulta.

Esto fue a su vez reforzado en los resultados del estudio de Litman et al. (1983), citado por González y Suárez (2002), que demostraron que los individuos con mayor flexibilidad para utilizar las estrategias de afrontamiento, se mantenían abstinentes, mientras los que presentaban consecuentes recaídas frecuentes. Algo similar propone el autor Marlatt y Gordon (1985), citado por Nava, Ollua, Vega, Trujano (2010), en su modelo de Prevención de Recaídas que señala que después de un periodo de abstinencia

se puede producir el retorno al consumo cuando el sujeto tiene que enfrentarse a situaciones de alto riesgo y no utiliza las estrategias de afrontamiento adecuadas.

Hay que señalar que el desarrollo de estas estrategias de afrontamiento va a depender del deterioro cognitivo que el alcohol haya producido en el sujeto. De hecho, sería conveniente que el entrenamiento en estas habilidades se iniciase cuando los déficits reversibles hayan desaparecido. (Villegas, Alonso, Alonso y Guzmán, 2014).

Si bien distintos estudios reconocen el papel central que el afrontamiento tiene en el manejo de diversos estresores que pueden afectar la salud y la calidad de vida de las personas, no existe un acuerdo acerca de qué modalidad o tipo de estrategias resulten óptimas frente a la situación estresante.

En conclusión, el afrontamiento constituye un proceso en el cual el sujeto pone en marcha sus recursos personales para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito a dicha situación. Dado que el afrontamiento de una situación no equivale a tener éxito, a veces pueden funcionar bien y otras mal, según las personas, sus circunstancias y contextos, éste será eficaz cuando permita al individuo tolerar, minimizar y aceptar o incluso ignorar aquello que no pueda dominar o controlar.

Estrategias de afrontamiento

Como se conoce, cada individuo posee estrategias, estilos y recursos para enfrentarse a los desafíos a los que está expuesto; y de la manera de cómo los utilice dependerá si es capaz de enfrentar o no una situación. Estos recursos son conocidos como “estrategias de afrontamiento”.

Tomando nuevamente a Lazarus & Folkman, citado por Salas y Lizama (2012), precursores en este tema, las estrategias vendrían a ser “el intento cognitivo, afectivo y conductual, de las personas por reconciliar la diferencia percibida entre demandas externas y la capacidad personal para enfrentarla”. Es decir los esfuerzos para controlar, reducir o eliminar su estrés, modificando las condiciones del mismo; por ejemplo algunas de ellas podrían ser relajarse, ver películas, buscar apoyo social, etc. (Buendía, 1993).

Estudios en este ámbito como el modelo de Prevención de Recaídas (Psicología Online, 2010), señalan que después de un periodo de abstinencia se puede dar nuevamente

el consumo cuando el sujeto no utiliza correctamente estos esfuerzos. Además (Anguiano, Vega, Nava y Soria, 2010), detectaron que los adolescentes que utilizan habilidades asertivas (decir “no”) y habilidades referidas a toma de decisiones consumen menos drogas ilegales que aquellos que hacen un mal uso de estas.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser de dos tipos; activas y pasivas. Las activas corresponden a comportamientos relacionados al problema, análisis de las circunstancias para saber qué hacer, reflexión de posibles soluciones, búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, control de las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social. Mientras que las pasivas, serían una utilización de las estrategias inapropiadas como en el retraimiento, tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva. (Sepúlveda, Romero y Jaramillo, 2012).

Se dice que las estrategias activas o adaptativas tienen un asiento neurobiológico en las áreas del pensamiento lógico-formal (áreas frontales); mientras que las pasivas dependen de mecanismos más instintivos (sistema límbico).

Debido a su notable importancia, la psicometría ha intentado establecer dimensiones de afrontamiento; muchas de estas clasificaciones se han asentado en el modelo de Lazarus y Folkman; que propone 8 dimensiones, que se mencionan a continuación (Buendía, 1993).

1. Confrontación (acciones directas dirigidas a la situación)
2. Distanciamiento (olvidar, comportarse como si nada hubiera ocurrido, etc.)
3. Autocontrol (guardar los problemas para sí mismo, etc.)
4. Búsqueda de Apoyo social (Pedir consejos o exponer el problema a algún amigo)
5. Aceptación de la responsabilidad (disculpares, criticarse a sí mismo, etc.)
6. Huida / evitación (beber, fumar, usar drogas, etc.)
7. Planificación de solución de problemas (establecer un plan de acción y seguirlo)

8. Reevaluación positiva (la experiencia enseña, aprender de las situaciones negativas).

Según estas dimensiones e investigaciones que se han basado en esa clasificación han determinado que los adictos no hacen un buen manejo de estrategias asertivas y optan por formas pasivas (como evitación o autocrítica), es decir prefieren una orientación indirecta al problema, manipulando el ambiente y a las personas que les rodean, denegando la responsabilidad y la culpa.

También se ha demostrado que los varones adictos prefieren estrategias antisociales y agresivas mientras que las mujeres adictas presentan mayores dificultades para solicitar apoyo social, lo que puede justificar, entre otras cosas, sus dificultades para iniciar tratamientos.

Así pues, la valoración de estas respuestas sería crucial en el tratamiento de las adicciones, con el objetivo de identificar cuáles son los mecanismos de acción que poseen y aportar herramientas que moldeen y adapten dichas respuestas disfuncionales.

Para evaluar estas estrategias, en la presente investigación, se utilizó el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), este instrumento se diseñó con el objetivo de obtener información sobre las respuestas y actitudes de los sujetos ante situaciones conflictivas, para así determinar el repertorio existente de habilidades generales de afrontamiento. Este inventario que clasifica a ocho escalas constituye el eje central del presente estudio, el cual será útil para la aplicación de programas preventivos, tomando en cuenta algunas variables que se mencionarán posteriormente.

METODOLOGÍA

El diseño de estudio es descriptivo, correlacional de tipo trans-seccional. En primer lugar, se describió cada estrategia de afrontamiento utilizada por los pacientes dependientes al alcohol y a la cocaína, para posteriormente analizar la diferencia de estas estrategias entre ambos diagnósticos y finalmente se establecieron relaciones con las condiciones sociodemográficas. Se determinó un periodo de tiempo de tres meses para el estudio (mayo-julio), y se realizó una aplicación a cada paciente en un único momento.

Muestra

De los datos obtenidos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de Reposo y Adicciones (CRA), se determinó que, en el área de adicciones, en el año 2013 se ingresaron 222 pacientes; en el año 2014, 189 pacientes; y, en el 2015, 190 pacientes. Es decir, el ingreso mensual de pacientes es en promedio de 20.

El universo del presente estudio está conformado por todos los pacientes internos en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), durante el periodo de mayo a julio del año 2016, sin embargo, para la elaboración de la investigación se obtuvo una muestra de 57 pacientes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: adultos varones entre 18 y 60 años de edad; presentaban trastorno de dependencia al alcohol o a la cocaína; que contaban con educación primaria completa; y, cuya lengua materna fuera el español. No formaron parte del estudio aquellos sujetos que presentaban deterioro cognitivo severo, retraso mental, psicosis, ausencia de escolaridad o cualquier discapacidad física.

El tipo de muestreo es no probabilístico, ya que se ha seleccionado a los sujetos siguiendo determinados criterios de inclusión y exclusión procurando que la muestra sea representativa, sin que la metodología de selección sea científica.

Instrumentos

Para identificar las estrategias de afrontamiento que se encuentran presentes en los pacientes se utilizó el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI).

Este inventario es un instrumento genérico de evaluación que fue desarrollado por Tobin, Holroyd & Reynolds en 1989 en el departamento de psicología de la Universidad de Ohio, Estados Unidos de América y adaptado en población general por Cano, Rodríguez y García en el 2007, diseñado para evaluar pensamientos y comportamientos

de afrontamiento en respuesta a un estresante específico. (Cano, Rodríguez y García, 2007).

Este inventario de 40 ítems adaptado por los autores antes mencionados, recoge dos tipos de información: una cualitativa, donde la persona describe de manera detallada la situación estresante; y otra cuantitativa, donde se responde a la frecuencia de utilización de determinadas estrategias de afrontamiento según una escala Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita, así como al grado de eficacia percibida en el afrontamiento. Al final de la escala, contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento (“¿En qué grado manejó adecuadamente la situación?: nada, algo, bastante, mucho, totalmente”) (Cano et al., 2007).

Nava, Ollua, Vega y Jaramillo (2010) señalan que el CSI presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias

Las ocho escalas primarias son:

-Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce;

-Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante;

-Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional;

-Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés;

-Evasión de problemas: estrategias que incluyen la negación y evasión de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante;

-Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante;

-Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; y,

-Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

En la escala original de Tobin y otros (1989), existen además de las escalas primarias, escalas secundarias y terciarias las cuales son las siguientes:

-Manejo adecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado;

-Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante;

-Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras;

-Manejo inadecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias, es decir:

-Manejo adecuado: subescalas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante;

-Manejo inadecuado: subescalas evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica, sugiriendo afrontamiento pasivo y desadaptativo.

En el año 2007, Cano et al., tradujo el inventario creado por Tobin et al., (1989), en el cual realizó tres estudios que demostraron la fidelidad de su nueva adaptación, la cual mediante pruebas se obtuvo como resultado una reducción de las 72 preguntas a 40 solamente, indicando la validez del inventario.

Calificación

Existen 8 subescalas primarias las cuales constan de cinco ítems cada una. Para su calificación se debe sumar las respuestas de cada ítem según la subescala específica, posteriormente se debe determinar el baremo de cada una y se podrá determinar la subescala de predilección por la muestra del estudio.

Resolución de problemas (REP):	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC):	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM):	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD):	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS):	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC):	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP):	07+15+23+31+39
Retirada social (RES):	08+16+24+32+40

Fiabilidad y validez

Los autores de este inventario realizaron un trabajo consistente en la adaptación del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) al ámbito español. Esta necesidad se justificó, por un lado, por la escasez y limitaciones de los instrumentos disponibles en idioma castellano y, por otra parte, por las excelentes potencialidades que ofrece el CSI.

Investigaciones realizadas por Nava, Ollua, Vega y Trujano (2010) corroboran la validez y confiabilidad de la adaptación de este inventario, ya que mediante un análisis factorial evaluaron la fiabilidad de cada uno de los factores, resultando que en ningún caso existieron ítems que pusieran en riesgo la fiabilidad de la escala; incluso los niveles de fiabilidad fueron superiores a los de Cano y cols. (2007) y más cercanos a los de Tobin y cols (1989), lo que representa una prueba más de la potencia de dicha escala.

En estos estudios obtuvieron validez convergente con relación a las correlaciones con las estrategias de afrontamiento; además, lograron replicar los factores principales de las subescalas, mas no los secundarios y terciarios del instrumento original.

Las diversas investigaciones y estudios realizados con este reactivo revelan la confiabilidad y validez del mismo

Procedimiento

Para acceder a la muestra, en primer lugar se solicitó el permiso pertinente a las autoridades del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de reposo y adicciones “CRA”. Posteriormente, se identificó y eligió a los pacientes que cumplen con

los criterios de inclusión del estudio, lo que se pudo corroborar con su historia clínica y reactivos previamente aplicados. Se realizó una ficha sociodemográfica, en la cual se recolectó información tanto de la entrevista con el paciente, así como de la historia clínica almacenada en la Institución que permitió guiar y obtener datos relevantes de cada paciente, los cuales incluyen: nombres, edad, sexo, religión, fecha y lugar de nacimiento, escolaridad, estado civil, fecha de ingreso, diagnóstico, nivel socioeconómico y ocupación.

Una vez establecida la muestra, los pacientes fueron llamados en orden de lista de acuerdo a su fecha de ingreso, se les explicó detalladamente la razón de su presencia, se consiguió el consentimiento informado de todos ellos sobre el objetivo de la investigación, el procedimiento, el instrumento a utilizar, los beneficios, riesgos, la confidencialidad y voluntariedad de la participación, y finalmente el nombre y la firma del paciente. Una vez firmado el consentimiento informado se explicó el reactivo CSI detalladamente para una mejor comprensión y realización del inventario, el cual se aplicó personalmente de forma individual a cada uno de los pacientes en la sala interior del área de adicciones.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS, el cual es uno de los programas informáticos más conocidos y usados en las ciencias exactas, sociales y aplicadas, además de las empresas de investigación de mercado, teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis.

El programa consiste en un módulo base y módulos anexos que se actualizan constantemente con nuevos procedimientos estadísticos. Permite una organizada y cronológica descripción de los datos estadísticos de un estudio, que guía a un correcto análisis y manejo. Originalmente, el SPSS fue creado como el acrónimo de Statistical Package for the Social Sciences aunque también se ha referido como "Statistical Product and Service Solutions" (Pardo y Ruiz, 2002).

RESULTADOS

El estudio se realizó sobre una muestra de 57 pacientes, internos en el área de adicciones del hospital psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de Reposo y Adicciones “CRA”. Todos los pacientes del hospital son varones.

Los resultados se dividen en dos áreas: la correspondiente a los datos de la ficha sociodemográfica; y la correspondiente a los datos de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI, que a su vez consta de las partes cualitativa y cuantitativa.

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Los datos correspondientes a la ficha sociodemográfica incluyen: edad, religión, procedencia, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico y diagnóstico.

EDAD

Tabla 1

Estadísticos por Edad

No. Pacientes	Media de Edad	Desviación estándar
57	33,44	11,238

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

Tabla 2

Número de Pacientes por Rangos de Edad

Rangos de Edad	Número	Porcentaje
Menores a 20	7	12,3
20-30	21	36,8
30-40	13	22,8
40-50	11	19,3
50-60	5	8,8
Total	57	100,0

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

El mayor número de pacientes se ubica entre los 20 y 50 años, siendo el rango predominante el de 20 a 30 años (36,8%); la media de edad es 33,44 años y la desviación estándar es 11,238.

RELIGIÓN

El 94,7% (54 pacientes) pertenecen a la religión católica; constan además: un paciente cristiano, un evangélico y un musulmán, cada uno representando el 1,8%.

PROCEDENCIA

El hospital psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho recibe pacientes de diferentes sitios. A continuación se presenta el cuadro de distribución por procedencia:

Tabla 3

Número de Pacientes por procedencia

Provincia	Número	Porcentaje
Azuay	24	42,1
Cañar	4	7,0
Chimborazo	1	1,8
El Oro	4	7,0
Esmeraldas	1	1,8
Estados Unidos	1	1,8
Guayas	2	3,5
Extranjero (Jordania)	1	1,8
Loja	11	19,3
Manabí	1	1,8
Morona Santiago	2	3,5
Pastaza	1	1,8
Pichincha	1	1,8
Santo Domingo	2	3,5
Zamora Chinchiipe	1	1,8
Total	57	100,0

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

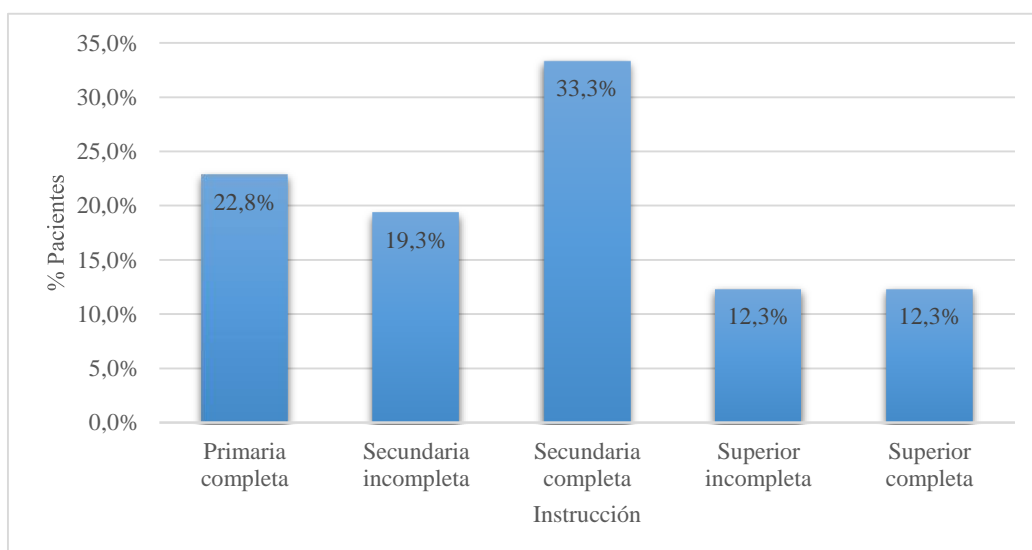
El 42,1% de los pacientes proceden de la provincia del Azuay, pero es muy importante la presencia de pacientes de la provincia de Loja (19,3%). Con porcentajes menores están los pacientes de otras provincias del país y dos pacientes provenientes del extranjero.

INSTRUCCIÓN

El nivel de instrucción se considera uno de los aspectos sociodemográficos importantes e influyentes; el cuadro correspondiente se presenta a continuación:

Gráfico 1

Porcentaje de pacientes por instrucción



Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

El porcentaje mayor de pacientes (33,3%), sin ser muy predominante, tiene estudios secundarios completos; el resto se ubica en las diferentes categorías, con diferencias no mayormente significativas. (Gráfico 1)

ESTADO CIVIL

Otro aspecto sociodemográfico importante es el estado civil de los pacientes. El análisis de frecuencias se presenta a continuación:

Tabla 4

Número de Pacientes por Estado Civil

Estado Civil	Número	Porcentaje
Soltero	29	50,9
Casado	18	31,6
Divorciado	7	12,3
Unión de hecho	2	3,5
Viudo	1	1,8
Total	57	100,0

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

La mayoría de pacientes (50,9%) son solteros; también es bastante representativo el porcentaje de pacientes casados (31,6%).

NIVEL SOCIOECONÓMICO

El nivel socioeconómico establecido en el hospital se divide en: alto, medio y bajo, y está determinado por las condiciones de vida de las personas: si tiene vivienda propia o arrendada; las condiciones de infraestructura de la vivienda; y, profesión y ocupación, que definen el nivel de ingresos económicos.

Conforme a la clasificación señalada, el 64,9% corresponde al nivel socioeconómico bajo; el 33,3% al nivel medio y el 1,8% al nivel alto.

DIAGNÓSTICO

En la ficha sociodemográfica se incluye el diagnóstico diferenciado de los pacientes: dependientes al alcohol y dependientes a la cocaína. A continuación se presenta la tabla correspondiente:

Tabla 5

Diagnóstico por número de pacientes

Diagnóstico	Respuestas	
	N	Porcentaje
Dependiente alcohol	35	61,4%
Dependiente cocaína	22	38,6%
T o t a l	57	100,0%

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

El porcentaje de dependientes al alcohol es superior (61,4%).

Es importante relacionar el diagnóstico con los aspectos sociodemográficos relevantes. La tabla pertinente se presenta a continuación:

Tabla 6

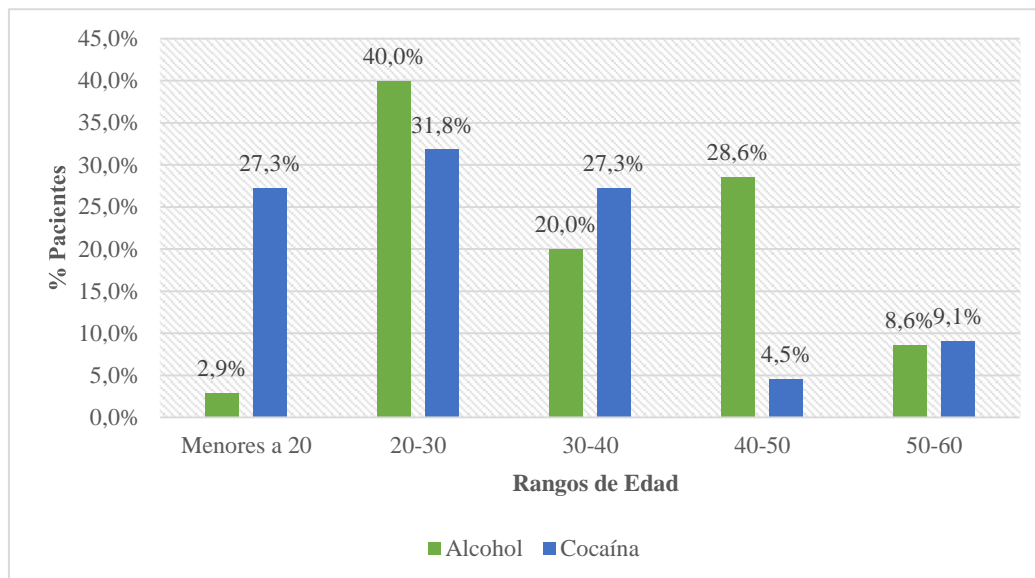
Diagnóstico con Datos Sociodemográficos										
Diagnóstico	Media de Edad (años)	Instrucción			Estado Civil			Nivel Socioeconómico		
		Nivel	No.	%	Estado	No.	%	Nivel	No.	%
Dependencia Alcohol	36,4	Primaria Completa	12	34,3%	Soltero	15	42,9%	Bajo	24	68,6%
		Secundaria Incompleta	7	20,0%	Casado	15	42,9%	Medio	11	31,4%
		Secundaria Completa	9	25,7%	Divorciado	3	8,6%	Alto	0	0,0%
		Superior Incompleta	3	8,6%	Unión Libre	1	2,9%			
		Superior Completa	4	11,4%	Viudo	1	2,9%			
Dependencia Cocaína	28,7	Primaria Completa	1	4,5%	Soltero	14	63,6%	Bajo	13	59,1%
		Secundaria Incompleta	4	18,2%	Casado	3	13,6%	Medio	8	36,4%
		Secundaria Completa	10	45,5%	Divorciado	4	18,2%	Alto	1	4,5%
		Superior Incompleta	4	18,2%	Unión Libre	1	4,5%			
		Superior Completa	3	13,6%	Viudo	0	0,0%			

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

La edad promedio de los pacientes dependientes al alcohol es de 36,4 años; el promedio de los pacientes dependientes a la cocaína es de 28,7 años.

Gráfico 2

Diagnóstico por Rangos de Edad



Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

Considerando los rangos de edad, la mayor dependencia al alcohol se da entre los 20 y 50 años, con predominancia en el rango 20-30 años (40%); la mayor dependencia por la cocaína se da desde menores a 20 hasta los 40 años; en el grupo de menores a 20 un porcentaje muy importante (27,3%) tiene dependencia por la cocaína, un paciente (2,9%) tiene dependencia al alcohol; por el contrario, en el rango de 40-50 años, un porcentaje importante de pacientes (28,6%) son dependientes al alcohol, mientras que un paciente (4,5%) es dependiente a la cocaína.

En cuanto al nivel de instrucción, el grupo predominante de dependientes al alcohol tiene nivel primario (34,3%), teniendo también porcentajes importantes para los niveles secundario incompleto (20,0%) y secundario completo (25,7%). En el grupo de dependencia a la cocaína predomina el nivel de instrucción secundaria completa (45,5%), con valores muy inferiores para las otras categorías; solamente un paciente tiene nivel primario.

En relación al estado civil, considerando la dependencia al alcohol, no existe diferencia entre solteros y casados, el porcentaje de pacientes, en ambos casos, es el

mismo (42,9%); el resto de categorías tiene valores muy bajos. En los pacientes dependientes a la cocaína, la mayoría (63,6%) son solteros; el 18,2% son divorciados y el 13,6% casados.

En cuanto al nivel socioeconómico, en el caso de los dependientes al alcohol, la gran mayoría (68,6%) pertenecen al nivel socioeconómico bajo, más del doble del porcentaje correspondiente al nivel medio (31,4%). En el caso de los dependientes a la cocaína, los resultados son similares: la mayoría (59,1%) pertenecen al nivel bajo, y con menor diferencia, el nivel medio (36,4%).

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CSI

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

El estudio de identificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por cada paciente se realizó utilizando el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI de Tobin, Holroy, Reynolds y Kigal, en la adaptación realizada por Cano, Rodríguez y García; instrumento que consta de 40 ítems agrupados en 8 factores primarios.

A pesar de que este instrumento fue debidamente verificado por los autores, y ha sido utilizado en varios países ibero-americanos, se procedió a desarrollar las pruebas de verificación del mismo.

Para el efecto, se utilizó el programa SPSS para determinar la varianza explicada, los coeficientes KMO y de esfericidad de Bartlett; y el análisis de fiabilidad Alfa de Cronbach.

Tabla 7

Validación de estrategias de afrontamiento

Estrategia utilizada	Alfa de Cronbach	No. Elementos	Prueba de KMO	Prueba de Bartlett
Resolución de problemas REP	0,78	5	0,754	0
Autocrítica AUC	0,762	5	0,747	0
Expresión emocional EEM	0,751	4	0,746	0
Pensamiento desiderativo PSD	0,651	4	0,649	0
Apoyo social APS	0,78	5	0,789	0
Reestructuración cognitiva REC	0,77	5	0,758	0
Evitación de problemas EVP	0,604	4	0,678	0,001
Retirada social RES	0,654	4	0,656	0

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

A pesar de que la muestra es pequeña, en general los datos se mostraron consistentes. El análisis con los ocho factores primarios explicó el 61% de la varianza, valor exactamente igual al que obtuvieron Cano-Rodríguez-García en su estudio de adaptación. Los análisis de coeficientes de correlación de Kaiser-Meyer-Olkin KMO dieron valores superiores a 0,5; los valores de significancia en la prueba de esfericidad de Barlett fueron inferiores a 0,05; los coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach,

arrojaron valores entre 0,604 y 0,780 valores similares a los obtenidos en el estudio de adaptación del inventario.

Por lo tanto, la validez y fiabilidad del instrumento fueron comprobadas.

Parte Cualitativa

TIPOS DE ESTRESORES

Las situaciones que los pacientes consideran estresantes, conforme se detalla en el marco teórico, se han dividido en tres categorías, cuyos resultados se presentan en la tabla siguiente:

Tabla8

Categorías por Tipo de Estresor

Tipo de Estresor	Pacientes	
	No.	%
Estrés por relaciones interpersonales	35	61,4%
Estrés por consumo	9	15,8%
Estrés por duelo	13	22,8%
TOTAL	57	100%

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

La mayoría de pacientes (61,4%) describe su situación estresante enmarcada en el ámbito de las relaciones interpersonales.

Se consideró importante relacionar las categorías de estrés con el diagnóstico. Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 9
Categorías por Tipo de Estresor con Diagnóstico

Diagnóstico	Tipo de Estresor						Total
	Estrés por relaciones interpersonales		Estrés por consumo		Estrés por duelo		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Dependiente alcohol	24	68,6%	4	11,4%	7	20,0%	35
Dependiente cocaína	11	50,0%	5	22,7%	6	27,3%	22
Total	35		9		13		57

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

En el grupo de dependientes al alcohol, el 68,6% manifiestan estrés por relaciones interpersonales; los otros tipos de estrés están muy por debajo. En el grupo de dependientes a la cocaína, las diferencias son menores pero también los valores se polarizan al estrés por relaciones interpersonales (50%).

Parte Cuantitativa

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Los datos del análisis descriptivo de frecuencias correspondiente a la preferencia de estrategias de afrontamiento se presentan a continuación:

Tabla 10

Estrategias de Afrontamiento Utilizadas por los Pacientes

Estrategias Utilizadas	Pacientes	
	No.	Porcentaje
REP	7	12,3%
AUC	13	22,8%
EEM	8	14,0%
PSD	32	56,1%
APS	4	7,0%
REC	2	3,5%
EVP	2	3,5%
RES	5	8,8%
Total Estrategias	73	

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

Conforme a la evidencia del cuadro precedente, la estrategia preferentemente utilizada es: pensamiento desiderativo PSD (56,1%); muy por debajo está la estrategia autocrítica AUC con un 22,8%.

Uno de los objetivos específicos del presente trabajo es establecer la diferencia en la utilización de estrategias de afrontamiento dependiendo del diagnóstico del paciente. Los resultados del análisis respectivo se presentan a continuación:

Tabla 11

Estrategias de Afrontamiento Utilizadas por Diagnóstico

Diagnóstico	Estrategia Utilizada								Total Pacientes
	REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Dependiente alcohol	4 11,4%	8 22,9%	6 17,1%	18 51,4%	2 5,7%	2 5,7%	2 5,7%	4 11,4%	35
Dependiente cocaína	3 13,6%	5 22,7%	2 9,1%	14 63,6%	2 9,1%	0 0,0%	0 0,0%	1 4,5%	22
Total	7	13	8	32	4	2	2	5	57

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

En el grupo de dependientes al alcohol, el 51,4% utilizan la estrategia pensamiento desiderativo PSD, seguida de un 22,9% de autocrítica AUC. En el grupo de dependientes a la cocaína, las relaciones son similares, aunque la polarización por la estrategia pensamiento desiderativo PSD (63,56%) es mayor; el porcentaje para autocrítica AUC es similar (22,7%).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN RELACIÓN A LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Adicionalmente se realizaron los análisis de estrategias utilizadas con relación a los diferentes aspectos sociodemográficos, considerando la división por diagnóstico. Los resultados se presentan a continuación.

Tabla 12 *Estrategias de Afrontamiento Utilizadas por Rangos de Edad*

Diagnóstico	Rangos de Edad	Estrategia Utilizada								Total Pacientes
		REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Dependiente Alcohol	Menores a 20		1 100,0%		1 100,0%		1 100,0%	1 100,0%		1 2,9%
	20-30	2 14,3%	3 21,4%	2 14,3%	7 50,0%	1 7,1%		1 7,1%	1 7,1%	14 40,0%
	30-40	1 14,3%		1 14,3%	5 71,4%	1 14,3%			1 14,3%	7 20,0%
	40-50		3 30,0%	2 20,0%	5 50,0%		1 10,0%		2 20,0%	10 28,6%
	50-60	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%						3 8,6%
	Total	4	8	6	18	2	2	2	4	35
Dependiente Cocaína	Menores a 20			1 16,7%	4 66,7%	1 16,7%				6 27,3%
	20-30	1 14,3%	2 28,6%		5 71,4%				1 14,3%	7 31,8%
	30-40	2 33,3%	2 33,3%		4 66,7%	1 16,7%				6 27,3%
	40-50			1 100,0%						1 4,5%
	50-60		1 50,0%		1 50,0%					2 9,1%
	Total	3	5	2	14	2			1	22

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

En el grupo de dependientes al alcohol, los pacientes tienen preferencia por la estrategia de pensamiento desiderativo con valores de 50% o más; el resto de estrategias tienen valores bastante inferiores. En el grupo de dependientes a la cocaína, existe una mayor polarización por la estrategia de pensamiento desiderativo, con valores superiores al 66%.

Tabla 13
Estrategias de Afrontamiento Utilizadas por Estado Civil

Diagnóstico	Estado Civil	Estrategia Utilizada								Total Pacientes
		REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Dependiente alcohol	Soltero	2 13,3%	4 26,7%	3 20,0%	10 66,7%	1 6,7%	1 6,7%	2 13,3%	1 6,7%	15 42,9%
	Casado	1 6,7%	4 26,7%	2 13,3%	6 40,0%	1 6,7%			2 13,3%	15 42,9%
	Divorciado	1 33,3%		1 33,3%	1 33,3%					3 8,6%
	Unión de Hecho								1 100,0%	1 2,9%
	Viudo				1 100,0%		1 100,0%			1 2,9%
	Total	4	8	6	18	2	2	2	4	35
Dependiente cocaína	Soltero	3 21,4%	1 7,1%	1 7,1%	10 71,4%	1 7,1%				14 63,6%
	Casado		2 66,7%		1 33,3%	1 33,3%			1 33,3%	3 13,6%
	Divorciado		2 50,0%	1 25,0%	2 50,0%					4 18,2%
	Unión de Hecho				1 100,0%					1 4,5%
	Total	3	5	2	14	2			1	22

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

Los dos grupos de diagnóstico tienen preferencia por la estrategia de afrontamiento de pensamiento desiderativo PSD; en el caso de solteros dependientes al alcohol, el 66,7%; y en el caso de solteros dependientes a la cocaína, el 71,4%.

Tabla 14

<i>Estrategias de Afrontamiento Utilizadas por Nivel de Instrucción</i>										
Diagnóstico	Nivel de Instrucción	Estrategia Utilizada								Total Pacientes
		REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Dependiente alcohol	Primaria Completa	2 16,7%	3 25,0%	2 16,7%	5 41,7%		1 8,3%	1 8,3%	1 8,3%	12 34,3%
	Secundaria Incompleta	1 14,3%	1 14,3%	1 14,3%	3 42,9%	1 14,3%	1 14,3%	1 14,3%	1 14,3%	7 20,0%
	Secundaria Completa	1 11,1%	1 11,1%	2 22,2%	6 66,7%	1 11,1%			2 22,2%	9 25,7%
	Superior Incompleta		2 66,7%		2 66,7%					3 8,6%
	Superior Completa		1 25,0%	1 25,0%	2 50,0%					4 11,4%
	Total	4	8	6	18	2	2	2	4	35
	Primaria Completa		1 100,0%		1 100,0%	1 100,0%				1 4,5%
	Secundaria Incompleta			1 25,0%	2 50,0%	1 25,0%				4 18,2%
Dependiente cocaína	Secundaria Completa	2 20,0%	2 20,0%		7 70,0%				1 10,0%	10 45,5%
	Superior Incompleta	1 25,0%	1 25,0%		2 50,0%					4 18,2%
	Superior Completa		1 33,3%	1 33,3%	2 66,7%					3 13,6%
	Total	3	5	2	14	2			1	22

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

En el grupo de dependientes al alcohol, la preferencia es por la estrategia pensamiento desiderativo PSD, con mayor polarización para la categoría secundaria completa (66,7%). En el grupo de dependientes a la cocaína, los pacientes se ubican mayoritariamente en la categoría secundaria completa; la preferencia también es por la estrategia pensamiento desiderativo PSD, con el 70%.

Tabla 15

Estrategias de Afrontamiento Utilizadas por Nivel Socioeconómico

Diagnóstico	Nivel Socioec.	Estrategia Utilizada								Total Pacientes
		REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Dependiente alcohol	Nivel Alto									
	Nivel Medio		2 18,2%	3 27,3%	6 54,5%				1 9,1%	11 31,4%
	Nivel Bajo	4 16,7%	6 25,0%	3 12,5%	12 50,0%	2 8,3%	2 8,3%	2 8,3%	3 12,5%	24 68,6%
	Total	4	8	6	18	2	2	2	4	35
Dependiente cocaína	Nivel Alto			1 100,0%						1 4,5%
	Nivel Medio	1 12,5%	2 25,0%		5 62,5%	1 12,5%				8 36,4%
	Nivel Bajo	2 15,4%	3 23,1%	1 7,7%	9 69,2%	1 7,7%			1 7,7%	13 59,1%
	Total	3	5	2	14	2			1	22

Fuente: Cueva, N., Guerrero, S. (2016)

En el grupo de dependientes al alcohol, los pacientes se ubican en las categorías nivel bajo y nivel medio; la preferencia, en ambos casos, es la estrategia de pensamiento desiderativo PSD, con porcentajes de 50,0% y 54,5% respectivamente. En el grupo de dependientes a la cocaína, los porcentajes son: 69,2% para el nivel bajo, y 62,5% para el nivel medio. En ambos grupos se dan porcentajes importantes para la estrategia autocrítica AUC.

DISCUSIÓN

Las estrategias de afrontamiento, definidas como los esfuerzos o recursos tanto conductuales y cognitivos empleados para enfrentar el estrés, han sido aspecto central en el estudio de la salud física y psicológica, sobre todo en la incidencia de la drogodependencia, debido a que determinadas formas de afrontamiento disfuncionales y poco adaptativas, están vinculadas a consecuencias negativas, siendo las conductas adictivas, una de ellas.

Caballo y Camacho (1998), han demostrado que uno de los factores influyentes y determinantes en la adicción, es el estilo o estrategia de afrontamiento que usa el adicto ante alguna situación crítica. Algunos sujetos incorporan el consumo de sustancias como respuesta a los estresores que enfrentan, con el fin de reducir los efectos negativos del estrés o aumentar su capacidad para manejar los mismos. Ante esto se podría asegurar que si el sujeto tiene habilidades adecuadas y adaptativas para afrontar situaciones críticas, tendrá menos tendencia a desarrollar trastornos de dependencia de sustancias. (Wills y Shifman, 1985; Wills y Hirky, 1996), citados por Llorens, Perelló del Río y Palmer (2004).

Por lo señalado anteriormente y al ser la drogadicción un problema de gran impacto social, la presente investigación se enfocó primordialmente en la identificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas en los pacientes dependientes al alcohol y a la cocaína internos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, "CRA". Además, se relacionó el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas y la sustancia de consumo (alcohol-cocaína). Y en última instancia se determinaron diferencias entre las estrategias utilizadas y algunas condiciones sociodemográficas, con el fin de aportar con datos importantes para el tratamiento de esta población.

Para ello se utilizó como herramienta el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), que es el instrumento más idóneo dentro de la limitación existente en idioma español y ampliamente utilizado en los países iberoamericanos, este instrumento fue aplicado a una muestra de 57 pacientes, 35 de ellos con diagnóstico de dependencia al alcohol y 22 dependientes a la cocaína, de edades entre 18 a 60 años. También se consideraron aspectos sociodemográficos como edad, religión, procedencia, instrucción,

estado civil y nivel socioeconómico. Cabe resaltar que todos los pacientes fueron varones, por lo que no se realizó análisis de género.

Una vez analizados los datos se determinó que las estrategias más utilizadas por la población de estudio fueron el pensamiento desiderativo PSD con un 56,1%, habilidad centrada en el problema, definida como la formación de opiniones y decisiones basadas en lo que sería más placentero de imaginar, en vez de fundamentada en la racionalidad, existiendo un escape de la realidad según Sepúlveda, Romero y Jaramillo (2012); y en segundo lugar se ubicó a la estrategia de autocrítica AUC con un 22,8%; habilidad centrada en la emoción, denotando un afrontamiento basado en la autoinculpción y conductas menos frontalizadas, es decir, poco racionales para el abordaje de los problemas. Resultados que de igual manera fueron encontrados en el estudio “Adicción y estrés - Estrategias de afrontamiento en adictos”, que se realizó en el Instituto de Adicciones de Madrid (CAD), con 159 pacientes, donde se obtuvo que los adictos prefieren una orientación indirecta al problema, manipulando el ambiente y a las personas que les rodean para resolver los conflictos, denegando la responsabilidad y la culpa; siendo la retirada social, el pensamiento desiderativo y la autocrítica, las estrategias más usadas por esta población (Pedrero, Rojo y Puerta, 2007).

En la misma dirección se encuentra el estudio realizado en México, en un hospital de tercer nivel, aplicado a 112 sujetos con problemas de adicciones, en la cual se encontró que tres de las subescalas de afrontamiento pasivas (pensamiento desiderativo y retirada social y autocrítica) se asociaban directamente a conductas adictivas; y que solamente la cuarta parte de participantes utilizaban estrategias activas de afrontamiento que los protegerían contra la presencia de recaídas en el consumo. Además en esta población también se situó al pensamiento desiderativo (wishful thinking), como la estrategia mayormente empleada con el 85.7% (Sepúlveda, Romero y Jaramillo, 2012).

Contrario a estos resultados, la tesis de grado “Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutico” realizada en la ciudad de Cuenca, dentro de la Comunidad terapéutica “CETVI”, demostró que la estrategia de afrontamiento predominante fue la Religión, estrategia activa, cognitivo-conductual, enfocada a tolerar, solucionar problemas o soportar las mismas emociones que se generan ante el conflicto (Criollo y Guerrero, 2015).

Por esta situación, los especialistas establecen la necesidad de realizar un diagnóstico previo de las estrategias de afrontamiento al inicio de la intervención terapéutica, mediante instrumentos válidos que evalúen las escalas de afrontamiento más utilizadas por cada paciente, con el fin de trabajar en el entrenamiento y moldeamiento de estas para prevenir recaídas futuras y reforzar la abstinencia, ya que tal como señala el modelo de Prevención de Recaídas (Llorens, Perelló del Río y Palmer, 2004), después de un periodo de abstinencia se puede dar nuevamente el consumo si el sujeto no utiliza correctamente estas estrategias. Además García y Suárez (2002), citado por Figueroa, Contini, Laconza, Levin y Estévez (2005), advierten la necesidad de no perder de vista la relación entre las estrategias de afrontamiento y el compromiso con la abstinencia.

Así mismo uno de los objetivos de la investigación fue establecer las diferencias en la utilización de las estrategias de afrontamiento según el diagnóstico del paciente (trastorno de dependencia al alcohol – trastorno de dependencia a la cocaína), obteniendo como resultado que en ambos grupos se utilizan las estrategias antes descritas (pensamiento desiderativo PSD y autocrítica AUC); sin establecerse diferencias importantes en las tendencias del manejo de las estrategias. Este escenario es contrario al de la investigación realizada en la Universidad de las Islas de Baleares: “Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de sustancias legales e ilegales”, cuyo objetivo al igual que el de esta investigación, era analizar las estrategias de afrontamiento y el consumo de sustancias adictivas legales e ilegales; exponiendo que los déficits en habilidades sociales, esencialmente, el uso de la estrategia de afrontamiento de retirada social y la evasión, se relacionan con el consumo de sustancias legales (tabaco y alcohol), que concuerdan con Eysenck (1980) quien halló que los alcohólicos frente a los no alcohólicos eran más extravertidos; y en cuanto al consumo de sustancias ilegales (cannabis y cocaína) se encontró que a diferencia de los consumidores de alcohol, estos tienen menos problemas para relacionarse con las personas y mayor facilidad para relajarse, esto puede estar relacionado con el efecto relajante que se produce tras el consumo de cannabis y cocaína (Leza y Lorenzo, 2000; Llorens, Perelló del Río y Palmer, 2004).

Ante esto, los programas de tratamiento y prevención tienen que ir encaminados a incorporar el aprendizaje de estrategias de afrontamiento generales y específicas, no solo

teniendo en cuenta las variables individuales y contextuales de los sujetos, sino también el tipo de sustancia que consuman los pacientes. (Llorens, Perelló del Río y Palmer , 2004)

Como se mencionó, la investigación intentó relacionar algunas condiciones sociodemográficas con las estrategias de afrontamiento de acuerdo a algunos estudios de Hernández, Albarracín y Caicedo (2014).

En cuanto a este apartado, los resultados demostraron que, en lo referente a la edad, el pensamiento desiderativo PSD fue la estrategia más utilizada por adolescentes y adultos jóvenes, mientras que en los pacientes con mayor edad predominó la estrategia de autocrítica. Estos datos coinciden con el estudio realizado por los autores Acosta, Chaparro y Rey (2008) “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento” en Colombia , donde se obtuvo que los individuos en la edad de transición entre adultez media y tardía (51-65 años) puntúan más alto en la variable autocrítica, ya que tienden a analizar las enseñanzas y autoculparse por la situación estresante o su inadecuado manejo; mientras que los más jóvenes suelen usar estrategias de afrontamiento de evitación o huida, como beber, usar drogas, salir a fiestas, para reducir el estrés. Además según Figueroa, Contini, Laconza, Levin, Estévez (2005); las estrategias que permiten caracterizar a los jóvenes son el ignorar el problema y refugiarse en la fantasía.

En contraste a esto, se encontró que independientemente de la edad los pacientes con problemas de adicciones presentan puntuaciones similares en las estrategias de afrontamiento, orientadas a la modificación del problema así como las orientadas a la emoción (como autocontrol, distanciamiento, autoculpabilización y evitación), ya que comparten muchas características personales (Acosta et al., 2008).

Con respecto a la relación del estado civil y el uso de las estrategias de afrontamiento, en esta investigación, se estableció que en ambos grupos (dependientes al alcohol y dependientes a la cocaína) predomina la estrategia de pensamiento desiderativo PSD, sin diferencias importantes con otras estrategias; ya que tanto la categoría de solteros y casados, dependientes al alcohol como dependientes a la cocaína, poseen porcentajes cercanos (66,7% y 71,4%). Sin embargo algunas investigaciones indican lo contrario; señalando que los pacientes casados, emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento como reevaluación positiva y solución de problemas, lo cual señala que estos perciben de mejor forma su enfermedad y la afrontan, a diferencia de los solteros. Asimismo en esta investigación Arenas et al. (2004), citados por Acosta et al., (2008),

mencionan que a pesar de que existen similitudes entre vivir en unión libre o estar casado, siguen siendo los pacientes casados los que tienen una mayor puntuación de calidad de vida subjetiva y objetiva, lo que confirma que las personas viudas, divorciadas y solteras muestran una percepción de calidad de vida más baja.

En cuanto al nivel de instrucción, los resultados fueron similares y no se evidenciaron diferencias importantes en cuanto al manejo de las estrategias de afrontamiento, ya que la preferencia fue nuevamente por la estrategia de pensamiento desiderativo PSD, independientemente de la escolaridad. Esto refutan nuevamente los autores Acosta et al., (2008), ya que manifiesta que el alto grado de escolaridad permite comprender y afrontar la enfermedad con mejores estrategias, en comparación con niveles inferiores de escolaridad.

Además señala que en los individuos con estudios universitarios, las estrategias de afrontamiento son más adaptativas, orientadas a solucionar el problema, confrontándolo y buscando apoyo social. Por su parte Alarcón (2004), postula que existen factores psicosociales asociados con una calidad de vida deficiente, entre ellos se encuentra el bajo nivel educativo.

Por último en la relación entre el nivel socioeconómico y las estrategias de afrontamiento no se encontró ninguna diferencia, ya que de igual manera el pensamiento desiderativo PSD fue el de mayor preferencia aunque, en el caso de los dependientes a la cocaína, la polarización es mayor, especialmente en el nivel bajo (69,2% para los dependientes a la cocaína, frente al 50% para los dependientes al alcohol). Siendo resultados que discrepan con la investigación “estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico”, en donde se concluye que ante un bajo nivel socioeconómico, las estrategias de afrontamiento centradas en la confrontación, autocontrol, planificación, se muestran más eficaces que las estrategias de huida-evitación de la situación problemática (Riquelme, Buendía y Rodríguez, 1993).

Por todo lo mencionado, el presente trabajo es de importancia primordial al contexto social, ya que aporta algunas líneas de actuación prioritarias para las tareas de prevención y tratamiento de los programas de personas con problemas de adicción; a pesar de realizarse en una pequeña muestra, continua siendo de vital importancia al referirse a factores vinculados al proceso adictivo: las estrategias de afrontamiento.

CONCLUSIONES

A través del presente trabajo se pudo identificar claramente tres particularidades; en primer lugar el principal estresor percibido por los pacientes, posteriormente las estrategias de afrontamiento más utilizadas en estos participantes y finalmente las relaciones o diferencias en la utilización de estrategias de afrontamiento de acuerdo al diagnóstico y las condiciones sociodemográficas.

Se determinó que en el análisis de la parte cualitativa, el estresor referente a estrés por relaciones interpersonales es superior (61,4%), tanto en los dependientes al alcohol como en los dependientes a la cocaína, las otras dos categorías de estresores, tienen porcentajes importantes y deben ser consideradas para análisis más amplios.

Ante estos estresores de la vida cotidiana, se estableció que la estrategia predominante utilizada por los participantes fue el pensamiento desiderativo PSD con un 56,1% que corresponde a una estrategia cognitiva donde los individuos desean que la realidad no fuera estresante por lo que tienden a escapar de esta. En segundo lugar se ubicó la estrategia de autocrítica AUC con un 22,8%, que se basa en la autoinculpación impulsando al aislamiento; estas estrategias corresponden a un manejo inadecuado tanto del problema como de las emociones, considerándose estrategias ineficientes a la hora de afrontar problemas.

Además en esta investigación uno de los objetivos propuestos fue establecer la diferencia en la utilización de estrategias de afrontamiento según el diagnóstico del paciente (trastorno de dependencia al alcohol – trastorno de dependencia a la cocaína), concluyendo así, que no existen diferencias significativas en ambos diagnósticos, dado que estos utilizan de forma similar las estrategias antes mencionadas.

Finalmente en cuanto a la relación entre los factores sociodemográficos con el empleo de las estrategias se encontró que el pensamiento desiderativo PSD, fue la estrategia más utilizada principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, mientras que en los pacientes con mayor edad predominó la estrategia de autocrítica.

Con respecto a los demás aspectos sociodemográficos, no se encontraron relaciones significativas, siendo el pensamiento desiderativo y la autocrítica las estrategias más utilizadas, independientemente de las características sociodemográficas descritas.

Como datos extras que surgieron de la investigación, se pudo establecer que el factor escolaridad es muy importante en el consumo de sustancias, puesto que en el grupo de pacientes dependientes al alcohol se visualizó que gran parte de estos solo poseían nivel de instrucción primaria, constituyéndose la escolaridad como factor de riesgo para el mantenimiento del consumo.

También se encontró que los trastornos de dependencia de alcohol y de cocaína se daban mayormente en los participantes solteros. Además en cuanto a la edad, el consumo de cocaína era superior en edades tempranas y disminuía en edades avanzadas, mientras que los dependientes al alcohol mantienen su consumo en todos los rangos de edad.

Debido al tamaño de la muestra, los resultados no son estadísticamente significativos, puesto que la mayoría de las variables tuvieron frecuencias inferiores a 5, lo que invalida la prueba del chi cuadrado, que determina dicha condición. Sin embargo, los datos expuestos son de gran importancia para las comunidades terapéuticas, profesionales de la salud, pacientes y familiares, para encaminar de mejor manera el tratamiento de las adicciones, y podrán servir de base para futuras investigaciones.

RECOMENDACIONES

En primer lugar se debe socializar y concientizar en instituciones de salud y establecimientos educativos, la importancia del estrés, como factor de riesgo de enfermedades físicas y mentales, utilizando programas preventivos que empleen actividades como charlas, talleres, manuales, etc., con profesionales de salud competentes en el tema, que den a conocer a las personas las consecuencias del estrés y las estrategias que pueden emplearse ante estos estresores, sembrando desde edades tempranas hábitos cognitivos y conductuales que combatan saludablemente el estrés.

Además las autoridades sanitarias nacionales deberían actuar lo más pronto y eficazmente, ante la alarmante incidencia de drogodependencia en el país, estableciendo de igual manera programas o planes de trabajo estratégicos orientados en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de las adicciones, sobre todo en los adolescentes.

En cuanto al tratamiento de las drogodependencias en centros de salud destinados a estas, se recomienda centrar su intervención en el entrenamiento de estrategias de afrontamiento, como medio para prevenir futuras recaídas; para esto se debe establecer en primera instancia un diagnóstico previo para lo cual se debe de manera ineludible evaluar a través de instrumentos las estrategias que emplea cada paciente y posteriormente abordar de manera individual, en donde se ponga en práctica herramientas de afrontamiento adecuadas para un buen desenvolvimiento de situaciones de estrés o problemas cotidianos, según las necesidades y deficiencias de cada paciente, partiendo de la observación de sus viejos esquemas.

Así mismo es importante evaluar y tomar en cuenta el nivel cognitivo de los pacientes antes de iniciar el entrenamiento en habilidades de afrontamiento debido a que a los pacientes con mayor tiempo consumo, suelen mostrarse menos aptos mentalmente. Además se recomienda que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento se practique luego de un periodo de adaptación y aceptación de su tratamiento, logrando romper las barreras cognitivas de la intoxicación por dichas sustancias.

También se debe capacitar a los familiares y miembros del grupo cercano al paciente en mejorar sus herramientas de afrontamiento, así el cambio del entorno ayudará a fortalecer el tratamiento.

Uno de los mayores retos en el tratamiento de las adicciones es buscar el mejor elemento para la reeducación, por lo que en vista de los estudios analizados se recomienda que el trabajo sea al aire libre, como método para mejorar los niveles de creatividad, parte fundamental para el desarrollo de herramientas de afrontamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, S. (2014). *Efectos del consumo de drogas sobre la salud del adolescente y sus consecuencias en el ámbito familiar y social*. Universidad de Granada. Retrieved from http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/36401/1/Santiago_Aguilera_Inmaculada.pdf
- Alvarado, S. (2010). Adicciones. Retrieved from <http://www.adicciones.org/enfermedad/causas.html>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM V. Barcelona: Mason.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson
- Anguiano, S., Vega, C., Nava, C., y Soria, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios en adolescentes alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos. *Liberabit*, 16(1), párr 2. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000100003&script=sci_arttext
- Barrionuevo, J. (2013). *Adicciones, drogadicción y alcoholismo en la adolescencia*. Universidad de Buenos Aires. Retrieved from http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/adicciones_y_alcoholismo.pdf
- Buendía, J. (1993). Estrés y psicopatología (Pirámide S, pp. 41-45-166). Madrid.
- Caballo, V., y Camacho. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual para los trastornos psicológicos*. (E. editores S.A., Ed.) (1). España. Retrieved from <http://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/CaballoV.-Manual-para-eltratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicol%C3%B3gicos-Vol.2ebook.pdf>
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Periódicos Electrónicos En Psicología*, 5, párr 10. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672006000300008&script=sci_arttext&tlng=en
- Calvete, E., y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. [Substance use in adolescents: The role of stress, impulsivity, and schemas related to lack of limits.]. *Adicciones*, 21(1), 49–56. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122882007.pdf>
- Cano, F., Rodríguez, L., y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Acta Española Psiquiatría*, 35(1), 29–39. Retrieved from [file:///C:/Users/usuario/Desktop/adaptacion espa%C3%B1ola del inventario de estrategias de afrontamiento.pdf](file:///C:/Users/usuario/Desktop/adaptacion%20espa%C3%B1ola%20del%20inventario%20de%20estrategias%20de%20afrontamiento.pdf)

- Criollo, M., y Guerrero, J. (2015). *Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. Universidad de Cuenca. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22165/1/tesis.pdf>
- Cuatrochi, E. (2007). Adicción a las drogas (1st ed., p. 20). Retrieved from <http://www.libreriapaidos.com/9789508022745/ADICCION+A+LAS+DROGAS,+LA+>
- Del Moral, M., y Fernández, L. (2009). Drogodependencias. In *Panamericana (Ed.)* (2, Vol. 2, pp. 1–20).
- Espigares, M. (2016). El proceso del duelo y el estrés. Retrieved from <http://www.psicologiamentae.com/el-proceso-de-duelo-y-el-estres/>
- Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., y Hernández, I. (2009). Drogodependencias (3rd ed., p. 38).
- Figuroa, M., Contini, N., Laconza, A., Levin, M., y Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. *Anales de Psicología*, 21(1), 66–72. Retrieved from http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/08-21_1.pdf
- García, E., Lima, G., Vilas, L., Casanova, P., y Álvarez, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33, párr 12. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572004000300007
- García, L., y Barriguete, B. (2012). Avances en la comprensión del fenómeno de las adicciones (p. 51). Retrieved from <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/libro1.pdf>
- García, R., y Suárez, A. (2002). Evaluación de programas de prevención de recaída: adaptación española del inventario de habilidades de afrontamiento CBI de Litman en dependientes al alcohol. *Adicciones*, 14(4), 454–561. Retrieved from <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/476/472>
- Hall, S. (2014). Efectos fisiológicos, sociales y económicos del abuso de drogas. Retrieved from http://www.ehowenespanol.com/efectos-fisiologicos-socialeseconomicos-del-abuso-drogas-sobre_115803/
- Albarracín, A., Hernández, L., y Jaimes, M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastorno del espectro autista. *Revista Virtual*, 42, 111–126. Retrieved from <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/498/1034>
- Insulza, J. (2013). El problema de drogas en las Américas: estudios. *Organización de Los Estados Americanos*, 4, 30. Retrieved from http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

- Llorens, N., Perelló del Río, M., y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 14(4), 261–265. Retrieved from <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/4034.pdf>
- Lucena, V. (2013). *Consumo de drogas, prevención de riesgo y adicciones sin sustancias en los jóvenes de la provincia de Córdoba*. Universidad de Córdoba. Retrieved from <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/10760/803.pdf?sequence=1>
- Marset, M., y Ritter, C. (2004). Características de la personalidad del drogodependiente: implicaciones para nuestra relación profesional. Un modelo de intervención en medio penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit*, 6, 86–89. Retrieved from <file:///C:/Users/usuario/Downloads/270-1268-1-PB.pdf>
- Masiel, C. (2010). Factores que influyen en la adicción adolescente. *Eumed.net*, 1, párr 3. Retrieved from <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnmf.htm>
- Nava, C., Ollua, P., Vega, C., Quiroz, J. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psicología Y Salud*, 2, 213–220. Retrieved from <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf>
- National Institute on Drug Abuse (NIH). (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la acción. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-lasdrogas>
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (2010). Retrieved from http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/
- Pardo, A., y Ruiz, M. (2002). SPSS: GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE DATOS. In S.A. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE ESPAÑA (Ed.) (2002nd ed., pp. 140–160). Madrid. Retrieved from <http://www.casadellibro.com/libro-spss-11guia-para-el-analisis-de-datos/9788448137502/861405>
- Pedrero E., Rojo, G., y Puerta, C. (2007). Adicción y estrés. Estrategias de afrontamiento en adictos. In *Research gate*. <https://doi.org/10.13140/2.1.4508.0640>
- Pedrero, E., y Olivar, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: Propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de Psicología*, 26(2), 302–309. Retrieved from [file:///C:/Users/usuario/Desktop/estres percibido en adictos a sustancias escala de Cohen.pdf](file:///C:/Users/usuario/Desktop/estres%20percibido%20en%20adictos%20a%20sustancias%20escala%20de%20Cohen.pdf)
- Pellini, C. (2014). El estrés, causas, consecuencias y tratamiento. Retrieved from <http://historiaybiografias.com/estres/>
- Pedrero, E., y Segura, I. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*, 3, 230. Retrieved from file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/13049862_S300_es.pdf

- Psicología Online. (2010). Psicología clínica: Trastornos relacionados con sustancias.
Retrieved from <http://www.psicologia-online.com/pir/prevencion-de-recaidas.html>
- Riquelme, J., Buendía y Rodríguez, M. (1993). Estrategia de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5(1), 89. Retrieved from <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7146/7010>
- Rodríguez, J., Fernández, A., Hernández, E., Valdés, M., Villalón, M., Ramírez, S., Ramírez, R., Valenzuela, C., y Cardemil, S. (2009). Estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de básica a través de la metodología de pares. *Revista Médica de Chile*, 137, 774–780. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600007
- Romo, R. (2012). Proceso de adicciones. Retrieved from https://prezi.com/izkvbhvj1_xm/proceso-de-adicciones-spa/
- Russek, S. (2007). El estrés y nuestras relaciones. Retrieved from <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/relaciones-estres.html>
- Salas, G., y Lizama, E. (2012). Historia de la psicología en Chile. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(3), párr 5. Retrieved from http://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.co%2FsciELO.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0120-05342012000300016&h=0AQFSLCra
- Sánchez, E. (2003). Género y drogas. Retrieved from <http://www.lasdrogas.info/opiniones/128>
- Sánchez, M., González, R., Marsán, V., Macías, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología Y Hemoterapia*, 22(3), párr 2-6. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892006000300002
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141–157. Retrieved from http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf
- Sepúlveda, A., Romero, A., y Jaramillo, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 69(5), 347–354. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n5/v69n5a5.pdf>
- Souza, M. y Machorro. (2000). Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. In JGH (Ed.) (1, pp. 130–131).
- Tavera, S., y Martínez, M. (2008). Prevención de adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. *Guía Para El Promotor de Nueva Vida*, 2. Retrieved from http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevencion.pdf

- UNODC. (2012). Informe Mundial sobre las Drogas. *UNODOC RESEARCH*, 162.
Retrieved from file:///C:/Users/usuario/Desktop/INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS.pdf
- UNODC. (2015). Informe mundial sobre las Drogas. *Oficina de Las Naciones Unidas Contra La Droga Y El Delito*, 10. <https://doi.org/10.2810/871615>
- UNODOC. (2010). Informe mundial sobre las drogas. *Publicación de Las Naciones Unidas*, 226–230. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2010.pdf
- UNODOC. (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar, 1, 21–25. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
- Vaca, L., Sandoval, J. (2016). Estrés y tipos de afrontamiento al estrés en los estudiantes asignados por el sistema nacional de nivelación y admisión en la Universidad Técnica de Ambato. *Universidad Técnica de Ambato*. (19-23).
Retrieved from <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/18011/2/LUCIA%20VACA%20-%20ESTRES%20Y%20TIPOS%20DE%20AFRONTAMIENTO%20AL%20ESTRES.pdf>
- Vargas, R. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), párr 7.
Retrieved from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14090015200300020005
- Villegas, M., Alonso, M., Alonso, B., y Guzmán, F. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Ciencia Y Enfermería*, 20(1), párr 3-9. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100004

ANEXOS

Anexo 1. Ficha sociodemográfica

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: Edad:
Sexo..... Religión:
Fecha de nacimiento:Lugar de nacimiento:.....
Escolaridad:..... Estado civil:
Fecha de ingreso:.....

DIAGNÓSTICO

Tipo de diagnóstico al ingresar:
Trastorno de dependencia al alcohol.....
Trastorno de dependencia a la cocaína.....
Droga de predilección.....

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Servicios básicos Si.....No.....
Casa propia.....Arrendada.....
Ocupación.....
Bajo.....
Medio.....
Alto.....

RESULTADOS DEL TEST:

Anexo 2. Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quienes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor organizado, solo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0= En absoluto; 1= Un poco; 2= Bastante; 3= Mucho; 4= Totalmente

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								
<i>A cumplimentar por el evaluador</i>								

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)									
Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

Anexo 3. Consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Estrategias de afrontamiento en pacientes dependientes al alcohol y cocaína internos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de Reposo y Adicciones CRA”

Investigación responsable

Estudiantes de décimo ciclo de Psicología Clínica: Stefany Gabriela Guerrero Fernández y Noelia Patricia Cueva Espinosa.

Objetivo de la investigación

Participar de una investigación en el campo de la Psicología en su calidad de paciente interno en el Centro de Reposo y Adicciones “CRA”. El propósito de esta investigación es identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento que se encuentran presentes en los pacientes dependientes al alcohol y a la cocaína.

Procedimiento de la investigación

Si Ud. Acepta la participación, el procedimiento consiste en responder a varias preguntas acerca de diferentes formas de actuar o enfrentar problemas ante alguna situación crítica o estresante. Para ello se le entregará la siguiente escala de evaluación, que le tomará unos 20 minutos de tiempo para responder. La escala se llama:

- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Las responsables de estas evaluaciones son las estudiantes anteriormente nombradas.

Beneficios: No existen beneficios para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación que pretende contribuir a desarrollar tratamientos en Salud Mental, siendo un avance en el desarrollo científico de la psicología de nuestro país.

Riesgos: esta investigación no tiene riesgos para usted.

Confidencialidad de la información personal y médica: Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad, se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación médica.

Voluntariedad de la participación: La participación en esta investigación es completamente voluntaria. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

No estoy renunciando a ningún derecho de tratamiento.

Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja y que pueda tener importancia directa con mi condición de salud.

Nombre participante: _____

Firma: _____ Fecha:

Gabriela Guerrero
Investigadora responsable

Firma: _____


Fecha: _____

Noelia Cueva
Investigadora responsable

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 4. Aprobación de la investigación por el Centro de Reposo y Adicciones CRA



Centro de Reposo y Adicciones
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
HUMBERTO UGALDE CAMACHO

MEMORANDUM-INVDOC-048- 16

DE: DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

PARA: DIRECCIÓN GENERAL

ASUNTO: Informe sobre Proyecto de Investigación

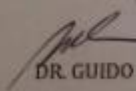
FECHA: 28 de junio de 2016

Habiendo evaluado el Proyecto "Estrategias de afrontamiento en pacientes dependientes al alcohol y cocaína internos en el Hospital psiquiátrico Humberto Ugalde C. del CRA", propuesto por las estudiantes Gabriela Guerrero Fernández y Noelia Patricia Cueva Espinoza, puedo hacer las siguientes consideraciones:

1. El tema es de interés, y novedoso.
2. El proyecto es descriptivo, de fácil aplicación, mediante un cuestionario.

Por las consideraciones realizadas considero que el Proyecto es factible y se autoriza su realización en pacientes del área de Adicciones, previo el consentimiento de cada paciente.

Atentamente;


CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES
DR. GUIDO PINÓS A.
PSIQUIATRA
C.O.P.S. 91709
FIRMAS

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

cc. Srta. Gabriela Guerrero F. y Noelia Cueva E.